ЖУРНАЛ МЕДИЦИНА И ИННОВАЦИИ

JOURNAL OF
MEDICINE and INNOVATIONS

Номер ISSN 2181-1873 (Online)

2(6)
май, 2022

WWW.TSDI.UZ

JAMK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TASHKENT
STATE DENTAL INSTITUTE

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ.

- РИСК РАЗВИТИЯ ОРАЛЬНОГО МУКОЗИТА НА ФОНЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

- ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПАРАМЕТРОВ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В КРОВИ И РОЗАЦЕА

- ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

CYBERLENINKA

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА
eLIBRARY.RU

Google scholar

Главный редактор: Н.К. Хайдаров - д.м.н., профессор, ректор

ТГСИ (Узбекистан)

Заместители главного редактора:

1. Йоханна Хейккиля – д.м.н., профессор, JAMK Университет прикладных наук (Финляндия)
2. Аманyллаев Р.А.–д.м.н.,профессор (Узбекистан)

Ответственные секретари:

1. Храмова Н.В. – к.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
2. Юлдашев А.А. – д.м.н., ТГСИ(Узбекистан)

Члены редакционной коллегии:

Ризаев Ж.А.–д.м.н.,профессор, ректор СамГосМИ
Хейкки Пуса – JAMK Университет прикладных наук (Финляндия)
Амхадова М.А. – д.м.н., МОНИКИ (Россия)
Ли Ч.-профессор,Ёнсей университет(Южная Корея)
Лопс Диего–профессор Миланского университета (Италия)
Маслак Е. Е.–д.м.н. профессор,ВолгГМУ (Россия)
Марсело Игнасио Валле, профессор, Чилийский университет (Чили)
Нурмаматов У. – Кардиффский университет, медицинский факультет, (Великобритания)
Копбаева М. Т. – д.м.н.,профессор КазНМУ (Казахстан)
Прокопов А.А.–д.х.н.,МГМСУ им.А.И. Евдокимова (Россия)
Мичия Кобаяши – Медицинская школа Кочи (Япония)
Чон-Ву Ким – Университет ЧА (Южная Корея)
Имшенецкая Т.А. – д.м.н., профессор БелМАПО (Белоруссия)
Брайловская Т.В. – д.м.н., профессор "ЦНИИС и ЧЛХ" (Россия)
Нуриева Н.С. – д.м.н., профессор ЮГМУ (Россия)
Шомурадов К.Э.– д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Ходжаева Д. Т. – д.м.н, профессор Бухми(Узбекистан)
Хайдарова Д. К. – д.м.н.,профессор ТМА(Узбекистан)
Хайдаров А.М. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Бекжанова О.Е. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Вохидов У.Н. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Мухамедова З.М. – д.ф.н., ТГСИ (Узбекистан)
Даминова Л.Т. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Баймаков С.Р. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Янгиева Н.Р. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Каттаходжаева М.Х. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Мухамедов И.М. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Ярмухамедов Б.Х. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Азизов Б.С. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Собиров М.А. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Туйчибаева Д.М – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Муртазаев С.С. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Маматова Н.М. – д.м.н., ТашПМИ (Узбекистан)
Ризаева С.М. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Дусмухамедов М.З. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)

Редакционный совет

Абдуллаев Ш.Ю. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Акбаров А.Н. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Азимов М.И. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Болтабаев У.А. – д.х.н., ТГСИ (Узбекистан)
Даминова Ш.Б. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Комилов Х.П. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Мелькумян Т. В. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Муртазаев С.С. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Нигматов Р.Н. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Суванов К.Ж. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Шамсиев Ж.Ф. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Хабилов Н.Л. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Хасанова Л.Э. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Ходжиметов А.А. – д.х.н., ТГСИ (Узбекистан)
Худанов Б.О. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
Якубов Р.К. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)

Редактор русского текста: Черниченко Е.Н.
Редактор-дизайнер: Хусанова Ю.Б.

Журнал "Медицина и инновации" - научно-практический журнал/ Свидетельство №1126, выдано 29.10.2020 г.Входит в список журналов ВАК Республики Узбекистан, рекомендуемых для публикации результатов научных работ

Editor-in-chief: N.K. Khaidarov - MD, Professor, rector of TSDI (Uzbekistan)

Deputy editor:

1. Johanna Heikkilya-MD, Professor, JAMK University, (Finland)
2. R. A. Amanullaev-MD, Professor TSDI (Uzbekistan)

Executive secretary:

1. N. V. Khramova – PhD of medicine, TSDI (Uzbekistan)
2. A. A. Yuldashev – MD, TSDI (Uzbekistan)

Members of the Editorial board

Rizaev Zh.A. – MD, Professor,rector of SSMI
Heikki Pusa – JAMK University of Applied Sciences, (Finland)
Amkhadova M. A. – MD, MONICA (Russia)
Lee Ch. – MD, Professor, Yonsei University (South Korea)
Lops Diego – MD, Professor, University of Milan (Italy)
Maslak E.E. – MD, VolgSMU (Russia)
Velli M. – MD, Professor, University of Chile (Chile)
Nurmamatov U. – Cardiff University, School of Medicine, (United Kingdom)
Kopbaeva M.T. – MD, Professor, KazNMU (Kazakhstan)
Prokopov A. A. – Doc. Chem., MSMU named after A. I. Evdokimov (Russia)
Michiya Kobayashi – MD,Professor,Kochi Medical school (Japan)
Jong-Woo Kim – MD, Cha University (South Korea)
Imshenetskaya T. A. – MD, Professor, Belarusian MA of Postgraduate Education (Belarus)
Brailovskaya, T. V. – MD, Professor, SNIIS and maxillofacial surgery" (Russia)
Nurieva N. S. – MD, Professor, South USMU(Russia)
Shomuradov K.E.– MD, TSDI (Uzbekistan)
Khojaeva D. T. – MD, professor Bukhmi. (Uzbekistan)
Khaidarova D. K. MD, Professor of TMA(Uzbekistan)
Khaidarov A.M. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Bekzhanova O.E. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Vohidov U. N. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Mukhamedova Z. M. – DF, TSDI (Uzbekistan)
Daminova L.T. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Baymakov S. R. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Yangieva N.R. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Kattakhodjaeva M.Kh. – MD, TSDI
Mukhamedov I. M. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Yarmukhamedov B. H. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Azizov B. S. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Sobirov M. A. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Tulkibaeva D. M. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Murtazaev S. S. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Mamatova N.M. – MD, TashPMI (Uzbekistan)
Rizaeva S.M. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Dusmukhamedov M.Z. – MD, TSDI (Uzbekistan)

Editorial board

Abdullaev Sh.Y. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Akbarov A.N. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Azimov M.I. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Boltabaev U.V. – D. Chem., TSDI (Uzbekistan)
Daminova Sh.B. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Komilov H.P. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Melkumyan T.V. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Murtazaev S.S. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Nigmatov R.N. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Suvanov K. Zh. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Shamsiev J.F. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Habilov N.L. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Khasanova L.E. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Khodjimetov A.A. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Hudanov B. O. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Yakubov R.K. – MD, TSDI (Uzbekistan)
Editor of the Russian text: Chernichenko E.N.
Editor and designer: Khusanova Y.B.

Многоуважаемые коллеги!

Приветствую Вас на страницах нашего второго выпуска «Журнала Медицина и инновации». Тема номера посвящена актуальным вопросам онкологии. Проблема онкологических заболеваний остается одной из самых сложных, ученые всего мира пытаются решить вопросы связанные с ранней диагностикой и лечением злокачественных образований. За последнее время развитие онкологии приобрело новые направления, появилось множество решений.

Также в номере представлена подборка статей, посвященная проблемам алкоголизма, головных болей, представлены интересные клинические случаи в помощь практическому врачу. Будем рады сотрудничеству в интересах здоровья населения нашей страны и ждем Ваших предложений, дорогие авторы и читатели!

С уважением,

главный редактор

Н.К. Хайдаров,

ректор ТГСИ

Dear colleagues!

I welcome you to the pages of our second issue of the Journal Medicine and Innovation. The theme of the issue is devoted to topical issues of oncology. The problem of oncological diseases remains one of the most difficult, scientists around the world are trying to solve issues related to the early diagnosis and treatment of malignant tumors. Recently, the development of oncology has acquired new directions, many solutions have appeared. Also in the issue there is a selection of articles devoted to the problems of alcoholism, headaches, interesting clinical cases are presented to help a practical doctor. We will be glad to cooperate in the interests of the health of the population of our country and are waiting for your suggestions, dear authors and readers!

With respect, editor -in-chief

N.K. Khaidarov, Rector of TDSI

Hurmatli amkasblar!

Sizni "tibbiyot va innovatsiya jurnali"ning ikkinchi nashrining sahifalarida qutlayman. Xona mavzusi onkologiyaning dolzarb masalalariga bag'ishlangan. Saraton muammosi eng murakkab biri bo'lib qolmoqda, butun dunyo bo'ylab olimlar erta tashxis va malignitenin davolash bilan bog'liq masalalarni hal qilish uchun harakat qilmoqda. Yaqinda onkologiya rivojlanishi yangi yo'nalishlarga ega bo'ldi, ko'plab echimlar paydo bo'ldi. Shuningdek, xonada alkogolizm, bosh og'rig'i muammolariga bag'ishlangan maqolalar to'plami, amaliy shifokorga yordam berish uchun qiziqarli klinik holatlar mavjud. Biz aholi salomatligi manfaatlari yo'lida hamkorlik qilishdan mamnunmiz va takliflaringizni kutamiz, aziz mualliflar va kitobxonlar!

Hurmat bilan, bosh muharrir

N. K. Haydarov, TDSI Rektori

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ		TOPICAL ISSUES OF ONCOLOGY
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ВУЛЬВЫ В.С. Наврузова, Д.Ш. Полатова	10	**IMMEDIATE RESULTS OF PREOPERATIVE RADIOTHERAPY FOR VULVA CANCER** V.S. Navruzova, D.Sh. Polatova
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОРАДИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ВУЛЬВЫ Д.Ш. Полатова, В.С. Наврузова	17	**RESULTS OF CHEMIORADIOTHERAPY IN PATIENTS WITH VULVA CANCER** D.Sh. Polatova, V.S. Navruzova
АНГИОНЕЗ, МИКРООКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛИ И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ М.Н. Тилляшайхов, А.Ж. Каххаров	25	**ANGIONESIS, TUMOR MICROENVIRONMENT AND BREAST CANCER** M.N. Tillyashaykhov, A.Zh. Kakhkharov
ВЛИЯНИЕ МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ НА ПРОГНОЗ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ М.Н. Тилляшайхов, А.Ж. Каххаров	32	**INFLUENCE OF TUMOR MICROENVIRONMENT ON BREAST CANCER PROGNOSIS** M.N. Tillyashaykhov, A.Zh. Kakhkharov
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ О. Лапасов, А. Сыдиков, И. Нурматова, Б. Азизов, С. Агзамходжаева	39	**IMPROVEMENT OF METHODS FOR EARLY DIAGNOSIS OF BASAL CELL SKIN CANCER** O. Lopasov, A. Sydykov, I. Nurmatova, B. Azizov, S. Agzamkhodzhayeva.
ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ И ОБЗОРЫ		**PROBLEMATIC ARTICLES AND REVIEWS**
ЗНАЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА В ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ О. Алявия, С. Аляви	51	**THE IMPORTANCE OF STUDENT SELF-STUDY IN THE LEARNING PROCESS AT MEDICAL SCHOOL** O. Alyaviya, S. Alyavi
ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ОТ ЧРЕЗМЕРНОГО ПРИЕМА ЛЕКАРСТВ Ф. Саитвалиев, Ш. Рахимова	63	**MEDICATION OVERUSE HEADACHE** F. Saidvaliyev, Sh. Rakhimova,
СВОЙСТВА ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА В ПЕРИОД ИНВОЛЮЦИИ Ш.Х. Султанов, Н.И. Ходжаева, Ш.Э. Курбаниязова	82	**PROPERTIES OF FEMALE ALCOHOLISM IN THE PERIOD OF INVOLUTION** Sh.Kh. Sultanov, N.I. Khodzhaeva, Sh.E. Kurbaniyazova
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИЗУЧЕНИЕ ПОСТИНСУЛЬТНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА Д.Т. Ходжиева, Д.Б. Ахмедова, М.З. Охунжанова	90	**PREVALENCE OF POST-STROKE PAIN SYNDROME, STUDIED** D.T. Khadzhieva, D.B. Akhmedova, M.Z. Okhunzhanova
ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА (Литературный обзор) Ю.Б. Хусанова	99	**THE USE OF CELLULAR TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF DEFECTS IN THE ORAL MUCOSA (Literature review)** Yu.B. Khusanova

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ РАЗВИТИЯ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ СРЕДИ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ З.К. Хакимова, З.Н. Мамасалиев	105	**EPIDEMIOLOGY AND PREVALENCE OF EYE DISEASES AMONG CENTENARIANS** Z.K. Khakimova, Z.N. Mamasaliev
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ДИССЕМИНИРОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В И С Н.Ш. Назарова, Ш.Ш. Шукуров	118	**CLINICAL AND MORPHOLOGICAL SUBSTANTIATION OF THE DIAGNOSIS OF CHRONIC DISSEMINATED PERIODONTITIS IN CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C** N.S. Nazarova, Sh.Sh. Shukurov
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ Н.Х. Бобоназаров, Ш.Х. Бобоназаров, М.З. Дусмухамедов, Д.М. Дусмухамедов М.Х. Рахматова, С.А. Рахматова	123	**MORPHOLOGICAL FEATURES OF JAW BONE TISSUE REGENERATION DURING COMPLEX TREATMENT OF ODONTOGENIC JAW BONE CYSTS IN CHILDREN** N.H. Bobonazarov, G.H. Bobonazarov, M.Z. Dushmukhamedov, D.M. Dusmukhamedov M.H. Rakhmatova, S.A. Rakhmatova
МЕХАНИЗМ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ COVID-19 У.Т. Нугмонова, С.Н. Исиргапова, С.Р. Шаниева	131	**MECHANISM OF ACUTE RENAL INJURY IN COVID-19** U.T. Nugmanova, S.N. Isergapovo, S.R. Shanieva
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ О.М. Сохибов, К.Э. Шомуродов, Р.С. Мирхусанова	138	**ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF THE INCIDENCE OF ODONTOGENIC PHLEGMONS OF THE MAXILLOFACIAL REGION IN CHILDREN** O.M. Sohibov, K.E. Shomurodov, R.S. Mirkhusanova
СЛУЧАИ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК В ПЕРВИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА Б. Любан, Б. Мухамедов, Н. Ибрагимова, Г. Пягай, М. Аллаева, Н. Маликова, М. Солметова	145	**CASES OF ERRORS IN THE PRIMARY PERIOD OF SYPHILIS** B. Lyuban, B. Mukhamedov, N. Ibragimova, G. Pyagai, M. Allayeva, N. Malikova, M. Solmetova
УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ О СВЯЗИ МЕЖДУ ЗДОРОВЬЕМ ПОЛОСТИ РТА И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ О. Бекжанова, С. Алимова	159	**LEVEL OF COMPETENCE OF DENTISTS ON THE RELATIONSHIP BETWEEN ORAL HEALTH AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE** O. Bekjanova, S. Alimova
ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ	170	**STUDYING THE RELATIONSHIP OF**

ПАРАМЕТРОВ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В КРОВИ И РОЗАЦЕА Т. Хегай, Б. Азизов,С. Агзамхожаева, Ш. Аюпова		**PARAMETERS OF INFLAMMATORY MARKERS IN THE BLOOD AND ROSACEA** T. Hegai, B. Azizov, S. Agzamkhodzhayeva, Sh. Ayupova
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ Н.Ш. Назарова, Ж.Б. Саидмурадова, И.Р. Равшанов	183	**PATHOGENETIC ASPECTS OF PERIODONTAL TISSUE DISEASES IN ORTHODONTIC TREATMENT** N.S. Nazarova, Zh.B. Saidmuradova, I.R. Ravshanov
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЕРАМИЧЕСКИХ И КОМПОЗИТНЫХ ВИНИРОВ А. Акбаров, М. Толипова	191	**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF CERAMIC AND COMPOSITE VENEERS** A. Akbarov, M. Talipova
КЛИНИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И МЕХАНИЗМЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНАПАУЗЫ Н.Ш. Назарова, Н.Б. Исломова	204	**CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL INDICATORS AND MECHANISMS OF DENTAL DISEASES IN MENOPAUSAL WOMEN** N.S. Nazarova, N.B. Islamova
ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ М.И. Азимов, К.Э. Шомуродов, Р.Г. Шаева, Р.С. Мирхусанова	211	**PROBLEMS OF EARLY DIAGNOSIS OF ACUTE INFLAMMATORY DISEASES OF PERIAPICAL TISSUES AND THEIR CONSEQUENCES** M.I. Azimov, K.E. Shomurodov, R.G. Shaeva, R.S. Mirkhusanova
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕРПЕВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 1, 2 ТИПОВ Ф. Миродилова, Г. Исмаилова	221	**ETIOLOGICAL AND PATHOGENETIC ASPECTS OF HERPESVIRUS INFECTION TYPES 1, 2** F. Mirodilova, G. Ismailova
ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ЛИЦ, ПОЛУЧАЮЩИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ Н.Ш. Назарова, Ж.Б. Саидмурадова	241	**ASSESSMENT OF THE MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL STATE OF PERIODONTAL TISSUES OF PERSONS RECEIVING ORTHODONTIC TREATMENT** N.S. Nazarova, Zh.B. Saidmuradova
КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ		**CLINICAL STUDIES**
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК И ЕГО СВЯЗЬ С ЛЕПТИНОМ	249	**FUNCTIONAL STATE OF THE KIDNEYS AND ITS RELATIONSHIP**

У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ М. Исламова, К. Даминова		**WITH LEPTIN IN OBESE PATIENTS** M. Islamova, K. Daminova
КОРРЕКЦИЯ АСТЕНО-АПАТИЧЕСКОГО ТИПА ДИСТИМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИНАРКОМАНИЕЙ ПАВ Ш.Х. Султанов, Б.О. Убайдуллаев, Н.И. Ходжаева, Д.А. Оролова,Ш.Е. Курбаниязова, Дж.С.Бабаев, Ш.Ф. Усманова.	257	**CORRECTION OF ASTHENO-APATHETIC TYPE OF DYSTHYMIC DISORDERS IN PATIENTS WITH POLY-DRUG ADDICTION SURFACTANTS** Sh.X. Sultonov, B.O. Ubaydullayev, N.I. Xodjaeva, D.A. Orolova, Sh.E. Kurbaniyazova, J.S.Babayev, Sh.F. Usmanova.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРИИМПЛАНТИТА О.Е. Бекжанова, А. Заитханов	265	**DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF MIDDLE-MOLECULAR PEPTIDES IN THE EVALUATION OF THE SERIOUSNESS OF THE CLINICAL COURSE OF PERI-IMPLANTITIS** O.E. Bekjanova, A Zaitkhanov
АНТИОКСИДАНТНЫЕ СВОЙСТВА ФИТОГЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГИНГИВИТА. Н.Г. Кравцова-Кухмар, Н.В. Шаковец, О.В. Мушкина	276	**ANTIOXIDANT PROPERTIES OF PHYTOGEL IN TREATMENT OF EXPERIMENTAL GINGIVITIS.** N.G. Kravtsova-Kukhmar, N.V. Shakovets, O.V. Mushkina
РИСК РАЗВИТИЯ ОРАЛЬНОГО МУКОЗИТА НА ФОНЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ М.И. Дегтярёва, Л.А. Казеко	282	**THE RISK OF ORAL MUCOSITIS AGAINST THE BACKGROUND OF RADIOTHERAPY OF HEAD AND NECK TUMORS** M.I. Degtyareva, L.A. Kazeko
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР Ж.А. Нарчаев, Г.Е. Тастанова, М.Б. Буриев, Ш.И. Хамдамов, О.Р. Рахмонов	288	**SURGICAL TREATMENT OF POST-BURN CICATRICAL CONTRACTURES** Zh.A. Narchaev, G.E. Tatanova, M.B. Buriev, Sh.I. Hamdamov, O.R. Rakhmonov
НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СИНДРОМА РЕЦЕДИВИРУЮЩЕЙ РВОТЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Д.А. Муминова, Н.Р. Алиева, Х.А. Акрамова	297	**NOSOLOGICAL STRUCTURE OF RECURRENT VOMITING SYNDROME IN PRESCHOOL CHILDREN** D.A. Muminova, N.R. Aliyeva, H.A. Akramova
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У РАБОЧИХ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ	307	**PREVALENCE AND INTENSITY OF DENTAL PATHOLOGY IN WORKERS OF THE OIL REFINING INDUSTRY** O.E. Bekzhanova, M.A. Adizov

ПРОМЫШЛЕННОСТИ О.Е. Бекжанова, М.А. Адизов		
ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ИМПЛАНТАТА Implant.Uz Ф.Усмонов	320	**ASSESSMENT OF CHANGES IN THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DENTITION DEFECTS BEFORE AND AFTER PROSTHETICS AND DENTAL IMPLANTATION USING A IMPLANT Implant.Uz** F.Usmanov
СОСТОЯНИЕ УРОВНЯ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МАРКЕРОВ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА Л.Э. Хасанова , М.К.Юнусходжаева	326	**ASSESSMENT OF THE LEVEL OF MOLECULAR MARKERS OF GINGIVAL FLUID IN PATIENTS WITH PERIODONTITIS AND OSTEOPOROSIS** L.E. Khasanova , M.K.Yunuskhodzhayeva
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, ОСЛОЖНЕННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Шамсиев А.Т., Султанов Ш.Х.	330	**FEATURES OF THE CLINIC AND TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOLISM COMPLICATED BY SOMATIC PATHOLOGY** Shamsiev A.T., Sultanov Sh.Kh.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕМОТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАРКИНСОНИЗМА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ Х.М. Даминова	337	**DETERMINATION OF NON-MOTOR MANIFESTATIONS OF PARKINSONISM IN THE PROGRESSION OF THE DISEASE** H.M. Daminova
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Ш.Р. Усманова, А.А. Хаджиметов, Х.П. Камилов	345	**FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND FREQUENCY OF OCCURRENCE OF PERIODONTAL DISEASES AND ORAL MUCOSA IN PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC KIDNEY DISEASE** Ш.Р. Усманова, А.А. Хаджиметов, Х.П. Камилов
СОДЕРЖАНИЯ ФТОРА В НЕ СТИМУЛИРОВАННОЙ СЛЮНЕ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ Ж. Диникулов, С. Муртазаев, Ф. Алижонов	354	**THE CONTENT OF FLUORIDE IN THE UNSTIMULATED SALIVA OF CHILDREN LIVING IN THE TASHKENT REGION** Zh. Dinikulov, S. Murtazaev, F. Alizhonov
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РИСКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ РАБОЧИХ БУХАРСКОГО	363	**OCCUPATIONAL RISKS OF PERIODONTAL DISEASES AMONG WORKERS OF THE BUKHARA OIL**

НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ЗАВОДА О.Е. Бекжанова, М.А. Адизов		**REFINERY** O.E. Bekzhanova, M.A. Adizov
ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ		**TO A PRACTICAL DOCTOR**
ГАНГРЕНЫ ФУРНЬЕ У БОЛЬНОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (случай из практики) С.Р. Баймаков, Г.Е. Тастанова, С.Ш. Юнусов, А.Г. Иванисова, С.Р. Шаниева	375	***FOURNIER GANGRENE IN A PATIENT WITH DIABETES MELLITUS* (case report)** S.R. Baymakov, G.E. Tastanova, S.S. Yunusov, A.G. Ivanisova, S.R. Ganieva
ЭРИТРОДЕРМИЧЕСКАЯ ФОРМА КРАСНОГО ВОЛОСЯНОГО ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ДЕВЕРЖИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) Б.И. Мухамедов, О.Ж. Курбанов, Э.В. Колдарова	383	**ERYTHRODERMIC FORM OF PITYRIASIS RUBRA PILARIS (DEVERGIE`S DISEASE): (CLINICAL CASE)** B.I. Mukhamedov, O.J. Kurbanov, E.V. Koldarova

УДК: 618.16-006.6-612.014.148 -089.166-07-08

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ВУЛЬВЫ

В.С. Наврузова[1,b], Д.Ш. Полатова[1,2,a]
[1]*Ташкентский государственный стоматологический институт,*
[2]*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии*
Ташкент, Узбекистан
[a]polatova.dj@gmail.com, [b]visola1983@rambler.ru

IMMEDIATE RESULTS OF PREOPERATIVE RADIOTHERAPY FOR VULVA CANCER

V.S. Navruzova[1,b], D.Sh. Polatova[1,2,a]
[1]*Tashkent State Dental Institute,*
[2]*Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology*
Tashkent, Uzbekistan
[a]polatova.dj@gmail.com, [b]visola1983@rambler.ru

ВУЛВА САРАТОНИДА ОПЕРАЦИЯ ОЛДИНИ НУР ТЕРАПИЯСИ БЕВОСИТА НАТИЖАЛАРИ

В.С. Наврузова[1,б], Д.Ш. Полатова[1,2,a]
[1]*Тошкент давлат стоматология институти,*
[2]*Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази*
Тошкент, Ўзбекистон
[a]polatova.dj@gmail.com, [b]visola1983@rambler.ru

АННОТАЦИЯ

Главными критериями оценки непосредственных результатов комплексного лечения является частота развития послеоперационных осложнений и летальность, которые зависят как от хирургического, так и от лучевого лечения. Лучевая терапия показала высокую эффективность в лечении рака вульвы. Полный эффект от проведенного лечения, исчезновением всех признаков заболевания наблюдалась более 68% случаях. Прогрессия процесса не наблюдалась ни в одном случае.

Ключевые слова: патоморфоз, полихимотерапия, эндовагинально, эндоуретально

ABSTRACT

The main criteria for evaluating the immediate results of complex treatment are the incidence of postoperative complications and mortality, which depend on both surgical and radiation treatment. Radiation therapy has shown high efficacy in the treatment of vulvar cancer. The full effect of the treatment, the disappearance of all signs of the disease was observed in more than 68% of cases. Process progression was not observed in any case.

Key words: pathomorphosis, polychemotherapy, endovaginally, endouretally

ХУЛОСА

Мураккаб даволашнинг бевосита натижаларини баҳолашнинг асосий мезонлари жарроҳлик ва радиациявий даволанишга боғлиқ бўлган операциядан кейинги асоратлар ва ўлим даражасидир. Нур терапияси вулва саратонини даволашда юқори самарадорликни кўрсатди. Даволашнинг тўлиқ таъсири, касалликнинг барча белгиларининг йўқолиши 68% дан ортиқ ҳолларда кузатилган. Ҳеч қандай ҳолатда жараённинг ривожланиши кузатилмади.

Калит сўзлар: патоморфоз, полихимотерапия, ендовагинал, ендоуретал

Введение

Рак вульвы редкое заболевание и составляет 2-5% злокачественных опухолей женских половых органов и имеет высокий, до 40% уровень смертности [1,2,3,4]. Заболеваемость с раком вульвы растет с 1990-х годов, тем не менее, за последнее десятилетие практически не было предложено нового в диагностике и лечении данной формы опухоли [3].

По данным ВОЗ, за последние несколько десятилетий наблюдается омоложение РВ, в сторону его увеличения среди молодых женщин. В связи с разнообразием симптоматики рака вульвы и широким спектром доброкачественных заболеваний данной локализации, его по-прежнему трудно диагностировать, в особенности на ранних стадиях [5,6,7]. Кроме

того, большинство исследований в области рака вульвы, в настоящее время, сосредоточены на вопросах разработки новых схем комбинированной и комплексной терапии являются актуальным направлением исследований современной онкологии.

Главными критериями оценки непосредственных результатов комплексного лечения является частота развития послеоперационных осложнений и летальность, которые зависят как от хирургического, так и от лучевого лечения [8].

Материалы и методы. Для решения поставленной цели нами был проведен анализ результатов обследования и лечения 186 больных с раком вульвы, прошедших лечение в РСНПМЦОиР, МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России (Москва, РФ), а также клинике Istinye University (Стамбул, Турция) с 2011 по 2020 гг.

Средний возраст больных составил 61±11,7 лет. Самой молодой больной было 38 лет, самой пожилой 83 года (табл.1).

Таблица 1

Распределение больных с раком вульвы в зависимости от возрастных групп

№	*Возрастная группа*	*Количество наблюдений*
1.	До 40 лет	11 (5,9%)
2.	41 – 50 лет	27 (14,5%)
3.	51 – 60 лет	55 (29,6%)
4.	61 – 70 лет	59 (31,7%)
5.	71 – 80 лет	24 (12,9%)
6.	Старше 80 лет	10 (5,4%)

Наибольшее число больных было представлено возрастной группой 51 – 70 лет, которые составили более половины всех больных (61,3%). Все больные имели относительно удовлетворительный соматический статус. Больные с декомпенсированными соматическими заболеваниями,

прогнозируемой продолжительностью жизни менее 6 месяцев, в исследование не были включены, во первых из – за не возможности проведения полного объема предусмотренного данным исследованием мероприятия по диагностике и лечению, во вторых избежать ошибки в расчете результатов лечения возможного искажения, за счет влияния соматических заболеваний на продолжительность жизни вылеченных больных.

Оценка непосредственного результата предоперационной лучевой терапии проводили непосредственно предоперационном периоде на основании осмотра и обследования с доступными методами визуализации. Оценивали процент уменьшения размеров опухоли, состояние регионарных лимфатических узлов, степень выраженности параканкрозных воспалительных изменений, а также степень лучевых реакций. При выраженных лучевых реакциях назначали соответствующее лечение и назначали повторный осмотр через неделю для решения вопроса об оперативном лечении. Основным же критерием оставалась степень уменьшения опухолевого образования.

В оценке результата лечения рака, изучение морфологических данных немаловажно. Предоперационная лучевая терапия приводит к трансформации биологических свойств опухоли, что проявляется в уменьшении способности ее клеток к пролиферации. При этом их функциональные трансформации теснейшим образом связаны с глубиной морфологических деструктивных изменений в тканях опухоли.

Для полноты и точности нашего заключения мы удаленный операционный материал подвергали не только морфологической диагностике, но и исследовали степень патоморфоза по методу Г.А. Лавниковой. Согласно этой схеме, в качестве основного регистрируемого признака принимают изменение общей структуры опухоли, а в качестве вспомогательных критериев – степень дистрофии и полиморфизма клеток, митотическая активность.

Исследование патоморфоза в операционном материале проводилось в опухолевой ткани, удаленных лимфоузлах и в близлежащих здоровых тканях. Уточняли макроскопическую характеристику: цвет, плотность, границы и точные размеры. Кусочки тканей, взятых из операционного материала, фиксировали в 10% растворе формалина. Парафиновые срезы окрашивали гематокселином – эозином и дополнительно фиксировались в канадском бальзаме.

Лучевой патоморфоз изучался как в опухоли, так и в здоровой ткани окружающих органов и тканей, а также в метастазах регионарных лимфатических узлах. Основным прогностическим параметром остается состояние регионарных лимфатических узлов, т.е. наличие метастазов в лимфатических узлах является на сегодняшний день главным дискриминирующим прогностическим признаком, делящим больных на 2 группы: первая – без поражения лимфатических узлов и вторая – с метастазами в лимфатических узлах.

Результаты. 66 больных (45,8%) после предоперационной дистанционной лучевой терапии, через 3 недели после окончания полного курса, после тщательной оценки зоны облучения (последующего операционного поля) и коррекции выявленных изменений, были подвергнуты по показаниям тому или иному объему хирургического лечения. После операции не отмечалось случаев с летальным исходом.

В послеоперационном периоде ранние осложнения в виде воспаления послеоперационной раны, нагноение и наблюдались у 37 (56,1%) больных, из них у 19 (28,8%) отмечалась не состоятельность послеоперационной раны.

Такой высокий процент послеоперационных воспалений послеоперационной раны связано не только фактом проведения предоперационной лучевой терапии. Статистической анализ показал, что проявление осложнений со стороны раны не имеет выраженных достоверных отличий в группах, не подвергавшихся предоперационной

лучевой терапии и больных облученные в дозе до 50 Гр. Само анатомическое локализация опухоли, сопутствующие воспалительные изменение в зоне опухоли, трудность соблюдения гигиенических требований со стороны больных, предотвращающий попадание инфекционных агентов из прямой кишки и мочевого пузыря, влияет на чистоту раны, и делает уязвимым в отношение гноеродных инфекций.

Таблица 2

Непосредственный результат предоперационной лучевой терапии у больных с раком вульвы

№	*Непосредственный эффект*	*Количество случаев*
1.	Полный эффект	45 (68,2%)
2.	Частичный эффект	17 (25,8%)
3.	Стабилизация	4 (6,1%)
4.	Прогрессия	-

Лучевая терапия показала высокую эффективность в лечении рака вульвы. Полный эффект от проведенного лечения, исчезновением всех признаков заболевания наблюдалась более 68% случаях. Прогрессия процесса не наблюдалась ни в одном случае.

В первой группе ведущими критериями для прогноза являются: гистологическая форма рака вульвы, распространение по органу. Во второй группе ведущим признаком оказывается количество пораженных лимфатических узлов. Рекомендуется исследовать 10 и более узлов. Однако показано, что поражение 4 и более узлов отягощает прогноз, по сравнению с поражением 1–2 лимфатических узлов.

В наших наблюдениях метастазы в регионарных лимфатических узлах выявлены в 49 (74,2%) случаях.

Патоморфологические изменения выражались в полиморфизме клеток и ядер, гиперхроматозе ядер, инфильтрации стромы опухоли полиморфными лейкоцитами (табл.3).

Таблица 3

Степень выраженности лучевого патоморфоза в опухоли и в нормальных тканях у больных раком вульвы (образцы опухоли n=132)

№	Степень патоморфоза	Количество случаев
1.	Выраженный	91 (68,9%)
2.	Умеренно выраженный	32 (24,2%)
3.	Слабо выраженный	9 (6,8%)
4.	Без патоморфоза	-

Показатели лучевого патоморфоза соответствовал с непосредственным результатом лучевого лечения. Выраженный патоморфоз отмечалась около 69% случаях, отсутствие патоморфоза не наблюдалась ни в одном случае. Осложнения связанное использованием хирургического пособия, направленное на удаление первичного опухолевого узла, наблюдалось в 15 (18,1%) случаях, в виде воспаления послеоперационых ран, лимфостаз (3,6%). Во всех случаях отмечалось различной степени выраженности кровотечения.

В раннем послеоперационном периоде у одной больной отмечалось гипертонический криз, в одном случае переходящее нарушение мозгового кровообращения и в одном случае кровотечение из раны.

Литература/ References

1. *Boyce J, Fruchter RG, Kasambilides E, Nicastri AD, Sedlis A, Remy C. Prognostic factors in carcinoma of the vulva. Gynecol Oncol. 1985;20(3):364–377.*
2. *Homesley HD, Bundy BN, Sedlis A, Adcock L. Radiation therapy versus pelvic node resection for carcinoma of the vulva with positive groin nodes. Obstet Gynecol. 1986;68:733–740.*
3. *Allbritton JI. Vulvar neoplasms, benign and malignant. Obstet Gynecol Clin North Am. 2017;44:339–352.*
4. *Beller U, Quinn MA, Benedet JL, et al. Carcinoma of the vulva. Int J Gynecol Obstet. 2006;95:S7–S27.*
5. *Homesley HD, Bundy BN, Sedlis A, Adcock L. Radiation therapy vs pelvic node resection for carcinoma of the vulva with positive groin nodes. Obstet Gynecol. 1986;68(6):733–740.*
6. *Homesley HD, Bundy BN, Sedlis A, Adcock L. Radiation therapy vs pelvic node resection for carcinoma of the vulva with positive groin nodes. Obstet Gynecol. 1986;68(6):733–740.*
7. *Homesley HD, Bundy BN, Sedlis A, et al. Assessment of current International Federation of Gynecology and Obstetrics staging of vulvar carcinoma relative to prognostic factors for survival (a Gynecologic Oncology Group study). Am J Obstet Gynecol. 1991;164(4):997–1003;discussion 1003–1004.*
8. *Homesley HD, Bundy BN, Sedlis A, et al. Assessment of currentinternational federation of gynecology and obstetrics staging of vulvar carcinoma relative to prognostic factors for survival (a Gynecologic Oncology Group study). Am J Obstet Gynecol. 1991;164(4):997–1004.*

УДК: 618.16-006.6- 612.014.469/482-036

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОРАДИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ВУЛЬВЫ

Д.Ш. Полатова[1,2,a], В.С. Наврузова[1,b]
[1]*Ташкентский государственный стоматологический институт,*
[2]*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии*
Ташкент, Узбекистан
[a]polatova.dj@gmail.com, [b]visola1983@rambler.ru

RESULTS OF CHEMIORADIOTHERAPY IN PATIENTS WITH VULVA CANCER

D.Sh. Polatova[1,2,a], V.S. Navruzova[1,b]
[1]*Tashkent State Dental Institute,*
[2]*Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology*
Tashkent, Uzbekistan
[a]polatova.dj@gmail.com, [b]visola1983@rambler.ru

ВУЛВА САРАТОНИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА КИМЁРАДИОТЕРАПИЯ НАТИЖАЛАРИ

Д.Ш. Полатова[1,2,a], В.С. Наврузова[1,б]
[1]*Тошкент давлат стоматология институти,*
[2]*Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази*
Тошкент, Ўзбекистон
[a]polatova.dj@gmail.com, [b]visola1983@rambler.ru

АННОТАЦИЯ

Непосредственные результаты комплексного лечения оценивались по объективным и субъективным критериям после завершения полного курса лечения через месяц после завершения полного курса лечения. Объективными критериями послужило результаты клинико–биохимических, инструментальных методов исследования, таких как общий анализ крови, УЗИ, и МРТ органов и тканей пораженной зоны. Применение противоопухолевой химиотерапии часто сопровождается побочными реакциями. Химиопрепараты в первую очередь повреждают быстро обновляющиеся клетки пищеварительного тракта, костного мозга, волосяных

фолликулов и пр. Кроме этого, противоопухолевые препараты способны повреждать практически все нормальные ткани организма. На первый взгляд иммунотерапия дала полный эффект 53,8% что на порядок выше, чем у больных, которые получали химиотерапию 29,5%. Но если учесть тот факт, что у большинства больных получившие иммунотерапию получали также и химио - и лучевое лечение, полученные результаты не окажутся столь впечатляющими.

Ключевые слова: гемостазиологические показатели, полихимиотерапия, лучевая терапия, рак вульвы.

ABSTRACT

The immediate results of complex treatment were evaluated by objective and subjective criteria after the completion of the full course of treatment one month after the completion of the full course of treatment. Objective criteria were the results of clinical, biochemical, instrumental research methods, such as complete blood count, ultrasound, and MRI of the organs and tissues of the affected area. The use of antitumor chemotherapy is often accompanied by adverse reactions. Chemo drugs primarily damage the rapidly renewing cells of the digestive tract, bone marrow, hair follicles, etc. In addition, anticancer drugs can damage almost all normal body tissues. At first glance, immunotherapy gave a total effect of 53.8%, which is an order of magnitude higher than in patients who received chemotherapy 29.5%. But if we take into account the fact that in most patients who received immunotherapy received both chemotherapy and radiation treatment, the results obtained are not so impressive.

Key words: hemostatic parameters, polychemotherapy, radiation therapy, vulvar cancer

ХУЛОСА

Тўлиқ даволаш курси тугаганидан кейин бир ой ўтгач, комплекс даволашнинг бевосита натижалари объектив ва субъектив мезонлар бўйича

баҳоланди. Объектив мезонлар клиник, биокимёвий, инструментал тадқиқот усуллари, масалан, тўлиқ қон рўйхати, ултратовуш текшируви ва зарарланган ҳудуднинг аъзолари ва тўқималарининг МРТ натижалари еди. Антитумор кемотерапиядан фойдаланиш кўпинча салбий реакциялар билан бирга келади. Кимёвий препаратлар, биринчи навбатда, овқат ҳазм қилиш трактининг тез янгиланадиган ҳужайралари, суяк илиги, соч фолликулалари ва бошқаларга зарар етказади. Бундан ташқари, саратонга қарши дорилар деярли барча нормал тана тўқималарига зарар етказиши мумкин. Бир қарашда иммунотерапия жами 53,8% таъсир кўрсатди, бу кимётерапия олган беморларга нисбатан 29,5% кўпдир. Аммо иммунотерапия олган беморларнинг аксарияти кимётерапия ва радиация терапиясини ҳам олганлигини ҳисобга олсак, олинган натижалар унчалик таъсирли эмас.

Калит сўзлар: гемостатик кўрсаткичлар, полихимотерапия, нур терапияси, вулва саратони

Рак вульвы является редким гинекологическим раком. Не существует стандартного подхода к лечению местно-распространенного первичного рака вульвы (стадии III и IV по FIGO) [1,2,3]. Разработаны комбинированные методы лечения с использованием лучевой терапии, химиотерапии и хирургии [4,5,6]. Преимущества и недостатки такого лечения недостаточно хорошо оценены. У женщин с местно-распространенным раком вульвы (рак вульвы, распространяющийся на уретру, влагалище, промежность, задний проход, мочевой пузырь, прямую кишку, фиксированный к костям и увеличенным фиксированным лимфатическим узлам) не было существенной разницы в общей выживаемости или побочных эффектах, связанных с лечением, при первичной химиолучевой терапии. или неоадъювантная химиолучевая терапия (химиолучевая терапия с последующей менее радикальной операцией) сравнивали с первичной операцией [7,8]. Женщинам, нуждающимся в обширном хирургическом вмешательстве (образование мочеполовой и/или фекальной стомы) или с неоперабельной опухолью, преимущественно проводилась первичная химиолучевая терапия в

двух выявленных ретроспективных исследованиях, что делает имеющиеся доказательства слабыми (хотя мы включили только исследования, в которых использовалась статистическая корректировка) [8,9]. Существует большая потребность в исследованиях хорошего качества, сравнивающих различные методы лечения местно-распространенного рака вульвы, которые либо неоперабельны при появлении, либо операбельны, но требуют обширного хирургического вмешательства.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность неоадъювантной химиолучевой терапии у женщин с местнораспространенным первичным раком вульвы по сравнению с другими первичными методами лечения, такими как хирургическое лечение или лучевая терапия.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели перед настоящей научной работой, нами был проведен анализ результатов обследования и лечения 186 больных с раком вульвы, прошедших лечение в РСНПМЦОиР, МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России (Москва, РФ), а также клинике Istinye University (Стамбул, Турция) с 2011 по 2020 г.г.

На фоне лучевой терапии по показаниям применяли у больных запущенным или рецидивным раком вульвы следующие схемы химиотерапии:

- Цисплатин 70-90 мг/м2 внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й день. Курсы повторяли каждые 28 дней.
- Цисплатин 75 мг/м2 внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й день, фторурацил 4 г/м2 внутривенно в виде непрерывной инфузии в течение 96 часов. Курсы повторяют каждые 28 дней.

- Митомицин – 10 мг/м2 внутривенно в течение 20-30 мин в 1-й день, фторурацил–1 г/м2/день внутривенная непрерывная инфузия начиная через 30 минут после введения митомицина в 1-й , 2-й и 3-й дни.

Этот режим дополнялся лучевой терапией, которая назначалась через 10 дней после химиотерапии.

Непосредственные результаты комплексного лечения оценивались по объективным и субъективным критериям после завершения полного курса лечения через месяц после завершения полного курса лечения. Объективными критериями послужило результаты клинико – биохимических, инструментальных методов исследования, таких как общий анализ крови, УЗИ, и МРТ органов и тканей пораженной зоны. Применение противоопухолевой химиотерапии часто сопровождается побочными реакциями. Химиопрепараты в первую очередь повреждают быстро обновляющиеся клетки пищеварительного тракта, костного мозга, волосяных фолликулов и пр. Кроме этого, противоопухолевые препараты способны повреждать практически все нормальные ткани организма. На первый взгляд иммунотерапия дала полный эффект 53,8% что на порядок выше, чем у больных, которые получали химиотерапию 29,5%. Но если учесть тот факт, что у большинства больных получившие иммунотерапию получали также и химио - и лучевое лечение, полученные результаты не окажутся столь впечатляющими.

Результаты. После установления окончательного диагноза, с решением консилиума 69 больным (37,1%) была проведена специфическая терапия, включающая полихимио - и лучевая терапия. Включение больных в ту или иную группу исследования определяли с решением консилиума (табл.1).

Таблица 1.

Клиническая характеристика больных с раком вульвы, подвергнутых химиолучевой терапии

№	*Клиническая характеристика*	*Количество больных*
1.	Стадия опухоли	
	T_2	29 (42%)
	T_3	39 (56,5%)
	T_4	1 (1,4%)
2.	Стадия FIGO	
	II стадия	52 (75,4%)
	III стадия	14 (20,3%)
	IV стадия	3 (4,3%)
3.	Метастазы в лимфатические узлы	18 (26,1%)

До начала лечения больные жаловались на боль 41 (59,4%), зуд 38 (55,1%), раздражение 31 (44,9%), патологические выделения 26 (37,7%) и дизурию 17 (24,6%).

Лучевую терапию проводили после введения химиопрепаратов (фторурацил 250 мг в вену и/или цисплатин 10 мг в вену за 1 час до сеанса облучения), по общепринятой методике до СОД 50 Гр.

Лучевая нагрузка распределялось следующим образом (среднее значение) – CTV – 90–100%; GTV – 98 – 112%; PTV – не менее 88% охват.

Лечение всем больным проводили на фоне сопроводительной терапии, который включал дезинтоксикационную терапию (инфузионная терапия, назначение энтерсорбентов), назначение гепатопротекторов (эссенциале, фосфоглив), иммуномодуляторов (левамизоль, препараты тимуса) и симптоматическая терапия.

Непосредственные результаты комплексного лечения оценивались по объективным и субъективным критериям после завершения полного курса лечения через месяц после завершения полного курса лечения. Объективными критериями послужило результаты клинико–биохимических, инструментальных методов исследования, таких как общий анализ крови, УЗИ, и МРТ органов и тканей пораженной зоны [1,2,6,7].

Субъективные критерии определялись на основании наблюдения состояния больных, их поведения с учетом предъявляемых жалоб. Количество жалоб после лечения резко снизилось во всех группах в частности уменьшились интенсивность зуда, прекратились боли и раздражения ($p<0,01$).

Незначительная общая слабость отмечалась у 35 (50,7%), сильная слабость у 9 (13%) больных. Снижение аппетита наблюдалось у большинства обследованных больных (47,8%).

Исчезновение болевого синдрома после курса лечения в момент контрольного осмотра отметили: 38 (92,7%), зуд 27 (71,1%) больных, раздражение 30 (96,8%), патологические выделения у всех 26 (100%) и дизурия 11 (64,7%).

Применение противоопухолевой химиотерапии часто сопровождается побочными реакциями. Химиопрепараты в первую очередь повреждают быстро обновляющиеся клетки пищеварительного тракта, костного мозга, волосяных фолликулов и пр. Кроме этого, противоопухолевые препараты способны повреждать практически все нормальные ткани организма.

Токсическое действие химиопрепаратов на кроветворение является наиболее частым побочным эффектом химиотерапии и проявляется угнетением всех ростков кроветворения. Особенно часто повреждаются клетки-родоначальники лейкоцитов и тромбоцитов и реже клетки, ответственные за развитие эритроцитов.

Анализ показателей лейкопении показывает, что с нулевой токсичностью были 44,1% больных, с 1 – 23,3%, 2 – 33,3% и еще 26,7% 4 степени токсичности.

Неврологические нарушения в виде бессонницы отмечались в 7 (%) случаях в 1 группе и в 3 (%) случаев во 2 группе, а также алопеция у 8 (26,7%) больных 1 группы и 3 (10,0%) больных 2 группы. 4 степень токсичности наблюдается в 1-2 случаях в виде – анемии, тромбоцитопении,

тошноты, рвоты, цистита, протеинурии у больных 1 группы, а у больных 2 группы - не наблюдалась.

Приблизительно такая же картина наблюдается и у других показателей. Поражение мочевыводящей системы связано с тем, что большинство химиопрепаратов выделяется почками. Степень токсичности препаратов зависит от их дозы и сопутствующих заболеваний почек, а также от возраста больного.

Осложнения химиотерапии зависят от типа и дозы препаратов, длительности лечения. Наиболее часто больные отмечают тошноту и рвоту, временное выпадение волос, увеличение частоты инфекционных заболеваний, повышенную утомляемость. Однако со многими осложнениями можно справиться с помощью лекарств и других методов, а также изменением режима химиотерапии.

Динамика гемостазиологических показателей периферической крови до и через 2 месяца после лечения показал, что, в общем, картина довольно обнадеживающая, удалось удержать уровень гемоглобина после 6 курсов ПХТ на уровне свыше 95 г/л. Токсическое действие химиопрепаратов на кроветворение происходит за счет угнетения всех ростков кроветворения, повреждаются клетки-родоначальники лейкоцитов и тромбоцитов и реже клетки, ответственные за развитие эритроцитов.

Оценка непосредственного результата химио - лучевой терапии проводили через четыре недель после завершения полного курса, основании осмотра и обследования с доступными методами визуализации (табл.2.).

Таблица 2.

Непосредственный результат химиолучевой терапии у больных с раком вульвы

№	*Непосредственный эффект*	*Количество случаев*
1.	Полный эффект	43 (62,3%)
2.	Частичный эффект	19 (27,5%)

3.	Стабилизация	7 (10,1%)
4.	Прогрессия	-

Выводы. Химиолучевая терапия является эффективным пособием в лечении рака вульвы. Полный эффект от проведенного лечения, исчезновением всех местных признаков заболевания наблюдалась более 62% случаях. Прогрессия процесса не наблюдалась ни в одном случае.

Литература/ References

1. *Katz A, Eifel PJ, Jhingran A, Levenback CF. The role of radiation therapy in preventing regional recurrences of invasive squamous cell carcinoma of the vulva. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2003;57:409–418.*
2. *Katz A, Eifel PJ, Jhingran A, Levenback CF. The role of radiation therapy in preventing regional recurrences of invasive squamous cell carcinoma of the vulva. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2003;57(2):409–418.*
3. *Lupi G, Raspagliesi F, Zucali R, et al. Combined preoperative chemoradiotherapy followed by radical surgery in locally advanced vulvar arcinoma. A pilot study. Cancer. 1996;77:1472–1478.*
4. *Mahner S, Prieske K, Grimm D, et al. Systemic treatment of vulvar cancer. Expert Rev Anticancer Ther. 2015;15:629–637.*
5. *Mahner S, Jueckstock J, Hilpert F, et al. Adjuvant therapy in lymph node- positive vulvar cancer: The AGO- CaRE- 1 study. J Natl Cancer Inst. 2015;107:pii:dju426.*
6. *Montana GS, Thomas GM, Moore DH, et al. Preoperative chemo- radiation for carcinoma of the vulva with N2/N3 nodes: A gynecologic oncology group study. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2000;48:1007–1013.*
7. *Montana GS, Thomas GM, Moore DH, et al. Preoperative chemo-radiation for carcinoma of the vulva with N2/N3 nodes. A gynecologic oncology group study. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2000;48(4):1007–1013.*
8. *Moore DH, Ali S, Koh WJ, et al. A phase II trial of radiation therapy and weekly cisplatin chemotherapy for the treatment of locally-advanced squamous cell carcinoma of the vulva: a gynecologic oncology group study. Gynecol Oncol. 2012;124(3):529–533.*

УДК: 618.19-006.6:575.21

АНГИОНЕЗ, МИКРООКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛИ И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н.[1,a], Каххаров А.Ж.[2,b]

[1]*д.м.н., профессор, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии*

[2]*к.м.н., доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт*

[a]burybek@mail.ru, [b]alisher1510@mail.ru

ANGIONESIS, TUMOR MICROENVIRONMENT AND BREAST CANCER

Tillashaikhov M.N.[1,a], Kakhkharov A.Zh.[2,b]
[1]*DSc., Professor, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology*
[2]*PhD., Associate Professor, Tashkent State Dental Institute*
[a]burybek@mail.ru, [b]alisher1510@mail.ru

ANGIOGENEZ, O'SMALAR MIKROMUHITI VA SUT BEZI SARATONI

Tillashayxov M.N.[1,a], Kahharov A.J.[2,b]
[1]*t.f.d., Professor, Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi*
[2]*t.f.n., dotsent, Toshkent davlat stomatologiya instituti*
[a]burybek@mail.ru, [b]alisher1510@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Цель: изучить особенности ангиогенеза опухоли и его связи с микроокружением при раке молочной железы.

Материалы и методы. Для усовершенствования диагностики и лечения рака молочной железы посредством изучения микроокружения опухоли, её влияния на течение и прогноз, нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших обследование и получивших лечение в условиях Университетской клинике ИНХА (Южная Корея) (362 больных) и в ТГФ РСНПМЦОиР МЗ РУз (95 больных).

Результаты. В строме и в зоне инфильтрации опухоли как 1 степени интенсивности ангиогенеза определили количество сосудов от 1 до 5 микрососудов на тестируемой площади, 2 степени от 6 до 10 микрососудов и 3 степень более 11 микрососудов. В зоне опухолевого воспаления как 1 степени интенсивности ангиогенеза определили количество сосудов от 1 до 10 микрососудов на тестируемой площади, 2 степени от 11 до 20 микрососудов и 3 степень более 21 микрососудов. При анализе количества микрососудов нами была обнаружена тесная положительная взаимосвязь подтипов опухоли с интенсивностью ангиогенеза.

Заключение. Была выявлена общая закономерность зависимости интенсивности кровообращения (ангиогенеза) опухоли, ее степенью дифференцировки.

Ключевые слова: рак молочной железы, микроокружение опухоли, ангиогенез

ABSTRACT

Purpose: to study the features of tumor angiogenesis and its relationship with the microenvironment in breast cancer.

Materials and methods. To improve the diagnosis and treatment of breast cancer by studying the microenvironment of the tumor, its influence on the course and prognosis, we analyzed a group of 457 patients with breast cancer who were examined and treated at the INKHA University Hospital (South Korea) (362 patients) and in the TCB of the RSSPMCOR of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan (95 patients).

Results. In the stroma and in the zone of tumor infiltration, the number of vessels from 1 to 5 microvessels in the test area was determined as the 1st degree of angiogenesis intensity, the 2nd degree from 6 to 10 microvessels and the 3rd degree more than 11 microvessels. In the zone of tumor inflammation, the number of vessels from 1 to 10 microvessels in the test area, 2 degrees from 11 to 20 microvessels, and 3 degrees more than 21 microvessels were determined as 1 degree of angiogenesis intensity. When analyzing the number of microvessels, we found a close positive relationship between tumor subtypes and the intensity of angiogenesis.

Conclusion. A general pattern was revealed between the intensity of blood circulation (angiogenesis) of the tumor and its degree of differentiation.

Keywords: breast cancer, tumor microenvironment, angiogenesis

XULOSA

Maqsad: ko'krak bezi saratonida o'sma angiogenezi xususiyatlarini va uning mikromuhit bilan aloqasini o'rganish.

Materiallar va usullar. Sut bezi saratoni diagnostikasi va davolashni yaxshilash uchun o'smaning mikro muhitini, uning kechishi va prognoziga ta'sirini o'rganish uchun biz INHA universiteti kasalxonasida (Janubiy Koreya) tekshirilgan va davolangan ko'krak bezi saratoni bilan og'rigan 457 nafar bemor guruhini tahlil qildik. 362 bemor) va O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi RIOvaRIATM TShF da (95 bemor).

Natijalar. Stromada va o'simta infiltratsiyasi zonasida angiogenez intensivligining 1-darajasi sifatida tekshirilayotgan hududda 1 dan 5 mikrotomirgacha, 2 daraja 6 dan 10 mikrotomirgacha va 11 mikrotomirdan 3 darajadan ortiq tomirlar soni aniqlandi. O'simta yallig'lanishi zonasida angiogenez intensivligining 1-darajali, tekshirilayotgan hududdagi 1 dan 10 mikrotomirgacha, 2 gradus 11 dan 20 mikrotomirgacha va 3 darajadan ortiq 21 mikrotomirlar soni aniqlandi. Mikrotomirlar sonini tahlil qilganda, biz o'simta subtiplari va angiogenezning intensivligi o'rtasida yaqin ijobiy munosabatni topdik.

Xulosa. O'simtaning qon aylanishining intensivligi (angiogenez) va uning farqlanish darajasi o'rtasida umumiy naqsh aniqlandi.

Kalit so'zlar: sut bezi saratoni, o'sma mikromuhiti, angiogenez

Введение. В последнее время, было выяснено, что опухолевые клетки не функционируют самостоятельно, а только в тесном взаимодействии с микроокружением, состоящем из множества клеток и структурных комплексов.

Для роста и развития злокачественных опухолей требуются как энергетический, так и пластический материал. Опухоль размером более двух кубических миллиметров для поддержания своего развития нуждается в своей системе кровоснабжения. С точки зрения формальной логики, интенсивность ангиогенеза должен свидетельствовать активности роста опухоли. В связи с чем, мы оценили количество сосудов опухоли и МО, для выявления корреляционной связи вышеизложенного тезиса. В доступной нам литературе мы не нашли порядковую оценку интенсивности ангиогенеза. В

связи с чем, мы сами разделили интенсивность ангиогенеза по количеству выявляемых количеств микрососудов на тестируемой площади.

Цель: изучить корреляционную связь между ангиогенезом и микроокружением опухоли при раке молочной железы.

Материалы и методы. Для усовершенствования диагностики и лечения рака молочной железы посредством изучения микроокружения опухоли, её влияния на течение и прогноз, нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших обследование и получивших лечение в условиях Университетской клинике ИНХА (Южная Корея) (362 больных) и в ТГФ РСНПМЦОиР МЗ РУз (95 больных).

Было исследовано 1491 гистологических препаратов, принадлежащих 457 больных раком молочной железы.

Для оценки роли МО в росте и в развитии РМЖ, мы провели морфометрические исследование биопсионных материалов, окрашенных гематоксилином эозином с помощью программного обеспечения ImageJ1.42g., с дополнительными модулями Grid и Cell Counter, обеспечивающих создание морфометрической сетки.

Изучали три зоны патологического процесса:

1. Стромальная зона;
2. Зона опухолевой инфильтрации;
3. Зона параканкрозного воспаления.

Результаты. Данные морфометрического анализа больных РМЖ включенные в наше исследование представлены в таблице 1.

Таблица 1

Данные морфометрического анализа больных РМЖ

Показатели	Средние значения
<u>Стромальная зона</u>	
Доля (%) G1	31,1%
Доля (%) G2	40,7%

Доля (%) G3	28,2%
Общее количество митоза	29,2
Количество патологического митоза	11,8
Количество микрососудов	9,6
Зона опухолевой инфильтрации	
Доля (%) площади опухоли	27,1%
Количество микрососудов	11,6
Доля (%) площади фибробластов	9,9%
Доля (%) площади, занимаемая лимфоцитами	15,5%
Доля (%) площади, занимаемая макрофагами	5,1%
Доля (%) площади гранулоцитов	0,3%
Зона параканкрозного воспаления	
Количество сосудов	13,2%
Доля (%) площади, занимаемая лимфоцитами	27,3%
Доля (%) площади, занимаемая макрофагами	4,2%
Доля (%) площади гранулоцитов	0,2%
Доля (%) площади иммунокомпетентных клеток	45,5%

Примечание: общее количество митозов подсчитано в поле зрения 0,63, патологический митоз в поле зрения 0,44;

В зоне инфильтрации, занимаемой опухолевыми клетками площадь, при дифференцировке опухоли G1 составила 19,6%, при G2 – 21,3%, то при G3 – составила одно треть изучаемой площади (29,1%). Таким образом, чем большой площадь в зоне опухолевой инфильтрации занята с опухолевыми клетками, тем ниже дифференцировка опухоли и тем больше ее агрессивность (χ^2=5,81, p<0,01), что коррелирует и количеством сосудов в этой зоне.

Количество сосудов и дифференцировка опухоли имели положительную корреляционную связь (χ^2=7,19, p<0,001), чем больше насчитывали сосудов в зоне инфильтрации, тем ниже оказалась дифференцировка опухоли. Из приведенных данных видна, хорошо

обозначенная, статистически достоверная, отрицательно направленная, корреляционная связь, между количеством сосудов в зоне опухолевой инфильтрации (также в зоне воспаления) и дифференцировкой опухоли (χ^2=4,54, p<0,01, Rk= -0.777, при p<0.001). Этот факт указывает на общую закономерность зависимости интенсивности кровообращения (ангиогенеза) опухоли, ее степенью дифференцировки.

В строме и в зоне инфильтрации опухоли как 1 степени интенсивности ангиогенеза определили количество сосудов от 1 до 5 микрососудов на тестируемой площади, 2 степени от 6 до 10 микрососудов и 3 степень более 11 микрососудов.

В зоне опухолевого воспаления как 1 степени интенсивности ангиогенеза определили количество сосудов от 1 до 10 микрососудов на тестируемой площади, 2 степени от 11 до 20 микрососудов и 3 степень более 21 микрососудов.

Наиболее злокачественные клетки отличаются менее злокачественных скоростью роста. При быстром росте опухоли, происходит гипоксия клеток вследствие уменьшения диффузии кислорода. Гипоксия является стимулирующим фактором ангиогенеза. Гипоксия в свою очередь приводит к активации проангиогенных факторов, включая VEGF и факторы роста фибробластов. Таким образом, степень активации должен быть прямо пропорционально с интенсивности роста. При анализе количества микрососудов нами была обнаружена тесная положительная взаимосвязь подтипов опухоли с интенсивностью ангиогенеза. Так при трижды негативной базальноподобной опухоли в строме опухоли, в зоне инфильтрации и параканкрозном воспалении выявлена 3 степень интенсивности ангиогенеза, когда при люминальных опухолях этот показатель не превышал 1 степени. При втором и третьем подтипе же РМЖ данный показатель составил 2 степень интенсивности (χ^2=7,82, p<0,01, Rk= +0.312, p<0.001).

Заключение. Количество сосудов и дифференцировка опухоли имели положительную корреляционную связь. Кроме того, была выявлена общая закономерность зависимости интенсивности кровообращения (ангиогенеза) опухоли, ее степенью дифференцировки.

Литература/ References

1. *Чве С.Д., Атаханова Н.Э., Шаюсупов Н.Р., Исхаков Д.М., Каххаров А.Ж. Клинико-морфологические и молекулярно-генетические факторы прогноза развития рецидива рака молочной железы // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2018, №2. – с.43-47.*
2. *Тилляшайхов М.Н. Организация онкологической службы Узбекистана на современном этапе и перспективы дальнейшего развития // Клиническая и экспериментальная онкология. -2017.-№1.- С.5-7.*
3. *Hu W, Li X, Zhang C, Yang Y, Jiang J, Wu C. Tumor-associated macrophages in cancers // Clin Transl Oncol. – 2015. – P. 1-8.*
4. *Marsh T., Pietras K., McAllister S.S. Fibroblasts as architects of cancer pathogenesis // Biochim Biophys Acta. – 2013. – Vol. 1832, №7. – P. 1070-1078.*
5. *Vangangelt K., van Pelt G., Engels C., et al. Prognostic value of tumor-stroma ratio combined with the immune status of tumors in invasive breast carcinoma // Breast Cancer Res Treat. – 2017. – Vol. 168, №3. – P. 601-612.*

УДК: 618.19-006.6:575.21-612.13

ВЛИЯНИЕ МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ НА ПРОГНОЗ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н.[1,a], Каххаров А.Ж.[2,b]

[1]*д.м.н., профессор, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии*

[2]*к.м.н., доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт*

[a]burybek@mail.ru, [b]alisher1510@mail.ru

INFLUENCE OF TUMOR MICROENVIRONMENT ON BREAST CANCER PROGNOSIS

Tillashaikhov M.N.[1,a], Kakhkharov A.Zh.[2,b]

[1]*DSc., Professor, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology*

[2]*PhD., Associate Professor, Tashkent State Dental Institute*

[a]burybek@mail.ru, [b]alisher1510@mail.ru

O'SIMLAR MIKROMUHITINI SUT BEZI SARTONI PROGNOZINIGA TA'SIRI

Tillashayxov M.N.[1,a], Kahharov A.J.[2,b]

[1]*t.f.d., Professor, Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi*
[2]*t.f.n., dotsent, Toshkent davlat stomatologiya instituti*
[a]burybek@mail.ru, [b]alisher1510@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Цель: изучить влияние микроокружения опухоли на течение и исход рака молочной железы.

Материалы и методы. Для усовершенствования диагностики и лечения рака молочной железы посредством изучения микроокружения опухоли, её влияния на течение и прогноз, нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших обследование и получивших лечение в условиях Университетской клинике ИНХА (Южная Корея) (362 больных) и в ТГФ РСНПМЦОиР МЗ РУз (95 больных).

Результаты. Высокая ЛВИ было выявлено в группе больных с неблагоприятным исходом (76,8%), в группе с благоприятным исходом лимфоваскулярная инвазия была диагностирована у 33,8% случаях. Инфильтрация опухоли лимфоцитами была диагностирована у 229 больных (50,1%), из них в группе больных с благоприятным исходом заболевания данный признак выявлен в 61,6%, неблагоприятным исходом в 38,4% случаях (χ^2=7,49, p <0,001).

Заключение. Таким образом, при РМЖ присутствие, степень выраженности и клеточные компоненты лимфоцитарной инфильтрации в сочетании ИГХ статусом и молекулярно – генетическими маркерами играют большую роль в определении прогноза опухолевого процесса. Также данный фактор является показателем вероятного положительного воздействия иммунотерапии.

Ключевые слова: рак молочной железы, микроокружение опухоли, лимфоваскулярная инвазия

ABSTRACT

Purpose: to study the influence of the tumor microenvironment on the course and outcome of breast cancer.

Materials and methods. To improve the diagnosis and treatment of breast cancer by studying the microenvironment of the tumor, its influence on the course and prognosis, we analyzed a group of 457 patients with breast cancer who were examined and treated at the INKHA University Hospital (South Korea) (362 patients) and in the TCB of the RSSPMCOR of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan (95 patients).

Results. High lymphovascular invasion was detected in the group of patients with an unfavorable outcome (76.8%), in the group with a favorable outcome, lymphovascular invasion was diagnosed in 33.8% of cases. Tumor infiltration with lymphocytes was diagnosed in 229 patients (50.1%), of which in the group of patients with a favorable outcome of the disease, this sign was detected in 61.6%, an unfavorable outcome in 38.4% of cases ($\chi^2 = 7.49$, $p < 0.001$).

Conclusion. Thus, in breast cancer, the presence, severity and cellular components of lymphocytic infiltration in combination with IHC status and molecular genetic markers play an important role in determining the prognosis of the tumor process. Also, this factor is an indicator of the likely positive impact of immunotherapy.

Keywords: breast cancer, tumor microenvironment, lymphovascular invasion

XULOSA

Maqsad: o'sma mikromuhitining sut bezi saratonining kechishi va natijalariga ta'sirini o'rganish.

Materiallar va usullar. Sut bezi saratoni diagnostikasi va davolashni yaxshilash uchun o'smaning mikro muhitini, uning kechishi va prognoziga ta'sirini

o'rganish uchun biz INHA universiteti kasalxonasida (Janubiy Koreya) tekshirilgan va davolangan sut bezi saratoni bilan og'rigan 457 nafar bemor guruhini tahlil qildik. (362 bemor) va O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi RIOvaRIATM TShF da (95 bemor).

Natijalar. Noqulay natijaga ega bo'lgan bemorlar guruhida (76,8%) yuqori limfovaskulyar invaziya aniqlangan, ijobiy natijaga ega bo'lgan guruhda limfa tomirlari invaziyasi 33,8% hollarda aniqlangan. Limfotsitlar bilan o'sma infiltratsiyasi 229 bemorda (50,1%) tashxis qo'yilgan, ulardan kasallikning ijobiy natijasi bo'lgan bemorlar guruhida bu alomat 61,6% da, 38,4% hollarda noxush oqibatlarga olib kelgan (χ^2 = 7,49, p <0,001).

Xulosa. Shunday qilib, ko'krak bezi saratonida limfotsitar infiltratsiyaning mavjudligi, zo'ravonligi va hujayrali komponentlari IHC holati va molekulyar genetik belgilar bilan birgalikda o'sma jarayonining prognozini aniqlashda muhim rol o'ynaydi. Shuningdek, bu omil immunoterapiyaning mumkin bo'lgan ijobiy ta'sirining ko'rsatkichidir.

Kalit so'zlar: sut bezi saratoni, o'simta mikromuhiti, limfovaskulyar invaziya

Введение. В последнее время, множество работ посвящено изучению микроокружению опухоли и его взаимодействию с ней. Стромальные клетки (фибробласты, иммунокомпетентные, эндотелиальные клетки и др.) экстрацеллюлярный матрикс, растворимые факторы не только оказывают комплексное влияние на поведение опухоли (пролиферацию опухолевых клеток, способность к инвазии и метастазированию), но также играют немаловажную роль в ответе опухолевых клеток на противоопухолевые агенты.

Опухоль инфильтрирующие лимфоциты также имеют большое прогностическое и предиктивное значение при РМЖ. При гормон-негативных, HER2 neu позитивных опухолях высокое содержание опухоль инфильтрирующих лимфоцитов увеличивает эффект от химиотерапии и выживаемость пациентов. Повышенное содержание CD8 лимфоцитов в

опухоли, и химиотерапия антрациклинами оказывает синергический положительный эффект, повышая уровень патологически полного ответа на неоадьювантную химиотерапию.

Цель: изучить влияние микроокружения опухоли на течение и исхода рака молочной железы.

Материалы и методы. Для усовершенствования диагностики и лечения рака молочной железы посредством изучения микроокружения опухоли, её влияния на течение и прогноз, нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших обследование и получивших лечение в условиях Университетской клинике ИНХА (Южная Корея) (362 больных) и в ТГФ РСНПМЦОиР МЗ РУз (95 больных).

Больные были разделены на две группы: основная группа, выделены больные с благоприятным исходом заболевания, контрольную группу составили больные с прогрессией патологического процесса в период наблюдения (7 лет).

Было исследовано 1491 гистологических препаратов, принадлежащих 457 больных раком молочной железы.

Результаты

Таблица 1

Распределение больных по прогностическим группам в зависимости от дифференцировки опухолей при РМЖ

Наличие признака	**Основная группа**		**Контрольная группа**	
	абс	%	Абс	%
Лимфоваскулярная инвазия				
Есть n=225	99	33,8	126	76,8
Нет n=232	194	66,2	38	23,2
Экстенсивный внутрипротоковый компонент				
Есть n=202	71	24,2	131	79,9

Нет n=255	222	75,8	33	20,1
Соотношение стромы к паренхиме опухоли				
Скудная строма n=266	230	78,5	36	21,9
Выраженная строма n=191	63	21,5	128	78,1
Инфильтрация опухоли лимфоцитами				
Есть n=229	141	48,1	88	53,7
Нет n=228	152	51,9	76	46,3
Итого	293		164	

При лимфоваскулярной инвазии опухолевые клетки проникают в кровеносные или лимфатические сосуды, и свидетельствует высокой активности опухоли, вероятности ее метастазирования. Лимфоваскулярная инвазия (ЛВИ) в принципе является начальным этапом метастазирования. Высокая ЛВИ было выявлено в группе больных с неблагоприятным исходом (76,8%), в группе с благоприятным исходом лимфоваскулярная инвазия была диагностирована у 33,8% случаях. Данный признак является высоко достоверным прогностическим признаком, так как, у больных без лимфоваскулярной инвазии локальный контроль в течении семи лет был отмечен 83,6% случаях и только 16,4% случаях у больных без ЛВИ был выявлен прогрессия опухолевого процесса (χ^2=4,67, p <0,001).

Экстенсивный внутрипротоковый компонент, как и ЛВИ свидетельствуют об агрессивном росте рака молочной железы. У 64,8% больных с наличием в гистологических препаратах экстенсивного внутри протокового компонента был не благоприятный исход. При отсутствии данного признака 87,1% больных прожили до семи лет и в настоящее время находятся под пристальным контролем (χ^2=6,94 p <0,001).

Фенотипические особенности любой опухоли формируются в следствии взаимодействия клеток опухоли и ее стромы. Строма опухоли состоит из клеточных элементов соединительной ткани, сосудов, нервов и внеклеточного матрикса.

Из 293 больных, опухоль со скудной стромой была выявлена у 78% больных, с выраженной у 21,9% больных. Богатая строма больше была диагностирована в группе больных с неблагоприятным исходом заболевания, что составил 78,1% от общего количества больных ($\chi 2$=4,58, p <0,001). При анализе влияния стромы на продолжительность жизни были выявлены следующие данные – больные со скудной опухолевой стромой имели больший шанс на выздоровление, чем больные с богатой стромой опухоли.

Таким образом, строма обеспечивает жизненно важные коммуникации, необходимые для роста опухоли, и на распространение опухолевых клеток. В нашем исследовании, при скудной строме опухоли, семилетняя выживаемость составили 86,5%, а при выраженной развитой опухолевой строме у более 67% несмотря на проведенные комплексные лечебные мероприятия, после некоторой ремиссии, опухоль продолжала прогрессироватся (χ^2=5,98, p <0,001).

При лимфоцитарной инфильтрации опухоли последний заселяется иммунокомпетентными клетками, как Т-лимфоцитами со специфической противоопухолевой активностью, натуральными киллерами (НК) или TIL-клетками, которые способны лизировать опухолевые клетки. По литературным данным инфильтрация опухолевой ткани лимфоцитами является благоприятным прогностическим признаком.

Инфильтрация опухоли лимфоцитами была диагностирована у 229 больных (50,1%), из них в группе больных с благоприятным исходом заболевания данный признак выявлен в 61,6%, неблагоприятным исходом в 38,4% случаях ($\chi 2$=7,49, p <0,001).

Заключение. Таким образом, при РМЖ присутствие, степень выраженности и клеточные компоненты лимфоцитарной инфильтрации в сочетании ИГХ статусом и молекулярно – генетическими маркерами играют большую роль в определении прогноза опухолевого процесса. Также данный фактор является показателем вероятного положительного воздействия иммунотерапии.

Литература/ References

1. *Чве С.Д., Атаханова Н.Э., Шаюсупов Н.Р., Исхаков Д.М., Каххаров А.Ж. Клинико-морфологические и молекулярно-генетические факторы прогноза развития рецидива рака молочной железы // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2018, №2. – с.43-47.*
2. *Тилляшайхов М.Н. Организация онкологической службы Узбекистана на современном этапе и перспективы дальнейшего развития // Клиническая и экспериментальная онкология. -2017.-№1.- С.5-7.*
3. *Hu W, Li X, Zhang C, Yang Y, Jiang J, Wu C. Tumor-associated macrophages in cancers // Clin Transl Oncol. – 2015. – P. 1-8.*
4. *Marsh T., Pietras K., McAllister S.S. Fibroblasts as architects of cancer pathogenesis // Biochim Biophys Acta. – 2013. – Vol. 1832, №7. – P. 1070-1078.*
5. *Vangangelt K., van Pelt G., Engels C., et al. Prognostic value of tumor-stroma ratio combined with the immune status of tumors in invasive breast carcinoma // Breast Cancer Res Treat. – 2017. – Vol. 168, №3. – P. 601-612.*

УДК: 616.5-006.6-07

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Охунжон ЛАПАСОВ[1,a], Акмал СЫДИКОВ[2,b], Ирода НУРМАТОВА[3c], Бахадыр АЗИЗОВ[4,d], Саида АГЗАМХОДЖАЕВА[5,e]

[1]*базовый докторант, Ташкентский Государственный стоматологических институт,*
[2] *д.м.н.,профессор, Ферганский медицинский институт общественного здоровья*
[3] *к.м.н.,доцент, Ташкентская медицинская академия,*
[4] *д.м.н., доцент, Ташкентский Государственный стоматологических институт,*
[5] *к.м.н., доцент,Ташкентский Государственный стоматологических институт,*
[a] **oxunjonlapasov@gmail.com**, [b] **medic-85@bk.ru**, [c] **iroda1074@gmail.com**
[d] **bsazizov9@gmail.com**, [e] **saidakhon24@mail.ru**

IMPROVEMENT OF METHODS FOR EARLY DIAGNOSIS OF BASAL CELL SKIN CANCER

Okhunjon LAPASOV[1,a], Akmal SYDIKOV[2,b], Iroda NURMATOVA[3c], Bakhadyr AZIZOV[4,d], Saidakhon AGZAMKHODZHAEVA[5,e]

[1] *st doctoral candidate, Tashkent State Dental Institute,*
[2] *d MD, Professor, Fergana Medical Institute of Public Health,*
[3] *rd PhD, associate professor, Tashkent Medical Academy,*
[4] *th MD, associate professor, Tashkent State Dental Institute,*
[5] *th PhD, associate professor,Tashkent State Dental Institute,*
[a] **oxunjonlapasov@gmail.com**, [b] **medic-85@bk.ru**, [c] **iroda1074@gmail.com**
[d] **bsazizov9@gmail.com**, [e] **saidakhon24@mail.ru**

TERI BAZAL HUJAYRALI SARATONINI ERTA TASHHIS QO'YISH USULLARINI TAKOMILLASH

Okhunjon LAPASOV[1,a], Akmal SYDIKOV[2,b], Iroda NURMATOVA[3c], Bakhadyr AZIZOV[4,d], Saidakhon AGZAMKHODZHAEVA[5,e]
[1] *tayanch doktorant, Toshkent davlat stomatologiya instituti,*
[2] *t. f. D., professor, Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti,*
[3] *t. f. n., dotsent, Toshkent tibbiyot akademiyasi,*
[4] *t. f. D., dotsent, Toshkent davlat stomatologiya instituti,*
[5] *t. f. N., dotsent,Toshkent davlat stomatologiya instituti,*
[a] **oxunjonlapasov@gmail.com**, [b] **medic-85@bk.ru**, [c] **iroda1074@gmail.com**
[d] **bsazizov9@gmail.com**, [e] **saidakhon24@mail.ru**

АННОТАЦИЯ

Базально-клеточная карцинома кожи является самой распространенной опухолью кожи. Ее инциндентность в настоящее время растет и в структуре кератиноцитарных опухолей на долю БКК приходится 80%. В исследовании приняли участие 80 пациентов (49 мужчин и 31 женщина) в возрасте от 39 до 87 лет (средний возраст 63 года) с клиническими проявлениями базально-клеточного рака кожи, им было проведены дерматоскопия и биопсия пораженных участков кожи. Предлагаемый малоинвазивный диагностический тест при помощи орошения очага поражения жидким азотом имеет потенциальное преимущество в сравнении с рутинными методами исследования и может быть использован в ранней диагностике БКРК.

Ключевые слова: Базально-клеточная карцинома кожи, ранняя диагностика.

ANNOTATION

Basal cell carcinoma of the skin is the most common skin tumor. Its incidence is currently growing and in the structure of keratinocyte tumors, BCC accounts for 80%. The study involved 80 patients (49 men and 31 women) aged 39 to 87 years (mean age 63 years) with clinical manifestations of basal cell skin cancer, they underwent dermatoscopy and biopsy of the affected skin areas. The proposed minimally invasive diagnostic test using liquid nitrogen irrigation of the lesion has a potential advantage over routine research methods and can be used in the early diagnosis of BCC.

Key words: Basal cell carcinoma of the skin, early diagnosis.

XULOSA

Terining bazal hujayrali karsinomasi eng keng tarqalgan teri shishidir. Hozirgi vaqtda uning tarqalishi ortib bormoqda va keratinotsit o'smalari tarkibida BCC 80% ni tashkil qiladi. Tadqiqotda bazal hujayrali teri saratoni klinik ko'rinishlari bo'lgan 39 yoshdan 87 yoshgacha (o'rtacha 63 yosh) 80 bemor (49 erkak va 31 ayol) ishtirok etdi, ularga dermatoskopiya va ta'sirlangan terining biopsiyasi o'tkazildi. Lezyonni suyuq azot bilan sug'orish yordamida tavsiya

etilgan minimal invaziv diagnostika testi muntazam tadqiqot usullariga nisbatan potentsial afzalliklarga ega va BCC erta tashxisida qo'llanilishi mumkin.

Kalit so'zlar: Terining bazal hujayrali karsinomasi, erta tashxis.

Актуальность: Базально-клеточная карцинома кожи является самой распространенной опухолью кожи. Ее инциндентность в настоящее время растет и в структуре кератиноцитарных опухолей на долю БКК приходится 80%.

Материалы и методы: 80пациентов (49 мужчин и 31 женщина) в возрасте от 39 до 87 лет (средний возраст63 года) с клиническими проявлениями базально-клеточного рака кожи, дерматоскопия, биопсия пораженных участков кожи.

Результаты: предлагаемый малоинвазивный диагностический тест при помощи орошения очага поражения жидким азотом имеет потенциальное преимущество в сравнении с рутинными методами исследования и может восполнить пробелы при верификации диагноза БКК.

Ключевые слова: Базально-клеточная карцинома кожи, ранняя диагностика.

Актуальность изучения базальноклеточного рака кожи продиктована тем, что данная опухоль является самой распространенной, и ееинциндентность в настоящее время растет. В структуре кератиноцитарных опухолей на долю БКК приходится 80%. На сегодняшний день инциндентность БКК значительно возросла, и соотношение БКК к СКК составляет уже 2:1 [1,5]. По данным литературы в сравнении со сквамозноклеточным (плоскоклеточным ПКК/СКК), БКК подвержено относительно более молодое население, однако по результатам некоторых исследований, средний возраст больных БКК был выше, чем в группе больных СКК. Так, в среднем возникновению БКК подвержены лица в возрасте от 40 до 70 лет, однако по данным Bath-Hextalletall. инциндентность среди более молодого населения растет [3,7,8].

Второй актуальной проблемой в изучении БКК являются экономические затраты на лечение пациентов, и они напрямую зависят от длительности курации пациента [2]. Обнаружение опухоли в дебюте существенно сократит объем и сроки лечения. Это диктует необходимость повышения онкологической настороженности населения, а также оптимизации диагностического алгоритма заболевания [9]. Сложность диагностики БКК на ранних стадиях определяется малой специфичностью клинических проявлений новообразования.

Целью нашего исследования было обосновать значимость диагностического теста на БКРК в начальной стадии в целях улучшения диагностических мероприятий.

В задачи исследования входило изучить клинические, дерматоскопические и гистологические характеристики больных базально-

клеточным раком кожи для повышения точности и скорости диагностических мероприятий.

Материалы и методы исследования: Научно-исследовательскую базу составили пациенты с клиническими проявлениями базально-клеточного рака кожи. Все участники исследования проходили обследование и лечение в дерматологическом отделении Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университета, кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины, Республиканской клинической кожвен больнице Республики Узбекистан и Ташкентском городском онкологическом диспансере.

За период с 2014 по 2021 год гг. 80 пациентов (49 мужчин и 31 женщина) в возрасте от 39 до 87 лет (средний возраст составил 63 года) были обследованы и включены в исследование. Проспективное исследование было проведено у 35 человек с 2017 по 2021 год, ретроспективное – у 45. Критерием включения являлась клиническая картина - наличие у них эритематозного пятна розового цвета с неровными четкими границами и возможным незначительным шелушением на поверхности. Высыпания имели преимущественно акральное расположение (кисти и лицо), однако локализация в иных областях являлась допустимой. На начальном этапе всем пациентам был проведен сбор анамнеза, объективный осмотр, дерматоскопия, а также диагностическая биопсия кожи из очага поражения. Последующим этапом исследования стало формирование нового диагностического алгоритма БКК на ранней стадии, а именно разработка нового диагностического теста.

На основании данных анамнеза, объективного осмотра и дерматоскопии все пациенты были разделены на четыре группы. В первую группу были включены 35 пациентов с клиническим диагнозом базально-клеточная карцинома (21 мужчина и 14 женщин), во вторую - 20 больных с плоскоклеточным раком кожи (10 мужчин и 10 женщин) и в третью – 16 больных актиническим кератозом (10 мужчин и 6 женщин). В четвертую группу с неверифицированным диагнозом были определены 9 пациентов (6 мужчин и 3 женщины).

Таблица №1

Поло-возрастная характеристика участников исследования

Группа/ характеристика	БКК (n=35)	ПКК (n=20)	АК (n=16)	Неверифицированный диагноз (n=9)
Возраст пациентов	48-87 (65,87)	48-78 (61,55)	39 -70 (56,5)	48 -67 (58,4)
Пол:				
Мужчины	21	10	10	6
Женщины	14	10	6	3

В каждом конкретном случае клиническая и дерматоскопическая оценка новообразования проводилась с использованием дерматоскопа HEINEDELTA 20 TDermatoscope DermliteDL3N (Heine Optotechnil

GmbH&Co.KG, Германия) и 10-кратного оптического увеличения Derm Lite Foto IIPro (Samsung Electronics Co., Ltd., Yeongtong-Gu.Сувон-Ши, Южная Корея).

Всем пациентам была проведена процедура криотерапии. Перед орошением жидким азотом мы обрабатывали очаг поражения спиртом, а чтобы сделать процедуру менее болезненной применяли раствор лидокаина 2% либо крем ЭМЛА ® (Лидокаин 2,5% + Прилокаин 2,5%). Затем крио-наконечник (обычно тип C, Cry-AC, Brymill®) помещали на расстоянии 5-10 мм от поверхности кожи и направляли жидкий азот в центр обрабатываемого поля 10 раз (экспозиций, предел охлаждения и глубина 5 мм - 20° C) до 1-2 минут.

Через 12 часов после процедуры мы проводили динамическую оценку клинических и дерматоскопических признаков относительно изначальных, а затем иссекали новообразование с целью определения гистологических изменений, связанных с процедурой, и верификации диагноза. В случае формирования полупрозрачных или перламутровых папул тест считался положительным.

Результаты собственных исследований: Все пациенты – участники исследования имели схожую клиническую картину: процесс поражения кожи носил ограниченный характер и был представлен единичными эритематозными пятнами/бляшками розового цвета, с четкими границами, с локализацией на коже лица или кистей, реже – туловища. На поверхности элементов определялось незначительное шелушение. У всех пациентов жалобы на субъективные ощущения (зуд/жжение/боль) в области очага поражения отсутствовали.

На основании данных, полученных в ходе объективного осмотра, сбора анамнеза, пациентам был выставлен клинический диагноз: базальноклеточный рак кожи 43,75% случаев (35/80), плоскоклеточный рак кожи – в 25% случаев (20/80), актинический кератоз – в 20% (16/80).

В первую группу вошли 35 пациентов с диагнозом базально-клеточный рак кожи (21 мужчина и 14 женщин, в возрасте от 48 до 87 лет, средний возраст 65,86). Клинические проявления больных 1ой группы характеризовались наличием плоского эритематозного пятна/бляшки розового цвета с четкими границами, диаметром до 2 см (n=35/35, 100%). У 16 (46%) пациентов отмечалось шелушение на поверхности элементов. У 17 (48,5%) больных элементы были расположены на коже лица (68,6%), у 6 в области тыльной поверхности кистей (17,14%), у 12 пациентов новообразование было локализовано на коже туловища (34,3%). Из анамнеза известно, что 27 пациентов (77%) пришли на консультацию по поводу новообразования в течение 1 месяца после того, как отметили его появление, остальные 23 % - в среднем обратились за помощью через 2 месяца. 4 пациента (11,4%) имели наследственный анамнез.

Во вторую группу вошли 20 пациентов с плоскоклеточным раком кожи (10 женщин и 10 мужчин в возрасте от 48 до 78 лет, средний возраст 61,55

лет). У пациентов 2 группы в 100% (20/20) случаев высыпания были представлены эритематозной бляшкой розового цвета с четкими границами, различной формы.Высыпания у подавляющего большинства были локализованы на коже лица, в частности, в височных и лобной областях (17/20, 85%), у 3 пациентов из 20 новообразование было расположено на тыльной поверхности кистей (15%). У 1 пациента (5%) был зарегистрирован наследственный анамнез.

В третью группу вошли 16 пациентов с актиническим кератозом (6 женщин и 10 мужчин в возрасте от 39 до 70 лет, средний возраст 56,5 лет). Среди пациентов 3 группы у всех высыпания были представлены эритематозными пятнами красного цвета, с интенсивным шелушением на поверхности и гетерогенной окраски. По сравнению с 1 и 2 группами, у пациентов третьей группы было зарегистрировано шелушение в 100% случаев (16/16). Никто из участников 3 группы не предъявлял жалобы на субъективные ощущения в пределах очагов поражения (0/16, 0%). У всех участников 3 группы высыпания были локализованы на коже лица (16/16, 100%). Трое отмечали постепенную прогрессию элементов в виде их увеличения в размере (3/16, 18,8%).

Четвертую группу составили пациенты с неверифицированным клиническим диагнозом. Среди них было 6 мужчин и 3 женщины в возрасте от 48 до 67 лет, средний возраст 58,4. У всех участников группы высыпания носили ограниченный характер и были представлены эритематозным плоским пятном розового/красного цвета, с четкими границами, различной формы. Шелушение на поверхности элемента отмечалось у 3 пациентов (33%) У 7 пациентов (77,8%) элемент был расположен на коже лица, в то время как у 1 – на коже левой кисти (11%) и у 1 – в области спины (11%). Двое пациентов (2/9, 22%) имели наследственный анамнез.

Таблица _2

Клиническая характеристика пациентов

Признак	Базально-клеточная карцинома (n=35)	Плоско-клеточный рак кожи (n=20)	Актинический кератоз (n=16)	Пациенты с не верифицированным диагнозом (n=9)
Наследственный анамнез	4 (11,4%)	1 (5%)	0/16 (0%)	2/9 (22%)
1-3 фототип	35 (100%)	20 (100%)	16 (100%)	9 (100%)
4-6 фототип	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Анамнез инсоляции (наличие ожогов 2 степени)	14/35 (40%)	7/20 (35%)	3/16 (18,8%)	4/9 (44%)
Онкологический анамнез	3/35 (8,6%)	1/20 (5%)	2/16 (12,5%)	0/9 (0%)
Рецидив	1/35 (2,9%)	1/20 (5%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
Субъективные ощущения	0/35 (0%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
1 элемент	33/35	20/20 (0%)	9/16 (56,3%)	9/9 (100%)

	(94,3%)			
Более 1 элемента	2/35 (5,7%)	0/20 (0%)	7/16 (43,8%)	0/9 (0%)
Локализация в области лица	17 (48,6%)	17/20 (85%)	16/16 (100%)	7/9 (77,8%)
Локализация в области конечностей (кисти)	6/35 (17,1%)	3/20 (15%)	0/16 (0%)	1/9 (11%)
Локализация в области туловища	12/35 (34,3%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	1/9 (11%)
Плоское пятно/бляшка	35/35 (100%)	20/20 (100%)	16/16 (100%)	9/9 (100%)
Экзофитное расположение элемента	0/35 (0%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
Шелушение на поверхности элемента	16/35 (46%)	16/20 (80%)	16/16 (100%)	3/9 (33%)
Прогрессия элемента	10/35 (28,6%)	4/20 (20%)	3/16 (18,8%)	1/9 (11%)

Всем участникам исследования на этапе первичного визита была проведена дерматоскопия очага поражения.

Среди участников 1-ой группы наиболее часто встречающимся признаком были разветвленные (древовидные) сосуды, которые отмечались у 24/35 пациентов (68,6%). Данный признак характеризует сосудистый паттерн новообразования. На эритематозном фоне также в ряде случаев (8/35, 22,9%) отмечались блестящие красно-белые бесструктурные области. Характерные для длительно существующих базалиом телеангиэктазии были отмечены в 3 случаях из 35 (8,6%). Также часто регистрировались короткие белые полосы – в 14 случаях из 35 (40%). Поверхностные белые/желтые чешуйки были найдены у 16 пациентов (45,7%). У одного пациента были обнаружены листовидные области (2,9%). Пигментные структуры – были обнаружены у 1 пациента (2,9%), они включали множественные серо-голубые глобулы, точки и серо-голубые гнезда.

У всех пациентов второй группы в первую очередь был отмечен эритематозный фон очагов поражения (20/20, 100%). Для пациентов 2 группы был выделен отдельный дерматоскопический паттерн – «клубничный паттерн/рисунок». Он отмечался у 18/20 больных (90%). Также примечательно, что у всех без исключения отмечались поверхностные белые/желтые чешуйки (20/20, 100%). У большинства пациентов были зафиксированы концентрические структуры (15/20, 75%), блестящие красно-белые бесструктурные области (11/20, 55%). У 8 пациентов из 20 были обнаружены короткие белые полосы (40%), у троих – разветвленные сосуды (15%) и сосуды, окружающие волосяной фолликул. Гиперкератотичные волосяные фолликулы обнаруживались у троих пациентов (3/20, 15%), у 6/20

отмечался гиперкератоз/аморфный кератин. Изъязвления были найдены у 4/20 пациентов (20%), у одного – множественные мелкие эрозии (5%).

Среди пациентов 3 группы также главными признаками являлись эритематозный фон очагов поражения и «клубничный паттерн», он был обнаружен у всех участников группы (16/16, 100%). У 2 пациентов отмечались бесструктурные красно-белые области (2/16, 12,5%). У большинства участников группы были найдены признаки гиперкератоза: поверхностные белые/желтые чешуйки (13/16, 81,25%), гиперкератоз/аморфный кератин (10/16, 62,5%), гиперкератотичные фолликулы (8/16, 50%). У четырех пациентов были зарегистрированы короткие белые полосы (4/16, 25%), у одного (1/16, 6,25%) – множественные мелкие эрозии, у одного - изъязвление (1/16, 6,26%).

Пациенты 4 группы также демонстрировали эритематозный фон очагов поражения (9/9, 100%). У 5 пациентов отмечались короткие белые полосы (56%), у 4 – красно-белые блестящие бесструктурные области, у 2/9 – листовидные области (22%), у одного – концентрические структуры (11%). Разветвленные сосуды были найдены у троих пациентов (3/9, 33%), телеангиоэктазии – у 1 (1/9, 11%), а сосуды, окружающие волосяной фолликул – у 3/9 пациентов (33%). Среди пигментных включений были обнаружены серо-голубые гнезда у 2 пациентов (22%), точки – у 3/9 пациентов (33%), множественные серо-голубые глобулы – у 2 пациентов (22%). Гиперкератоз был отмечен у 2 индивидуумов (2/9, 22%), поверхностные белые и желтые чешуйки – у 4/9 человек (44%).

В процессе анализа гистологических препаратов верифицировать диагноз удалось в 88,75% случаев (71/80). В частности, диагноз базальноклеточный рак кожи был выставлен в 43,75% случаев (35/80), плоскоклеточный рак кожи – в 25% случаев (20/80), актинический кератоз – в 20% (16/80). У 9 пациентов диагноз, выставленный патоморфологом не соответствовал окончательному. Были выделены три основные группы исследуемых: базальноклеточный рак кожи, плоскоклеточный рак кожи и актинический кератоз.

Исследование с применением нового диагностического теста на определение базальноклеточного рака кожи было проведено проспективно. В нем принимали участие 18 пациентов 1 группы (10 мужчин и 8 женщин, средний возраст 63,5 лет) с клиническим диагнозом базальноклеточный рак кожи, 9 пациентов второй группы (6 мужчин и 3 женщины, средний возраст 61,9 лет) с клиническим диагнозом плоскоклеточный рак кожи и 6 пациентов 3 группы (3 мужчин и 3 женщины, средний возраст 59, 6лет) с клиническим диагнозом актинический кератоз.

При оценке тканевых изменений посредством дерматоскопии через 12 – 24 часов после орошения очага поражения жидким азотом формирование полупрозрачных/перламутровых папул по периферии очага поражения произошло у 16/18 больных 1 группы (89%). Причем у 11 пациентов (11/16, 68,75%) отмечались перламутровые папулы, у 5 – полупрозрачные (7/18,

31,25%). Во второй группе у 7 больных из 9 (78%) результат был отрицательным, в то время как у 2 – неспецифический (22%). Пациенты 3 группы показали отрицательный результат (6/6, 100%).

Специфичность теста составила 88,24%, чувствительность – 88,89%, положительная прогностическая значимость – 88,89%, отрицательная прогностическая значимость – 78,94%. По полученным данным тест можно признать валидным и практически применимым.

Для контроля результатов после проведения теста всем исследуемым была проведена биопсия кожи из очага поражения. В рамках гистологического обоснования механизма работы теста было выявлено, что в его основе лежит феномен ретракции опухоли. В результате орошения жидким азотом в течение 12-24 часов формируется неспецифическая воспалительная реакция, ввиду которой развивается стромальный отек. На фоне разности в плотности тканей стромы и опухолевых гнезд происходит вытеснение опухолевой ткани вверх и формируется щель между базалоидными гнездами и стромой, что дерматоскопически соответствует образованию полупрозрачных/ перламутровых папул.

У всех пациентов 1 группы определялся патогномоничный для базальноклеточного рака признак – «палисад» из базальных кератиноцитов (35/35, 100%), также у подавляющего большинства были выявлены артифициальные щели или феномен ретракции опухоли (32/35, 91,4%). В одном случае у пациента определялась клеточная атипия/полиморфизм (1/35, 2,9%), также нечасто выделялись апоптотичные клетки (5/25, 14,3%) и митозы (8/35, 22,9%). У большинства пациентов опухоль была ограничена сосочковой дермой (29/35, 82,9%), а инвазия в ретикулярную дерму наблюдалась у 6 индивидуумов (6/35, 19,4%). У одного пациента было зарегистрировано наличие меланоцитов (1/35, 2,9%). Гиперкератоз определялся у половины обледованных (16/35, 45,7%). Еще один характерный для базальноклеточного рака признак - опухолевая неоваскуляризация поверхностных слоев дермы был выявлен в 31 случае (31/35, 88,6%). У всех пациентов соотношение опухолевой паренхимы к строме составило >1 (35/35, 100%), в 8 случаях отмечался стромальный фиброз дермы (8/35, 22,8%). У большинства пациентов воспалительный инфильтрат был представлен лимфоцитами (30/35, 85,7%), гистиоцитами (30/35, 85,7%), в одном случае отмечались меланофаги (1/35, 2,9%). У 29 участников группы толщина опухоли составила менее 1 мм (29/35, 82,6%), у 6 - до 2 мм (6/35, 19,4%), инфильтративный рост также отмечался у 6 больных (6/35, 19,4%). Стоит отметить, что «палисад» из базальных кератиноцитов и наличие артифициальной щели являются патогномоничными признаками базально—клеточной карциномы, и они определялись у всех больных 1 группы соответственно.

Тканевые изменения пациентов 2 группы включали: клеточную атипию/полиморфизм (20/20, 100%); наличие апоптотичных клеток (3/20, 15%), наличие митозов (5/20, 25%); ограничение сосочковой дермой (16/20,

80%), наличие инвазии в ретикулярную дерму (4/20, 20%), изъязвление - умеренную и выраженную деструкцию эпидермиса в 5 случаях из 20 (25%); гиперкератоз (20/20, 100%); роговые кисты (4/20, 20%); опухолевую неоваскуляризацию поверхностных слоев дермы (3/20, 15%); стромальный фиброз дермы в 4 случаях из 20 (20%); диффузный дермальный фиброз (1/20, 5%); инфильтрат был представлен: лимфоцитами и гистиоцитами в каждом конкретном случае (20/20, 100%); толщина опухоли до 1 мм (16/20, 80%); толщина опухоли до 2 мм (4/20, 20%); соотношение опухолевой паренхимы к строме >1 (20/20, 100%); инфильтративный рост (20/20, 100%). Отличительным гистологическим признаком пациентов второй группы было наличие анаплазии/полиморфизма кератиноцитов различной степени.

При анализе гистологических препаратов пациентов 3 группы были обнаружены следующие признаки: клеточная атипия/полиморфизм (16/16, 100%); апоптотичные клетки (2/16, 12,5%); наличие митозов (9/16, 56,25%); ограничение сосочковой дермой (16/16, 100%); изъязвление - умеренная и выраженная деструкция эпидермиса была обнаружена в 1 случае (1/16, 6,25%); гиперкератоз (16/16, 100%); опухолевая неоваскуляризация поверхностных слоев дермы (2/16, 12,5%); воспалительный инфильтрат представлен лимфоцитами и гистиоцитами у всех пациентов (16/16, 100%); толщина опухоли до 1 мм (16/16, 100%).

Окончательный диагноз, сформированный на основании результатов объективного осмотра, гистологического исследования и ответа на проводимую терапию позволил верифицировать нозологии 4 групп исследуемых: 4 пациента имели пигментную форму базально-клеточной карциномы, у двоих была обнаружена болезнь Боуэна (22%), 1 – лихеноидный кератоз (11%), у двух больных был выявлен экзематид (22%).

Таблица 3

Гистологические признаки пациентов экспериментальных групп

Признак	Базально-клеточный рак кожи (n=35)	Плоско-клеточный рак кожи (n=20)	Актинический кератоз (n=16)	Не верифицированный диагноз (n=9)
«палисад» базальных кератиноцитов	35/35 (100%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	2/9 (0%)
Артифициальная щель/феномен ретракции	32/35 (91,4%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
Клеточная атипия/ полиморфизм	1/35 (2,9%)	20/20 (100%)	16/16 (100%)	5/9 (0%)
Апоптотичные клетки	5/25 (14,3%)	3/20 (15%)	2/16 (12,5%)	2/9 (22%)
Наличие митозов	8/35 (22,9%)	5/20 (25%)	9/16 (56,25%)	3/9 (33%)
Ограничение сосочковой дермой	29/35 (82,9%)	16/20 (80%)	16/16 (100%)	9/9 (100%)
Инвазия в ретикулярную дерму	6/35 (19,4%)	4/20 (20%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
Наличие меланоцитов	1/35 (2,9%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	4/9 (44%)
Изъязвление	0/35 (0%)	5/20 (25%)	1/16 (6,25%)	1/9 (11%)

(умеренная и выраженная деструкция эпидермиса)				
Гиперкератоз	16/35 (45,7%)	20/20 (100%)	16/16 (100%)	5/9 (56%)
Роговые кисты	0/35 (0%)	4/20 (20%)	0/16 (0%)	2/9 (22%)
Опухолеваянеоваскуляриза-ция поверхностных слоев дермы	31/35 (88,6%)	3/20 (15%)	2/16 (12,5%)	1/9 (11%)
Стромальный фиброз дермы	8/35 (22,8%)	4/20 (20%)	0/16 (0%)	2/9 (22%)
Диффузный дермальный фиброз	0/35 (0%)	1/20 (5%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
Воспалительный инфильтрат представлен: -лимфоцитами -гистиоцитами -меланофаги -лейкоциты	30/35 (85,7%) 30/35 (85,7%) 1/35 (2,9%) 0/35 (0%)	20/20 (100%) 20/20 (100%) 0/20 (0%) 0/20 (0%)	16/16 (100%) 16/16 (100%) 0/16 (0%) 0/16 (0%)	9/9 (100%) 9/9 (100%) 2/9 (22%) 0/9 (0%)
Толщина опухоли до 1 мм	29/35 (82,6%)	16/20 (80%)	16/16 (100%)	9/9 (100%)
Толщина опухоли до 2 мм	6/35 (19,4%)	4/20 (20%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
Толщина опухоли более 2 мм	0/35 (0%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
Соотношение опухолевой паренхимы к строме >1	35/35 (100%)	20/20 (100%)	Неприменимо	Не применимо
Инфильтративный рост	6/35 (19,4%)	20/20 (100%)	0.16 (0%)	0/9 (0%)

Дерматоскопия существенно улучшила процесс постановки диагноза БКК. Усилиями многих исследователей был сформирован ряд паттернов и признаков, отметив которые, можно предположить диагноз БКК. Однако вероятность ошибочной диагностики при базально-клеточном раке кожи в начальной стадии также остается высокой. Следующим диагностическим этапом является выполнение гистологического исследования. Два основных признака, на которые опирается врач патоморфолог – «периферический палисад» из базалоидных клеток и феномен ретракции опухоли – как оказалось, могут отсутствовать у пациентов с недавно манифестировавшим БКРК, что также приводит к ошибочной диагностике.

Заключение: Таким образом,предлагаемый малоинвазивный диагностический тест имеет потенциальное преимущество в сравнении с рутинными методами исследования и может восполнить пробелы при верификации диагноза в данном случае. Также стоит отметить, что проведение гистологического исследования у пациентов с недавней манифестацией БКК, когда новообразование

представленоэритематознымпятном, может быть мало информативно ввиду того, что специфические признаки новообразования еще не сформировались. Так, помимо гистологического исследования необходим подбор более точных дифференциально-диагностических критериев диагностики БКК.

Литература/ References

1. *Кирьяков Д. А., Ганиев А. А., Азизов Б. С., Нурматова И. Б. и Латипов И. И. Эпидемиология злокачественных новообразований среди жителей Ташкентской области. Web of Scientist: Международный научно-исследовательский журнал, 2021; 2(11), 342-346*
2. *Азизов, Б. С., Тищенко, А. Л., Ганиев, А. А., Киряков, Д. А., & Сергеева, Н. С. (2019). Раковые и предраковые заболевания кожи–вопросы этиопатогенеза и диагностики. In для проведения I-международной научно-практической онлайн-конференции «Актуальные вопросы медицинской науки в XXI веке» (p. 19).*
3. *Азизов, Б. С., Алиев, А. Ш., Агзамходжаева, С. С., Нурматова, И. Б., &Солметова, М. А. (2018). К диагностике бугоркового кожного лейшманиоза. Stomatologiya, (2), 79-82.*
4. *Azizov, B., Ismailova, G., Nabiev, F., Nurmatova, I., & Usmanov, A. Clinical characteristics of patients with HIV/AIDS. OOO «Maxliyo-shifo» & V, 46.*
5. *Codazzi D, Bruschi S, Bocchiotti MA, et al. Giant basal cell carcinoma: a series of 37 cases without metastasis. PlastReconstrSurg. 2012;129:999e–1000e, authorreply 1000e–1001e*
6. *Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. The British journal of dermatology. Jul 2002;147(1):41-47*
7. *Dika E, Scarfì F, Ferracin M, et al. Basal Cell Carcinoma: A Comprehensive Review. Int J Mol Sci. 2020;21(15):5572. Published 2020 Aug 4. doi:10.3390/ijms21155572*
8. *Emiroglu N, Cengiz FP, Kemeriz F. The relation between dermoscopy and histopathology of basal cell carcinoma. An Bras Dermatol 2015; 90: 351–6*
9. *Herman AR, Busam KJ, Greenberg RA, et al. Multipleinfundibulocystic basal cell carcinomas: case report of unique unilateral presentation. Dermatol Surg. 2003;29:436–439*
10. *Kiryakov, D. A., Ganiev, A. A., Azizov, B. S., Nurmatova, I. B., &Latipov, I. I. (2021). Epidemiology of malignant neoplasms among residents of the Tashkent region. WebofScientist: International Scientific ResearchJournal, 2(11), 342-346.*
11. *Kittler H, Rosndahl C, Cameron A, Tschandi P. Dermatoscopy. An Algorithmic Method Based on Pattern Analysis. Austria: FacultasVerlags-und Buchhandels AG facultas. wuvUniversitatsverlag, 2011;*
12. *Pellegrini, C.; Maturo, M.G.; Di Nardo, L.; Ciciarelli, V.; Gutiérrez García-Rodrigo, C.; Fargnoli, M.C. Understanding the Molecular Genetics of Basal Cell Carcinoma. Int. J. Mol. Sci. 2017, 18, 2485.*
13. *Preston DS, Stern RS. Non-melanoma cancers of the skin. N Engl J Med. 1992;327:1649–1662;*
14. *Roozeboom MH, Kreukels H, Nelemans PJ, et al. Subtyping basal cell carcinoma by clinical diagnosis versus punch biopsy. ActaDermVenereol. 2015;95:996–998;*
15. *Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. Br J Dermatol. 2002;147:41–47;*
16. *Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. The British journal of dermatology. Jul 2002;147(1):41-47*
17. *Silvis NG, Zachary CB. Occult basal-cell carcinoma within rhinophyma. ClinExpDermatol. 1990;15:282–284.*

18. *Yu L, Galan A, McNiff JM. Caveats in BerEP4 staining to differentiate basal and squamous cell carcinoma J CutanPathol 2009; 36: 1074–1076. © 2009 John Wiley & Sons A/S*

УДК:378.147.88-378:61

ЗНАЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА В ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Ойша Алявия[1,a], Саиднаирхон Аляви[2,b]
[1]к.м.н., доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт
[2]к.м.н., доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан
[b] **anair72@mail.ru**

THE IMPORTANCE OF STUDENT SELF-STUDY IN THE LEARNING PROCESS AT MEDICAL SCHOOL

Oysha Alyaviya[1,a], Saidnairkhon Alyavi[2,b]
[1]Doctor of Philosofy, docent, Tashkent State Dental Institute
[2] Doctor of Philosofy, docent, Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan[b]
anair72@mail.ru

ТИББИЁТ ИНСТИТУТИДА ЎҚУВ ЖАРАЁНИНИ ТАШКИЛ ЭТИШДА ТАЛАБАНИНГ МУСТАҚИЛ ИШИНИНГ АҲАМИЯТИ

Ойша Алявия[1,a], Саиднаирхон Аляви[2,b]
[1]т.ф.н., доцент, Тошкент давлат стоматология институти
[2]т.ф.н., доцент, Тошкент давлат стоматология институти
Тошкент, Узбекистон
[b] **anair72@mail.ru**

АННОТАЦИЯ

Современные требования к подготовке высококвалифицированных специалистов требуют внедрения международных медицинских и образовательных стандартов в образовательный и интегративный процесс. В данной статье представлены научно-методические основы самостоятельной работы студентов, ее значение, основные формы. Индивидуальную работу студентов-медиков следует рассматривать как один из необходимых этапов подготовки современного врача.

Ключевые слова: педагогика, студент, медицина

ABSTRACT

The modern requirements for training of highly qualified specialists require the implementation of international medical and educational standards in the educational and integrative process. The scientific and methodological bases of students' individual work, its significance and basic forms are presented in this article. Individual work of medical students should be considered as one of the necessary stages of modern doctor's training.

Keywords: pedagogy, student, medicine

АННОТАЦИЯ

Юқори малакали мутахассисларни тайёрлашга қўйиладиган замонавий талаблар таълим ва интегратив жараёнга халқаро тиббиёт ва таълим стандартларини жорий этишни талаб қилади. Ушбу мақолада талабалар мустақил ишларининг илмий-услубий асослари, унинг аҳамияти ва асосий шакллари келтирилган. Тиббиёт талабаларининг индивидуал иши замонавий шифокорни тайёрлашнинг зарур босқичларидан бири сифатида қаралиши керак.

Калит сўзлар: педагогика, талаба, тиббиёт

SUMMARY

Modern requirements for the education of highly qualified specialists require the introduction of international medical and educational standards in the educational and integrative process. The independent work of students outside of university represents particular interest to us. The purpose of independent work is the ability to work with educational material, scientific information to gain the skill of constant work on professional development. The main tasks of students' independent work are to consolidate and enlarge the knowledge and skills acquired in the classroom, to read and work with additional scientific materials on the topics of studied subjects. The article analyzes the basic principles of the organization of

independent work of students. Moreover, role of teacher as a subject of educational activity is discussed. The responsibilities of the department, the teacher and the student for the full organization of independent work are also analyzed. Successful completion of students' independent work is closely related to methodological support. The features of the task of independent work of students, depending on the direction of the studied subject, are deeply revealed. Tasks for theoretical, preclinical and clinical departments are given separately. Explanations are given about the formation of general and cognitive types of skills during the performance of independent work of students. Therefore, independent work of students is an important and effective organizational method of teaching and learning in the conditions of modern higher education. The broad involvement of students in the process of performance of independent work, the introduction of the newest methods using IT and individual scientific projects into the educational process will increase the effectiveness of the pedagogical process.

На современном этапе развития перед Узбекистаном стоят стратегические задачи, среди которых дальнейшее развитие системы образования как важнейшего фактора процветания страны, устойчивого роста экономики, обеспечения занятости населения.Роль образовательной системы в современном мире неуклонно возрастает параллельно с углублением глобализационных процессов и бурным развитием информационных технологий [1]. Сегодня на уровень развития страны указывают не столько ее экономические показатели, уровень культуры или военная мощь, сколько ее интеллектуальный потенциал. Наблюдение показывает, что наиболее динамично развиваются государства, опирающиеся на достижения научно-технического прогресса, который возможен благодаря высокому образовательному уровню [2].

Признавая определяющую роль образовательной системы, Президент Республики Узбекистан издал Указ "Об утверждении концепции развития системы высшего образования Республики Узбекистан до 2030 года" [3], в котором определены ключевые направления комплексного реформирования

высшего образования в стране.Особый интерес для нас представляет самостоятельная работа студентов (СРС) во внеурочное время, которая позволяет студенту корректировать ранее полученные знания (на лекциях, практических занятиях и т.п.) с теми, которыми он овладел в ходе самостоятельного изучения материала. Целью СРС является умение работать с учебным материалом, научной информацией для получения навыка постоянной работы над повышением профессиональной квалификации. В современном образовательном процессе главным является принцип: «научить учиться, привить умения самостоятельно наполнять свои знания, ориентироваться в потоке стремительно изменяющейся информации» [8]. Образование врачей было предметом пристального внимания государства и общества во все времена. Бурное развитие науки и техники потребовал создания все большего числа дисциплин, что привело к эпохе информационной перегрузки в медицинском образовании. Каждая дисциплина "соперничает с другими, чтобы передать знания" и соответственно возрастает нагрузка на студентов. Фактическая перегруженность учебной программы и чрезмерная зависимость от пассивного запоминания фактов препятствуют развитию у учащихся творческого мышления и умения решать проблемы [4]. Глобализация привела к тому, что врачи столкнулись с незнакомыми профилями заболеваний или контекстами, которые не были распространены в региональных сообществах [5,6]. Будущее медицинское образование должно быть перестроено в соответствии с такими неумолимыми изменениями с учетом студентов, которые будут работать в цифровых системах здравоохранения [7]. Современные требования к подготовке высококвалифицированных специалистов требуют внедрения международных медицинских и образовательных стандартов в образовательный и интегративный процесс. Индивидуальная работа студентов медицинских ВУЗов, формирование познавательной активности, стремление к профессиональному росту и необходимость соответствия

полученных знаний мировым стандартам является актуальной задачей на данном этапе. Успешная подготовка врача предполагает выработку индивидуального клинического мышления, самостоятельного стиля врачебной деятельности, деонтологических приемов общения с больным, его родственниками, коллегами по работе, средним и младшим медицинским персоналом.

Компетенций, как способность применять знания на практике и способность находить, обрабатывать и анализировать информацию из разных источников. Основными задачами СРС являются: закрепление и углубление полученных на занятиях знаний и навыков, ознакомление с дополнительными материалами по изучаемым дисциплинам, развитие познавательных способностей студентов, выработка умения поиска необходимого материала в различных источниках, воспитание в студентах самостоятельности, творческой активности, а также упорства в достижении поставленной цели. Самостоятельная работа неразрывно связана с формированием таких важных Основными принципами организации СРС являются [9]:

- принцип интерактивности, которая необходима для сотрудничества студентов и обмена информацией не только с преподавателем, но и с другими студентами;
- принцип индивидуализации обучения, необходимый для учета преподавателем индивидуальных психологических особенностей студента;
- принцип идентификации, определяющий необходимость контроля самостоятельной работы студента, который актуален при использовании информационной образовательной интернет-среды;
- принцип регламентации обучения, который отражает необходимость выбора стратегии обучения и планирования организации СРС (включающий методические разработки);
- принцип умения рационально использовать свободное время для организации самостоятельной работы;

- принцип опережающего обучения, обеспечивающий направленность СРС на активизацию, развитие мыслительной деятельности обучаемого, формирование способности самостоятельно прогнозировать, выбирать и решать дидактические задачи, добывать знания в сотрудничестве с другими студентами, обучаемыми по данной дисциплине или курсу;
- принцип обратной связи, позволяющий участникам самостоятельной работы обсуждать и корректировать проблемные вопросы по данной дисциплине или курсу;
- принцип внешнего контроля и самооценки, включающий обмен информацией не только с преподавателем, но и с другими студентами, обучаемыми по данной дисциплине или курсу;
- принцип научности, позволяющий участникам самостоятельной работы решать поставленные задачи на современном уровне научных знаний;
- принцип наглядности, предусматривающий представлять информацию в доступном виде;
- принцип доступности и посильности самостоятельной работы;
- принцип учета трудоемкости учебных дисциплин и оптимального планирования самостоятельной работы;
- принцип прочности усвоения знаний. Ведущую роль в развитии и совершенствовании СРС, их мотивации к самообучению играет педагог как субъект образовательной деятельности [10, 11].

Его профессиональные знания, навыки, умения и педагогический опыт позволяют эффективно организовать самообразовательную деятельность студентов, развить психологический и профессиональный уровень их творческого потенциала. В настоящее время вопросы организации самостоятельной работы студентов являются одним из наиболее активно обсуждаемых в кругу исследователей, занимающихся педагогикой высшей школы. На практических и семинарских занятиях широко применяются методы проблемного обучения в виде деловых игр, имитационных и ролевых

игр, ролевого тренинга, игрового проектирования. Среди активных форм обучения на клинических кафедрах, стимулирующих развитие СРС, и, как следствие этому их познавательной активности, отдается предпочтение подготовке и защите учебных историй болезни, применению методов моделирования клинических ситуаций, рубежной аттестации практической подготовки студентов. Это способствует формированию и развитию клинического мышления и совершенствованию профессиональных навыков работы студентов с больными. Приобщая студентов к исследовательской деятельности, педагоги создают благоприятные условия для самообразования и профессионального образования студентов.

Для планирования и проведения СРС рекомендуются следующие базовые нормативные документы:

- Государственный образовательный стандарт, типовой учебный план и типовая учебная программа по дисциплине;

- Типовое положение об организации, внедрении, контроле и оценки самостоятельной работы студентов бакалавриата и магистратуры министерства высшего и среднего специального образования РУз; - Типовое положение ТГСИ о рейтинге студентов. Оно является основой для разработки кафедрами «Положения о рейтинге студентов и СРС» по отдельным дисциплинам; - Текущие директивные документы ТГСИ по учебной работе. Самостоятельная работа может рассматриваться как репродуктивная, так и продуктивная деятельность студента по выполнению разнообразных заданий с целью получения, углубления, усвоения и применения знаний, формирования умений и навыков, приобретения опыта творческой деятельности, развития необходимых профессиональных и личностных качеств.

Это современные интерактивные технологии, т.е. идет постоянная активная полезное для обоих сторон взаимодействие: преподаватель-студент, студент-библиотека, студент-интернет и т.д., а кафедра значительно

обогащается методическими материалами за счет этой работы (стенды, таблицы, раздаточный материал и т.д.).

Для полноценной организации самостоятельной работы студентов кафедры должны проводить следующие работы: разработать и утвердить «Положения о СРС», тренинг педагогов по методической грамотности организации СРС, витринное обеспечение информации о СРС для студентов и разработка форм контроля СРС.

К обязанностям педагогов относятся соблюдение «Положения о СРС», изучение методических вопросов организации СРС, руководство СРС в учебной группе и правильное ее планирование, информирование в начале учебного года студентов о выполнении СРС, формах контроля, критериях оценки, представление заданий по СРС студентам с указанием их объема и вида оформления, подготовка необходимого дидактического раздаточного материала для обеспечения выполнения СРС, представление списка дополнительной учебной литературы , создание мотивации у студентов на необходимость выполнения СРС, соблюдение сроков выполнения, установление времени консультаций и информирование об этом студентов, оценка представленных заданий.

Не менее важными в организации самостоятельной работы являются обязанности студентов: выбор темы СРС (студенту дано право выбора темы), выбор формы выполнения СРС в соответствии с возможностями студента, успешное выполнение СРС в установленный срок, освоение необходимого объема материала в соответствии с запланированными часами, проявление максимального интереса и активности при выполнении СРС. Успешное выполнение СРС тесно связано с методическим обеспечением: наглядные пособия (фантомы, муляжи, тренажеры), методические рекомендации, справочная литература для выполнения заданий, технические средства обучения (компьютер, интернет, наличие специальных программ),

пользование электронной учебной базой кафедры и рекомендуемая основная и дополнительная литература.

Основные цели СРС реализуются следующими путями:

- самостоятельной проработки отдельных тем, отраженных в программе курса, но не имеющих места в лекционных и практических занятиях;
- получением, углублением и закреплением знаний по одной из основных и сложных тем курса (лекции и практические занятия);
- ознакомлением с относительно простым материалом, который затем систематизируется и обобщается преподавателем в процессе лекционного или практического занятия.

Задачи СРС имеют свои особенности в зависимости от направления изучаемого предмета. Так, на теоретических кафедрах задачами СРС являются: формирование основных познавательных умений, лежащих в основе клинического мышления;

умение находить главное, обобщать группу признаков;

анализ и интерпретация данных;

синтез, систематизация и формулировка выводов.

Задачами СРС на кафедрах доклинического профиля считаются:

- формирования первичных врачебных умений;
- овладение фундаментальными практическими умениями с использованием муляжей, фантомов, микроскопов, препаратов различного типа, аудио- и видеозаписей, ролевого тренинга и пр.

На клинических кафедрах задачами СРС являются:

- формирование профессиональных врачебных практических умений и навыков;
- научные постановки дифференциального диагноза и составление плана лечения и реабилитации больного.

С учетом специфики педагогического процесса определяются виды работ по СРС. К ним относятся:

- работа с электронными носителями информации на мультимедийной основе (Интернет, электронные учебные руководства) по самостоятельному изучению части программного материала, как в рамках лекционных занятий, так и при подготовке к практическим занятиям;

- работа с основной и дополнительной литературой, ее реферирование;

- изучение разделов или тем дисциплины по учебникам и учебным пособиям (экстернат);

- подготовка рефератов, докладов, кратких обобщений, конспектов;

- составление деловых имитационных игр, кроссвордов, тестов, ситуационных задач;

- изучение новой техники и аппаратуры, методов и современных наукоемких технологий и процессов, имеющих клиническое значение;

- презентации отдельных видов СРС;

- работа с обучающей программой;

- решение ситуационных задач различного типа;

- выполнение экспериментов, анализ полученных результатов, формулировка заключения и выводов;

- работа с препаратами, микроскопом, муляжами, фантомами, таблицами, схемами, атласом, медицинской техникой;

- приготовление микропрепаратов, изготовление макетов, таблиц, рисунков, слайдов;

- создание тематических стендов по дисциплине;

- подготовка и обновление раздаточного материала для практических занятий;

- самостоятельное обследование больного, правильное оформление истории болезни, обоснование дифференциального диагноза и выбранного метода лечения, определение методов реабилитации;

- критический анализ истории болезни и написание рецензий на них, расшифровка лабораторных анализов, подготовка больного на обход

преподавателя с группой, составление текста беседы с родственниками и коллегами о состоянии больного и о мерах дальнейшей профилактики.

Важным моментом такого подхода к формированию клинического опыта студента является прямой доступ к пациенту и непрерывность наблюдения. Это создает психологическую атмосферу доверия, развития творческих способностей и клинического мышления студента. Проведенный анализ показал, что использование такого вида обучения создает наибольшую мотивацию к активизации СРС. Несмотря на необходимость большой самодисциплины студента при таком варианте работы, большая часть из них изъявляет желание работать по данной методике, как наиболее эффективной модели самообучения, что позволяет подготовить самостоятельного, думающего врача.

При выполнении СРС у студентов формируются общие и познавательные виды навыков. К общим относятся:

- работа с учебно-методической и научной литературой, конспектирование, цитирование;
- составление библиографии литературы;
- подготовка рефератов, докладов;
- наблюдение и протоколирование;
- экспериментирование;
- изложение материала с анализом и оценкой фактов;
- дискутирование;
- определение причинно-следственных связей в явлениях.

К познавательным навыкам относятся:

- выделение главного, существенного;
- сравнение фактов, точек зрения;
- интерпретирование;
- составление плана, аннотации;
- систематизирование, классифицирование явления
- критическое оценивание текстов

- умение слушать и выделять главное

- делать обоснованные выводы

Специальные умения и навыки, составляющие основу профессиональной деятельности

К принципам контроля СРС относят: систематичность, охват всех студентов и всего программного материала, дифференцированный подход к студентам.

При организации СРС необходимо уделять внимания к требованиям выполнения реферативного доклада или презентации. При подготовке к каждому практическому (семинарскому) занятию студенты могут подготовить реферативный доклад или презентацию по выбору из рекомендованных к практическому (семинарскому) занятию тем. Продолжительность доклада на семинарском занятии – до 10 мин. В докладе должна быть четко раскрыта суть обсуждаемой проблемы. Язык и способ изложения доклада должны быть доступными для понимания студентами учебной группы. Реферат излагается устно, недопустимо дословное зачитывание текста. Презентация должна быть оформлена с широким применением схем, иллюстраций, текст в слайдах должен содержать наиболее важные сведения, должен быть кратким, современным и интересным для студентов и раскрывать сущность физиологических механизмов.

Таким образом, СРС является важным и эффективным организационным методом преподавания и обучения в условиях современной высшей школы. Её эффективная организация – это задача профессорско-преподавательского коллектива, управленческая функция кафедр, деканатов и вуза в целом. Широкое вовлечение студентов в самостоятельную работу, внедрение новейших информационных технологий и отдельных научных проектов в образовательный процесс будут повышать эффективность педагогического процесса. Профессиональный педагогический подход в её эффективной организации будет способствовать

повышению качества подготовки специалистов для успешной врачебной деятельности. Индивидуальную работу студента-медика следует рассматривать как один из необходимых этапов подготовки современного врача.

Литература/ References

1. *Абдукаримова Г.Б. Научно-философский анализ современного этапа глобализации // Наука, образование и культура, 2019. № 4 (38). С. 36-37.*
2. *Муминов А.Г. Реформы в образовании Узбекистана: состояние и перспективы // Бюллетень науки и практики, 2019. Т. 5. № 9. С. 478-483.*
3. *Указ Президента Республики Узбекистан «Об утверждении концепции развития системы высшего образования республики Узбекистан до 2030 года» от 8 октября 2019 г. № УП-5847.*
4. *Salam Abdus, Yousuf Rabeya Medical Education: Problems and Solution// The Healer. 8. 34-36.*
5. *Gushulak B.D., Weekers J., MacPherson D.W./Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. //Emerg Health Threats J. 2009;2:7091.*
6. *Labonté R, Mohindra K, Schrecker T. The growing impact of globalization for health and public health practice. Annu Rev Public Health. 2011;32:263–83.*
7. *Han, E.R., Yeo, S., Kim, M.J. et al. Medical education trends for future physicians in the era of advanced technology and artificial intelligence: an integrative review. BMC Med Educ 19, 460 (2019).*
8. *Трегубова Е. С. Система качества в медицинском вузе. Мониторинг качества – СПб.: Изд- во СПбГМА, 2009. – 396 с.*
9. *Зенкин. А.С. Самостоятельная работа студентов. Методические указания /сост. А.С. Зенкин, В.М. Кирдяев, Ф.П. Пильгаев, А.П. Лащ – Саранск.: Изд-во Морд. у-та, 2009. – 35 с.*

УДК: 616.857:615.035.3

MEDICATION OVERUSE HEADACHE

Farrukh Saidvaliyev [1,a], Shakhnozakhon Rakhimova [2,b],

[1] *Doctor of Medicine, professor, Tashkent Medical Academy*
[2]*Basic PhD, Tashkent Medical Academy*

Tashkent, Uzbekistan
[b]doctorrahimova@mail.ru

ABUZUS BOSH OG′RIG′I

Farrux Saidvaliyev [1,a] , Shaxnozaxon Rahimova [2,b]

[1] *t.f.d. professor, Toshkent Tibbiyot Akademiyasi*
[2] *tayanch doktorant, Toshkent Tibbiyot Akademiyasi*
Toshkent, O'zbekiston
[b]doctorrahimova@mail.ru

ANNOTATION

Medication overuse headache (MOH) is a secondary headache that occurs as a result of overuse of other medications such as analgesics or triptans to relieve primary headache attacks such as migraines or tension headaches. About 1% of the population periodically receives about 10 tablets of various analgesics per month. Due to high prevalence, high social and economic costs, high rates of recurrence, MOH represents a significant problem for both the health care system and practitioners. The review discusses issues of epidemiology, pathophysiology, comorbidity, risk factors, prevention, diagnostic criteria and the most effective approaches to treatment.

ANNOTATSIYA

Abuzus bosh og'rig'i (ABO) - migren yoki zo'riqish bosh og'rig'i singari birlamchi bosh og'riqlari xurujlarini bartaraf etish uchun analgetiklar yoki triptanlar kabi boshqa dorilarni haddan tashqari iste'mol qilish natijasida yuzaga keladigan ikkilamchi bosh og'rig'idir. Aholining taxminan 1% vaqti-vaqti bilan oyiga 10 ga yaqin turli xil analgetiklar qabu qiladi. Tarqalishi, ijtimoiy-iqtisodiy xarajatlar, yuqori takrorlanish darajasi tufayli ABO ham sog'liqni saqlash tizimi, ham amaliyotchi shifokorlar uchun muhim muammodir. Maqolada ABO kelib chiqish tarixi, epidemiologiyasi, patofiziologiyasi, komorbidliligi, xavf omillari,

profilaktikasi, diagnostik mezonlari va davolashning eng samarali yondashuvlari masalalari muhokama qilinadi.

Kalit so'zlar: abuzus bosh og'rig'i, migren, zo'riqish bosh og'rig'i, Xalqaro Bosh Og'rig'i Kasalliklari Tasnifi, komorbidlik

Kirish

Dunyo bo'ylab taxminan 3 milliard odam ba'zi turdagi bosh og'rig'i buzilishlaridan azob chekmoqda [1]. Ko'pchilik bemorlar aynan ijtiomiy jihatdan faol yoshdagi shaxslardir [2] shuning uchun ikkilamchi bosh og'riqlarini oldini olish, surunkali bosh og'rig'i kasalliklarini davolashda yangi usullarni topish va joriy qilish bemorlarning mehnat unumdorligini oshirish va hayot sifatini saqlab qolish muhim ahamiyat kasb etadi. Xalqaro Bosh Og'rig'i Kasalliklari tasnifiga ko'ra, bosh og'rig'i ketma-ket 3 oy davomida ≥15kun davom etsa, surunkali bosh og'rig'ı deb ataladi.

Surunkali bosh og'rig'i va surunkali migren tashxisi bilan bemorlarni kuzatganda, ularning anamnezida uzoq vaqt davomida og'riq qoldiruvchi preparatlarni profilaktik qabul qilgani va qo'shimcha yondosh kasalliklari borligini ko'rish mumkin. [4,5]. Bosh o'g'rig'i xronizatsiyasi oxirigacha o'rganilmagan, lekin bir qancha bemorlarda bu og'riq qoldiruvchi preparatlarni suiste'mol qilish bilan bog'liqligi aniqlangan. Darhaqiqat, SM bilan og'rigan bemorlarning deyarli to'rtdan uch qismida dori-darmonlarni haddan tashqari iste'mol qilish aniqlangan bo'lib, bu ularning asosiy qismini tashkil etadi. Va bu bemorlar shifokor nazoratida ushbu preparatlarni qabul qilmaganini ham kuzatish mumkin. XBOKT-3 abuzus bosh og'rig'i (dori-darmonlarni haddan tashqari iste'mol qilish bosh og'rig'i)- (I) ikki yoki undan ortiq sinfdagi triptanlar, ergotamin, opioidlar yoki kombinatsiyalangan analgetiklarni oyiga kamida 10 kun davomida 3 oydan ortiq qo'llash yoki (II) nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar (NSYQV) yoki paratsetamolni 3 oydan ortiq vaqt davomida oyiga kamida 15 kun qo'llash natijasida rivojlanadigan ikkilamchi bosh og'rig'i sifatida belgilaydi [3].

Tadqiqotlarga ko’ra ushbu kasallik bilan 40 yoshdagi ayollar erkaklarga qaraganda uch-to'rt baravar ko'proq kasallanadi [6, 7] va bu nisbat turli mamlakatlarda bir xil darajada o'zgarib turadi [7]. ABO ko'pincha uzoq davom etgan surunkali bosh og'rig'i kasalliklari va asosan SM [8] rivojlanishining natijasidir. ABO dori-darmonlarni haddan tashqari iste'mol qilish holatidan kelib chiqqan ikkilamchi bosh og'rig'imi yoki ABO surunkali bosh og'rig'i kasalliklarining oqibati bo'ladimi - bu munozarali masala [9]. Shuning uchun, biz ushbu maqolamizda ABO dan qat’iy nazar, dori-darmonlarni suiste'mol qilish (DSQBO) holatiga e'tibor qaratamiz. Ba'zi xavf omillari DSQBO [10] bilan bog'liq bo’lib, ular: nasliy moyillik, past ta'lim darajasi, surunkali oshqozon-ichak kasalliklari, chekish, kofeinni ko'p iste'mol qilish, jismoniy faoliyatning yetishmasligi va psixiatrik komorbidliklar, masalan depressiya va xavotirdir [6]. Surunkali og'riq sababli turli analgetiklarni tez-tez qabul qilishni talab qiluvchi istalgan kasalliklar ham DSQBO ga olib kelishi mumkin [7]. Garchi avvallari DSQ va doriga qaramlik (giyohvandlik) orasida umumiy bog’liq yo’l bor [11] deb qaralgan bo’lsa-da, biz ushbu maqolamizdagi asosiy maqsad DSQ va dorilarga qaramlik o’rtasidagi boshqa bog’liqliklarni aniqlash va ravshanlashtirishdir.

Tarixi va epidemiologiyasi

ABO birinchi martta 1930-yillarda tasvirlangan bo’lib, dastlab bosh og'rig'ini davolash uchun ergotlar iste'mol qiladigan odamlarda kuzatilgan. [12] 1951-yildagi tadqiqotlarda ergotaminni haddan tashqari iste'mol qilish bosh og'rig'iga sabab bo'lgani va ergotamin olib tashlanganidan keyin yaxshilanish kuzatilganligi tasvirlangan. Shuning uchun 1950-1970 yillarda ergotaminni olib tashlash bo'yicha bir nechta protokollar nashr etilgan.[13,14] 1988-yilda bosh og'rig'i kasalliklarining xalqaro tasnifining birinchi nashrida ergotamin, analgetiklar va boshqa moddalar ta'siridan kelib chiqqan bosh og'rig'ini o'z ichiga olgan dorilarni suiste’mol qilish bosh og'rig'i (abuzus bosh og’rig’i) atamasi kiritildi. Vaqt o'tishi bilan triptanlarning paydo bo'lishi natijasida ABO ta'rifi oddiy va kombinatsiyalangan analgetiklar, opioidlar va triptanlarni suiste’mol qilishni o'z

ichiga oldi.[15,16] Hozirgi tasniflash tizimi ABO ni o'ziga xos moddalarni haddan tashqari iste'mol qiladigan asosiy bosh og'rig'i buzilishi bo'lgan odamda yuzaga keladigan ikkilamchi bosh og'rig'i sifatida ta’riflaydi.[17] ABO tarqalishi umumiy populyatsiyada 0,5% dan 7,2% gacha bo’lib, bu ko’rsatkich vaqt o'tishi bilan diagnostika mezonlarining o'zgarishi tufayli o'zgarishi mumkin.[18]

ABO butun dunyoda keng tarqalgan bo’lsada, eng yuqori tarqalganlik Rossiyaga (7,6 %) to’g’ri keldi [19,20]. Kasallik ko’proq o’rta yoshda, ayollar o’rtasida (E:A 1:3-4) uchraydi, lekin shu bila birga 21% dan 52 % gacha surunkli bosh og’riqli bollarda va 35% 64 yoshdan yuqori yoshdagi bosh og’rig’idan aziyat chekuvchilarda ham kuzatiladi. [21-24] Birlamchi bosh og'rig'i kasalliklari bo'lgan odamlarda, ayniqsa surunkali migrenlilarda ABO bo'lishi tez-tez uchrab, uning taxminiy tarqalishi 11% dan 70% gachani tashkil etadi. [25] Garchi ABO migren va zo’riqish bosh og'rig'i natijasida ko'proq uchrasa-da, klasterli bosh og’rig’i kasalliklari oqibatida, agar bemorlar shaxsiy yoki oilaviy anamnezida migren bo'lsa va yana har kungi persistirlanuvchi bosh og'rig'i bo'lgan bemorlarda ham kuzatilishi tasvirlangan. [26]

Patofiziologiyasi

ABO patofiziologiyasi to’liq o’rganilmagan sohadir, lekin turli tadqiqotchilar, ABO patofiziologiyasini surunkali og'riqlar bilan bog'liq bo'lgan miya tarmoqlari o'rtasidagi murakkab o'zaro ta'sir natijasi va nasliy moyilligi bo'lgan odamlarda ma'lum psixo-ijtimoiy va ijtimoiy-iqtisodiy stresslar oqibati bilan bog’lashadi. ABO miya yarim sharlari po’stlog’i va trigeminal asab tizimidagi neyronlarning haddan tashqari qo'zg'aluvchanligidan kelib chiqadi. [27] Po’stloq neyronlarining qo'zg'aluvchanligi ortishi migrenoz aurasi bilan birga kechuvchi tarqalgan kortikal depressiyaning rivojlanishi bilan bog'liq. Trigeminal asab tizimining qo'zg'aluvchanligini oshishi surunkali og'riqning rivojlanishida muhim rol o'ynaydigan periferik va markaziy sensibilizatsiyaga yordam beradi. ABO, ehtimol, faqat surunkali migrenli odamlarda yuzaga keladigan kasallik sifatida qayta tasniflanishi mumkin. [28] ABO migrensiz klasterli bosh og'rig'i bo'lgan

bemorlarda ham rivojlanishi mumkin, lekin bunda oilaviy anamnezda migren kuzatilgan bo’ladi, shu sabab migren bilan bog'liq bo'lgan ba'zi genlar migrenning o'zini emas, balki ABO xavfini oshiradi deb qaraladi [29]. Doriga qaramlik yo’llari bilan bog’liq dofaminergik tizim genlari va boshqa genlar polimorf variantlari ABO bilan bog’liqligi aniqlangan [30]. Bu molekulalarning barchasi og'riq modulyatsiyasida ishtirok etadi. Analgetiklarga uzoq vaqt ta'sir qilish og'riq yo'llarida neyrotransmitter metabolizmini o'zgartirishi mumkin. ABO bo'lgan odamlarda o'tkazilgan tasviriy tadqiqotlar miyaning strukturaviy va funktsional o'zgarishlarini tasdiqlaydi. [31]

Diagnostikasi va diagnostik mezonlari

ABO tashxisi butunlay klinik mezonlarga asoslanadi.

1. Bosh og’rig’i kechishi anamnezi (migren, zo’riqish bosh og’rig’ va bosh.)

2. Analgetiklar qabul qilish anamnezi

3. Analgetiklar qabul qilish chastotasi

Ko’pincha ABO muntazam haftasiga 2-3 martta analgetiklar qabul qilish bilan kechuvchi surunkali migren va surunkali zo’riqish bosh og’rig’i fonida rivojlanadi. Odatda, ba'zi bemorlar analgetiklarni iste'mol qilishlarini kam baholaydilar va ishlatilgan og'riq qoldiruvchi vositalar miqdorini noto'g'ri ko'rsatishlari mumkin. Bemordan kasallik anamnezini so’raganda albatta ABO rivojlanish mexanizmi va surunkali bosh og’rig’ini roli haqida surishtirish lozim. Shu bilan birga bemorni tashxislash, davolash va profilaktika bosqichlarining har biriga jalb etish lozim.
Xalqaro bosh og’rig’i kasalliklari tasnifi bo’yicha (XBOKT III, 2013) ABO tashxisi bir yoki bir necha turdagi og’riq qoldiruvchi vositalarni suiste’mol qilish fonida oyiga 15 va undan ortiq kun davomida surunkali bosh og’riganda qo’yiladi. [32] (jadval 1)

ABO tashxislash mezonlari:

A. Bosh og’rig’i turli shakldagi bosh og’riqlari bilan kechib, oyiga 15 va undan ortiq kun davom etsa;

B. 1,2,3 va undan ortiq oy davomida bir va bir necha turdagi og’riq qoldiruvchi preparatlarni suiste’mol qilsa;

1. Ergotamin, opioidlar yoki kombinirlangan analgetiklarni oyida 10 kun va undan yuqori chastotada iste’mol qilish;

2. Oddiy analgetiklar va NYQV larni oyiga 15 kun va undan yuqori chastotada iste’mol qilish;

Jadval 1. Abuzus bosh og’rig’i uchun Xalqaro bosh og’rig’i tasnifi mezonlari:	
Bosh og’rig’i anamnezida surunkali bosh og’rig’I bo’lgan bemoralarda ≥15 kun/oy kuzatilganda	
O'tkir yoki simptomatik bosh og'rig'ini davolash maqsadida 3 oydan ortiq vaqt davomida qabul qilinishi mumkin bo'lgan 1 yoki undan ortiq dorilarni muntazam ravishda suiste'mol qilish	
XBOKT-3 boshqa tashxisi bilan yaxshiroq izohlanmaganda	
ABO larining quyi sinflari	
Ergotaminni suiste’mol qilish natijasida kelib chiqqan ABO	Ergotaminni muntazam ravishda oyiga 10 kundan ortiq 3 oy davomida qabul qilish
Triptanni suiste’mol qilish natijasida kelib chiqqan ABO	Bir yoki bir nechta triptanlarni har qanday formulada, oyiga 10 kundan ortiq 3 oy davomida muntazam ravishda qabul qilish
Noopioid analgetik suiste’mol qilish natijasida kelib chiqqan ABO	Noopioid analgetiklarni (NSYQV / ASK / Boshqa) muntazam ravishda oyiga 15 kundan ortiq 3 oy davomida qabul qilish

Opioid analgetik suiste’mol qilish natijasida kelib chiqqan ABO	Bir yoki bir nechta opioidlarni oyiga 10 kundan ortiq 3 oy davomida muntazam ravishda qabul qilish
Kombinatsiyalangan analgetiklarni suiste’mol qilish natijasida kelib chiqqan ABO	Bir yoki bir nechta kombinatsiyalangan analgetiklarni oyiga 10 kundan ortiq 3 oy davomida muntazam ravishda qabul qilish
Individual ishlatilmaydigan bir qancha dori vositalari sinflarini suiste’mol qilish natijasida kelib chiqqan ABO	Yuqoridagi dorilarning har qanday kombinatsiyasini har qanday dori yoki dori toifasini ortiqcha ishlatmasdan, oyiga 10 kundan ortiq 3 oy davomida muntazam ravishda qabul qilish.
Bir nechta aniqlanmagan yoki isbotlanmagan dori vositalarini suiste’mol qilish natijasida kelib chiqqan ABO	Yuqoridagi dorilarning har qanday kombinatsiyasini har qanday dori yoki dori toifasini haddan tashqari ishlatmasdan, 3 oy davomida jami ≥10 kun / oy davomida muntazam ravishda qabul qilish.
Boshqa dori vositalarini suiste’mol qilish natijasida kelib chiqqan ABO	O'tkir yoki simptomatik bosh og'rig'ini davolash uchun ishlatiladigan yuqoridagi 1 doridan tashqari bir yoki bir nechta dori-darmonlarni oyiga 10 kun davomida muntazam ravishda haddan tashqari iste'mol qilish.
Qisqartmalar: ASK- asetil salitsil kislotasi; XBOKT-3, Xalqaro Bosh Og'rig'i Kasalliklari Tasnifi; NSYQV- nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar.	

ABO rivojlanishi uchun zarur bo'lgan analgetiklarni haddan tashqari qo'llash muddati ham turli dori sinflarida farqlanadi. [33] Ergotamin va kombinirlangan

analgetiklar bilan solishtirganda, migren xronizatsiyasi va ABO rivojlanishi uchun triptanlar kamroq miqdorda va davomiylikda qo’llanilgan. Preparatni suiste'mol qilishning boshlanishi va ABO rivojlanishi o'rtasidagi vaqt oralig'i: triptanlar uchun -1,7 yil, ergotamin uchun -2,7 yil va kombinatsiyalangan analgetiklar uchun -4,8 yil.[34] Ba’zi ABO klinik xarakteristikasi ham suiste’mol qilinayotgan og’riq qoldiruvchi preparatlar sinflariga bog’liq. Triptanlarni suiste’mol qilishda kunlik bosh og’rig’i migrenoz tipdagi bosh og’rig’iga o’tishi va (yoki) tipik migren xurujlari chastotasi oshishi kuzatilishi mumkin.

ABO preparatlari bekor qilinganda triptanlar (4,1 kun) fonida bosh og’rig’i intensivligi va davomiyligi kombinirlangan analgetiklar (9,5 kun; $p < 0,002$) va ergotaminlarga (6,7 kun) qaraganda kam bo’lgan. [35].

Aksariyat xollarda ABO SM yoki SZBO fonida haftasiga 2-3 va undan ko’p martta regulyar analgetiklar qabul qilganda rivojlanadi.

O'tkazilgan tadqiqotlar ma'lumotlarini umumlashtirib, ABO rivojlanishidagi roliga qarab, analgetiklarning uchta guruhini ajratish mumkin:

1. Surunkali BO va ABO rivojlanishi xavfi yuqori (opioidlar, barbiturat o'z ichiga olgan kombinatsiyalangan analgetiklar va aspirin-paratsetamol-kofein kombinatsiyasi).
2. O'rta va quyi xavf (triptanlar).
3. Quyi xavf (NSYQV, paratsetamol).

Profilaktika

ABO ni oldini olishda ta'lim yagona eng muhim yo'l bo'lib qolmoqda. Tez-tez epizodik migren yoki zo’riqish bosh og'rig'i bo'lgan bemorlarga dori-darmonlarni, ayniqsa retseptsiz sotiladigan oddiy analgetiklarni haddan tashqari iste'mol qilmaslik uchun erta bosqichda maslahat berish muhimdir. Bemorlarga og'riq qoldiruvchi vositalarni qo'llash chastotasini yoki "og'riq qoldiruvchi kunlarni" qayd etish uchun bosh og'rig'i kundaligini yuritish tavsiya etiladi. Shifokorlar opioidlar va triptanlarni faqat abuzus bosh og'rig'ining rivojlanishiga yo'l qo'ymaydigan dozalarda buyurishlari kerak. Albatta ba'zida bunga erishish qiyin, ayniqsa,

muntazam analgeziyani talab qiladigan komorbidiyalar mavjud bo'lsa. Ko'pincha bemorlar dori-darmonlarni haddan tashqari iste'mol qilishini tan olishadi, lekin bu vaqtda ular doriga qaramlik davriga tushib qolgan bo'ladilar. Shifokorlar abuzus bosh og'rig'ini qanday oldini olishni hujjatlashtirish uchun UASh/Bemor xati (hujjati)dan foydalanishni o'ylab ko'rishlari kerak.

Xavf omillari

ABO rivojlanishi uchun eng tan olingan xavf omili - birlamchi bosh og'rig'ini davolash uchun turli dori-darmonlarni qo'llash chastotasidir. Epidemiologik tadqiqotlar natijasi ABO va turli dorilarni qabul qilish chastotasi orasidagi bog'liqlikni ko'rsatdi. [36] (jadval 2)

Jadval 2. DORINI QO'LLANISH CHASTOTI ABO SABABI SIFATIDA	
Dori kategoriyasi	ABOga olib kelishi mumkin bo'lgan chastota
Oddiy analgetiklar	≥15 kun/oy
Kombinatsiyalangan analgetiklar	≥10 kun/oy
Opiodlar	≥10 kun/oy
Ergotamin	≥10 kun/oy
Triptanlar	≥10 kun/oy
Yuqorida aytilganlarning har qanday kombinatsiyasi bitta sinfni ortiqcha ishlatmasdan	≥10 kun/oy
Qisqartma: ABO-abuzus bosh og'rig'i	

Bundan tashqari yana bir qator boshqa xavf omillari mavjud bo'lib, ular orasida migren yoki zo'riqish bosh og'rig'i, ayol jinsi, psixiatrik komorbid kasalliklar (masalan, depressiya va / yoki xavotir) va birlamchi bosh og'rig'i kasalligi mavjud bemorlarni uchratish mumkin. [37] Prospektiv populyatsion tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, tadqiqot avvalida kunlik surunkali bosh

og’rig’i bo’lmagan odamlarda 11 yil kuzatuvdan keyin migren bilan kasallanganlarda ABO rivojlanishi yuqori ko’rsatkichlarni qayd etdi. [38] ABO xavf omillarini aniqlashda ushbu ko’rsatkichlarga qaraladi: bosh og’riqli 7-14 kun/oy yoki bosh og’riqsiz kun/oy bilan solishtirilib, ayol jinsi, 50 yoshdan kichik va past darajadagi ta’lim olganligi.

Uzoq muddat davomida ZBO bilan analgetiklar suiste’mol qilinganda, ABO diagnostik mezonlariga javob berganda, bunday holatdagi bemorlarga ABO tashxisini ham SZBO tashxisini ham qo’yish mumkin. Agar suiiste'mol qilingan preparatni 2 oylik to'xtatish bosh og'rig'ini bartaraf etmasa, SZBO tashxisi qo'yiladi. Agar preparatni qo'llashni to'xtatish fonida ushbu 2 oy ichida yaxshilanish sodir bo'lsa va SZBO mezonlariga to’g’ri kelmasa, ABO tashxisini qo'yish to'g'riroq bo'ladi.

Komorbid holatlar

Komorbidlik - bu ikki yoki undan ortiq turli xil kasalliklarning bir vaqtning o'zida mavjudligidir. Komorbid kasalliklar tasodifan yoki tasodifan bo’lmagan, umumiy etiologik va patogenetik assosatsiyalar sabab yuzaga kelishi mumkin. ABO da ushbu tushunchalarni atash qiyin bo’lsa-da, tadqiqotchilar bir necha assosatsiyalarni aniqlaganlar. ABO bilan birgalikda psixiatrik kasalliklar tez-tez uchrashi ABO bilan kasallanganlarning dastlabki tavsiflaridan beri keng ko'lamli o'rganilgan.[39] ABO bilan kasallangan bemorlarda psixiatrik kasalliklarga chalinish ehtimoli ko'p uchraydi, bu esa ABO ni davolashni murakkablashtirishi mumkin. [40, 41-43] Depressiya va xavotir kabi ruhiy buzilish holatlari ABO bilan kasallangan bemorlarning qariyb 50 % ida uchraydi, shuning uchun ABO bilan komorbid holatlar orasida yetakchi o’rinlarni egallaydi. ABO ni davolashda ushbu komorbidlikni hisobga olish va bir vaqtning o’zida davolashni yo’lga qo’yish lozim. BIMOH prospektiv intervension tadqiqotida, HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) shkalasi bo’yicha ABO bilan bemorlar (qisqa aralashuvdan avvalgi va keyingi) va nazorat guruhi olingan. Tadqiqot natijalari shuni ko’rsatdiki,

ABO bilan kasallangan bemorlar orasida xavotir uchun HADS shkalasi sezilarli yuqori ballni qayd etdi. [44] "COMOESTAS" tadqiqotida , HADS shkalasidan foydalangan holda, ABO bilan bemorlarning bemorlarining 40,0 foizida depressiya, 57,7 foizida xavotir holatlari kuzatilgan.[45]. Yevropa Ittifoqiga kiruvchi o’nlab davlatlar aholisida kattalar o’rtasida o’tkazilgan “Eurolight” analogik tadqiqoti ham ushbu natijani berdi. Ushbu assotsatsiya ABOsiz migren bilan kasalllangan bemorlarda yanada kuchliroq namoyon bo’lgan. [46] Sodium Valproate in Medication Overuse Headache Treatment (SAMOHA) tadqiqoti ABO bilan kasallanganlarda psixopatologik yondosh kasalliklar epizodik migren va sog’lomlarga nisbatan ko’p uchrashini aniqladi. [43]. ABO bilan xavotir holati epizodik migren va sog’lomlarga nisbatan sezilarli darajada baland ko’rsatkichni tashkil qildi. Leeds Dependency Questionnaire so'rovnomasi ballari ABO bemorlarida EM bemorlariga nisbatan sezilarli darajada yuqori bo'lib, bu doriga qaramlikka ko'proq moyilligini ko'rsatadi. Psixiatrik kasalliklar soniga nazar tashlaydigan bo'lsak, ABO bemorlarida bir nechta psixiatrik kasalliklarga chalinish ehtimoli ko'proq kuzatiladi. Ular orasida klinik ahamiyatga ega bo’lgani bu Obsessiv-Kompulsiv Buzilishlarni ABO bilan ko’p holatlarda birga kechishidir. [43]. ABO bilan bemorlarni neyropsixologik baholashda ularning qariyb 30 % da subklinik OKB klinik belgilari aniqlangan. Shu bilan birga subklinik kechuvchi OKB surunkali bosh og’rig’ining xavf omillaridan biri ham bo’lishi mumkin. [47,48]. ABO bilan kasallanganlar giyohvand shaxslar hisoblanmasa-da, ABO kelib chiqishida psixoaktiv moddalarni qabul qilish o’rtasidagi bog’liqlik ular orasida umumiy kelib chiqish neyrobiologik yo’li mavjudligini tasdiqlaydi. [49,50].

Shimoliy Amerikada o’tkazilgan qator tadqiqotlar metabolik buzilish (semizlik)ni surunkali bosh og’rig’i xavf omillaridan ekanligini tasdiqlagan bo’lsa, Yevropadagi Hagen va boshqa tadqiqotlar bunday o’zaro aloqani aniqlamadi. [41,51,52] Xitoy kogort tadqiqotlari ABO bilan ayol bemorlar va metaobolik buzilishlarga mansub semizlik va arterial gipertenizya o’rtasidagi aloqani tasdiqladi.[53] Danish cross-sektional analiz tadqiqot usullari chekish, kam

harakatlilik va semizlik bilan ABO kelib chiqish o’rtasidagi aloqalarni tasdiqladi. [54] Bolalarda semizlik va surunkali bosh og'rig'i o'rtasidagi bog'liqlik kuzatuv tadqiqotlarida ko'rsatilgan, ammo ABO bilan bog'liqlik aniq emas [55,56]. Va yana surunkali bosh og'rig'i va ABO bilan og'rigan bemorlarda uyqu buzilishi shikoyatlari ko'p uchraydi [57]

Davolash strategiyalari

Abuzus bosh og'rig'ini davolash murakkab bo’lib, har bir bemorga individual yondoshishni talab etadi. Amaliyotda asosan davolashning ikki turi qo’llaniladi:

Qo’shimcha davolash muolajalarisiz analgetiklar dozasini kamaytirish yoki buni migren profilaktikasi uchun bir qancha preparatlar bilan davolashdan keyin amalga oshirish.

Bemorlarga maslahat

Preparatlarni bekor qilish yoki migren profilaktikasi uchun preparatlarni qo’shishdan avval bemorlarni nima kutayotgani haqida albatta ogohlantirish lozim. [58]

Abuzus bosh og'rig'ini davolashda sakkizta omilni hisobga olish kerak

1. Bemor og'riq qoldiruvchi vositalarni (shu jumladan triptanlarni) tez-tez qabul qilish ABOni keltirib chiqarishi mumkinligini tushunishi kerak;

2. ABOda suiste’mol qilingan preparatlarni bekor qilishda, birinchi haftalarda bosh og'rig'i kamyishi kuzatiladi;

3. Bosh og'rig'ini to’liq yaxshilanishi har doim ham kuzatilmaydi;

4. Migren profilaktikasida qo’llaniladigan preparatlarni qo’llash ABO ni kamaytirish mumkin;

5. Psixiatrik komorbidlarni (depressiyani) davolash suiste’mol qilingan dorini bekor qilish davrini yaxshilashi mumkin;

6. Muvaffaqqiyatli bekor qilish davridan keyin dorilarni qayta suiste’mol qilish ABO retsidivini keltirib chiqarishi mumkin;

7.ABO komponentini davolash jarayonida albatta birlamchi bosh og’rig’i kasalligini ham davolash zarur;

8. ABOni davolash uzoq muddatli jarayon bo'lib, bu vaqt ko'plab haftalar yoki oylarni o’z ichiga olishi mumkin.

Dorilarni bekor qilish

Bemorlarga analgetiklarni doimiy qabul qilish dozasigacha kamaytirish buyuriladi. Oddiy analgetiklar uchun ma'lum bir oyda 15 kundan kamroq bosh og'rig'i bo'lishi kerak, opioidlar/triptanlar uchun esa 10 kundan kam bosh og'rig'i bo'lishi kerak.[59] Abstitensiya tezligi bekor qilinayotgan dori sinfiga bog’liq. Triptanlar va oddiy analgetiklar uchun keskin olib tashlash afzalroqdir. Bekor qilish jarayonida dastlab “dorini bekor qilish” bosh og'rig'i kuzatiladi va odatda 2-10 kun davom etadi. Bu vaqtda ko'ngil aynishi, qusish, uyqu buzilishi va xavotir kabi boshqa alomatlar ham kuzatilishi mumkin. Odatda triptanlarni suiste'mol qiluvchi bemorlar ahvoli 7-10 kun ichida, oddiy analgetiklarni suiste’mol qiluvchilar ahvoli esa 2-3 hafta ichida yaxshilanadi. [60] Bir nechta tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, bemorlar oddiy analgetik va/yoki triptan bilan qo'zg'atilgan ABO da tegishli tavsiyalar asosida ularning dozasini sezilarli darajada kamaytirishi bosh og’rig’i bilan kechuvchi kunlar miqdori kamayishi bilan uzviy bog’liqdir. [61] Daniya bosh og’rig’i markazi o’tkazgan tadqiqotlar 2 oylik ambulator (haftasiga 2 kun) o’tkir migrenni davolashda qo’llanilgan preparatlardan detoksikatsion dasturi o’tkir migrenda suiste’mol qilingan dorilarni cheklashdan ko’ra samaraliroq ekanligini tasdiqladi.[62] Shuning uchun oddiy analgetik va triptanni suiste’mol qilish ambulatoriya sharoitida davolanishi mumkin.

Biroq, opioid preparatlarini suiste'mol qilishni davolash murakkab bo’lib, statsionar nazoratni talab qilishi mumkin. Preparatlarni bekor qilish asta-sekin va uzoqroq davom etishi kerak. Opioidlarni suiste’mol qiluvchilarni statsionar

sharoitida lidokainni vena ichiga yuborish bilan detoksikatsiya qilish mumkin. [63] Faqat bunday yondashuv statsionarda qo’shimcha koyka va og’riq bo’yicha mutahassislarni talab qiladi. ABO ni davolashdagi ushbu yondashuvni opiodlarga psixologik va fiziologik qaramlik murakkablashtiradi. Muhimi, opioidlarni suiste’mol qiluvchi bemorlarga davolovchi guruh ularni "giyohvandlar" sifatida emas, balki bosh og'rig'ini kamaytirish uchun opioidlarga qaram bo'lgan shaxslar sifatida qarashi lozim. Es-xush va kognitiv-xulq-atvor terapiyasi ham yordam berishi mumkin.[64] So’nggi o'tkazilgan tizimli ko'rib chiqish va turli xil davolash usullarining meta-tahlillariga ko'ra, ABO dorilarni bekor qilish davrida kortikosteroidlar yoki steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarni qo'llash samaradorligini tasdiqlovchi sifatli ma'lumotlar yo'q. [65]

Xulosa

ABO ning patogenezi yaxshi o’rganilmagan bo’lsada, ammo uning surunkali migren bilan chambarchas bog'liqligini aytish mumkin. Ko'p odamlar vaqt o'tishi bilan ABO bilan muammolar kelib chiqishini bilmaganliklari uchun turli surunkali bosh og’rig’i yoki umumiy og’riq bilan kechuvchi turli kasallik holatlarida turli analgetiklarni suiste’mol qilishadi. Shuning uchun uning rivojlanishining oldini olishda ta'lim, beriladigan ma’lumotlar muhim ahamiyatga ega. Tashxis qo’yish har doim ham oson kechavermay, asosan to’g’ri tashxislashda bosh og’rig’I kundaliklari muhim rol o’ynaydi. Garchi ba’zi bemorlar o’zlari mustaqil ravishda analgetiklarni dozasini cheklasalarda, albatta bu qo’llab quvvatlashni talab qiladi. Shifokorlar dorilar sinfiga mos ravishda ularni cheklash bo’yicha tavsiyalar berishi lozim. Bu holatda turli medikamentlarni qo’llashdan ko’ra detoksikatsion metod samarali hisoblanadi. Oddiy analgetiklar va / yoki triptanlarni suiste’mol qilgan bemorlar ambulator sharoitda detoksikatsion usulni qo’llashlari mumkin. Opioid dori-darmonlarni suiste'mol qiladiganlar uchun bu qiyinroq bo’lib, ular statsionarda detoksikatsiyani amalga oshirishlari mumkin. Topiramat va botulin toksini ABO ni davolashda yordam berishi mumkin, ammo bu albatta birlamchi

bosh og'rig'i dori vositalaridan foydalanish chastotasini kamaytirish bilan birga amalga oshirilishi kerak.

Qisqartmalar:

ABO-abuzus bosh og’rig’i

XBOKT-Xalqaro Bosh Og’rig’i Kasalliklari Tasnifi

SM-surunkali migren

SZBO-surunkali zo’riqish bosh og’rig’i

EM-epizodik migren

NSYQV-nosteroid yallig’lanishga qarshi vositalar

ASK-atsetil salitsil kislota

DSQBO-dorilarni suiste’mol qilish bosh og’rig’i

BO-bosh og’rig’i

HADS -Hospital Anxiety and Depression Scale

Литература/ References

1. G.B.D.H (2018)Global, regional, and national burden of migraine and tensiontype headache, 1990–2016: A systematic analysis for the global burden of disease study2016. Lancet Neurol 17(11):954–976.https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30322-3
2. Steiner TJ et al (2020) Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. J Headache Pain 21(1):137.https://doi.org/10.1186/s10194-020-01208-0
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS)
The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition.Cephalalgia, 2018.38(1): p. 1–211 DOI:https://doi.org/10.1177/0333102417738202
4. May A, Schulte LH (2016) Chronic migraine: risk factors, mechanisms and treatment. Nat Rev Neurol 12(8):455–464.https://doi.org/10.1038/nrneurol.2 016.93
5. Negro A, Rocchietti-March M, Fiorillo M, Martelletti P (2011) Chronic migraine: current concepts and ongoing treatments. Eur Rev Med Pharmacol Sci 15(12):1401–1420
6. Wakerley BR (2019) Medication-overuse headache. Pract Neurol 19(5):399–403.https://doi.org/10.1136/practneurol-2018-002048
7. Russell MB (2019) Epidemiology and management of medication-overuse headache in the general population. Neurol Sci 40(Suppl 1):23–26.https:// doi.org/10.1007/s10072-019-03812-8

8. Martelletti P (2018) The journey from genetic predisposition to medication overuse headache to its acquisition as sequela of chronic migraine. J Headache Pain 19(1):2.https://doi.org/10.1186/s10194-017-0830-2
9. Vandenbussche N, Laterza D, Lisicki M, Lloyd J, Lupi C, Tischler H, Toom K, Vandervorst F, Quintana S, Paemeleire K, Katsarava Z (2018) Medicationoveruse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate. J Headache Pain 19(1):50.https://doi.org/10.1186/s10194-018-0875-x
10. Diener HC, Holle D, Solbach K, Gaul C (2016) Medication-overuse headache: risk factors, pathophysiology and management. Nat Rev Neurol 12(10):575–583.https://doi.org/10.1038/nrneurol.2016.124
11. Calabresi P, Cupini LM (2005) Medication-overuse headache: similarities with drug addiction. Trends Pharmacol Sci 26(2):62–68.https://doi.org/10.1016/j tips.2004.12.008
12. Lennox W. The use of ergotamine tartrate in migraine. N Engl J Med. 1934:210:1061-1065.
13. Peters G, Horton B. Headache: with special reference to the excessive use of ergotamine preparations and withdrawal effects. Proc Staff Meet Mayo Clin. 1951;26(9):153-161.
14. Horton B, Peters G. Clinical manifestations of excessive use of ergotamine preparations and management of withdrawal effect: report of 52 cases. Headache. 1963;2:214-227.
15. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia. 1988;8(Suppl 7):1-96.
16. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia. 2004;24(Suppl 1):9-160.
17. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders,3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
18. Westergaard ML, Hansen EH, Glümer C, Olesen J, Jensen RH. Definitions of medication-overuse headache in populationbased studies and their implications on prevalence estimates: a systematic review. Cephalalgia. 2014;34(6):409-425.
19. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. Cephalalgia. 2012;32(5):373-381.
20 Vandenbussche N, Laterza D, Lisicki M, et al. Medication-overuse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate. J Headache Pain. 2018;19(1):50.
21. Lipton RB, Manack A, Ricci JA, Chee E, Turkel CC, Winner P. Prevalence and burden of chronic migraine in adolescents: results of the chronic daily headache in adolescents study (C-dAS). Headache. 2011:51(5):693-706.
22. Wiendels NJ, van der Geest MCM, Neven AK, Ferrari MD, Laan LAEM. . Chronic daily headache in children and adolescents. Headache. 2005;45(6):678-683.
23. Prencipe M, Casini AR, Ferretti C, et al. Prevalence of headache in an elderly population: attack frequency, disability, and use of medication. J Neurol Neurosurg Psychiatry.2001;70(3):377-381
24. de Rijk P, Resseguier N, Donnet A. Headache characteristics and clinical features of elderly migraine patients. Headache. 2018;58(4):525-533.
25. Diener HC, Holle D, Solbach K, Gaul C. Medication-overuse headache: risk factors, pathophysiology and management. Nat Rev Neurol. 2016;12(10):575-583.
26. Paemeleire K, Bahra A, Evers S, Matharu MS, Goadsby PJ. Medication-overuse headache in patients with cluster headache. Neurology. 2006;67(1):109-113
27. Srikiatkhachorn A, le Grand SM, Supornsilpchai W, et al. Pathophysiology of medication overuse Headache-An update. Headache: The Journal of Head and Face Pain 2014;54:204–10.
28. Martelletti P. The journey from genetic predisposition to medication overuse headache to its acquisition as sequela of chronic migraine. J Headache Pain2018;19.
29. Paemeleire K, Bahra A, Evers S, et al. Medication-overuse headache in patients with cluster headache. Neurology 2006;67:109–13

30. Cargnin S, Viana M, Sances G, et al. A systematic review and critical appraisal of gene polymorphism association studies in medication-overuse headache. Cephalalgia2018;38:1361–73.
31. Schwedt TJ, Chong CD. Medication overuse headache: pathophysiological insights from structural and functional brain MRI research. Headache: The Journal of Head and Face Pain 2017;57:1173–8.
32. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia,2013, 33: 629.
33. Bigal ME, Serrano D, Buse D, Scher A, Stewart WF, Lipton RB. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: A longitudinal population-based study. Headache, 2008, 48: 1157-1168.
34. Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G et al. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. Neurology,2002, 59: 1011-1014.
35. Katsarava Z, Fritsche G, Muessig M et al. Clinical features of withdrawal headache fol lowing overuse of triptans and other headache drugs. Neurology,2001, 57: 1694–1698.
36. Meskunas CA, Tepper SJ, Rapoport AM, Sheftell FD, Bigal ME. Medications associated with probable medication overuse headache reported in a tertiary care headache center over a 15-year period. Headache. 2006;46(5):766-772.
37. Vandenbussche N, Laterza D, Lisicki M, et al. Medication-overuse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate. J Headache Pain. 2018;19(1):50.
38. Hagen K, Linde M, Steiner TJ, et al. Risk factors for medication-overuse headache: an 11-year follow up study. The Nord-Trondelag health studies. Pain. 2012;153(1):56-61.
39. Baumgartner C, Wessely P, Bingöl C et al (1989) Longterm prognosis of analgesic withdrawal in patients with drug-induced headaches. Headache 29:510–514.https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1989.hed2908510.x
40. Mathew NT, Stubits E, Nigam MP (1982) Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors. Headache J Head Face Pain 22:66–68.https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1982.hed2202066.x
41. Hagen K, Linde M, Steiner TJ et al (2012) Risk factors for medication-overuse headache: an 11-year follow-up study. The Nord-Trøndelag health studies. Pain 153:56–61.https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.08.018
42. Ashina S, Serrano D, Lipton RB et al (2012) Depression and risk of transformation of episodic to chronic migraine. J Headache Pain 13:615– 624.https://doi.org/10.1007/s10194-012-0479-9
43. Sarchielli P, Corbelli I, Messina P et al (2016) Psychopathological comorbidities in medication-overuse headache: a multicentre clinical study. Eur J Neurol 23:85–91.https://doi.org/10.1111/ene.12794
44. Kristoffersen ES, Straand J, Russell MB, Lundqvist C (2016) Disability, anxiety and depression in patients with medication-overuse headache in primary care - the BIMOH study. Eur J Neurol 23:28–35.https://doi.org/10.1111/ene.12850
45. Bendtsen L, Munksgaard SB, Tassorelli C et al (2014) Disability, anxiety and depression associated with medication-overuse headache can be considerably reduced by detoxification and prophylactic treatment. Results from a multicentre, multinational study (COMOESTAS project). Cephalalgia 34:426–433.https://doi.org/10.1177/0333102413515338
46. Lampl C, Thomas H, Tassorelli C et al (2016) Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project. J Headache Pain 17(1):59. https://doi.org/10.1186/s10194-016-0649-2
47. Curone M, Tullo V, Mea E et al (2011) Psychopathological profile of patients with chronic migraine and medication overuse : study and findings in 50 cases. Neurol Sci 32:177–179.https://doi.org/10.1007/s10072-011-0527-2

48. Cupini LM, Murtas MD, Costa C et al (2009) Obsessive-compulsive disorder and migraine with medication-overuse headache: research submission. Headache 49:1005–1013.https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2009.01457.x
49. Radat F, Lanteri-Minet M (2010) What is the role of dependence-related behavior in medication-overuse headache? Headache 50:1597–1611.https:// doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01755.x
50. Galli F, Pozzi G, Frustaci A et al (2011) Differences in the personality profile of medication-overuse headache sufferers and drug addict patients: a comparative study using MMPI-2. Headache 51:1212–1227.https://doi.org/ 10.1111/j.1526-4610.2011.01978.x
51. Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB (2003) Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. Pain 106:81–89.https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00293-8
52. Bigal ME, Liberman JN, Lipton RB (2006) Obesity and migraine: a population study.Neurology66:545 550. https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000197218.05284.82
53. He Z, Dong L, Zhang Y et al (2015) Metabolic syndrome in female migraine patients is associated with medication overuse headache: a clinic-based study in China. Eur J Neurol 22:1228–1234.https://doi.org/10.1111/ene.12732
54. Westergaard ML, Glümer C, Hansen EH, Jensen RH (2016) Medication overuse, healthy lifestyle behaviour and stress in chronic headache: results from a population-based representative survey. Cephalalgia 36:15–28. https://doi.org/10.1177/0333102415578430
55. Hershey AD, Powers SW, Nelson TD et al (2009) Obesity in the pediatric headache population: a multicenter study. Headache J Head Face Pain 49: 170–177.https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2008.01232.x
56. Pakalnis A, Kring D (2012) Chronic daily headache, medication overuse, and obesity in children and adolescents. J Child Neurol 27:577–580.https://doi. org/10.1177/0883073811420869
57. Sancisi E, Cevoli S, Vignatelli L et al (2010) Increased prevalence of sleep disorders in chronic headache: a case-control study. Headache 50:1464–1472.https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01711.x
58. Couch JR. Can medication overuse headache be treated by abrupt withdrawal of the overused agent? Nat Clin Pract Neurol2006;2:654–5.
59. MacGregor EA, Steiner TJ, Davies PTG. Guidelines for All Healthcare Professionals in the Diagnosis and Management of Migraine, Tension-Type,Cluster and Medication-Overuse Headache. 3rd edition, 2010.
60. Katsarava Z, Limmroth V, Finke M, et al. Rates and predictors for relapse in medication overuse headache: a 1-year prospective study. Neurology2003;60:1682–1683.
61. Grande RB, Aaseth K, Benth J. Š., et al. Reduction in medication-overuse headache after short information. The Akershus study of chronic headache. Eur J Neurology 2011;18:129–37.
62. Carlsen LN, Munksgaard SB, Jensen RH, et al. Complete detoxification is the most effective treatment of medicationoveruse headache: a randomized controlled open-label trial. Cephalalgia2018;38:225–36.
63. Williams DR, Stark RJ, lignocaine I. Intravenous lignocaine (lidocaine) infusion for the treatment of chronic daily headache with substantial medication overuse. Cephalalgia 2003;23:963–71.
64. Andrasik F, Grazzi L, D'Amico D, et al. Mindfulness and headache: A "new" old treatment, with new findings. Cephalalgia2016;36:1192–205.
65. de Goffau MJ, Klaver ARE, Willemsen MG, et al. The effectiveness of treatments for patients with medication overuse headache: a systematic review and meta-analysis. J Pain 2017;18:615–27.

УДК: 616.89-008.441.13-055.2-612.662.9

ИНВОЛЮЦИОН ЁШ ДАВРИДА АЁЛЛАР АЛКОГОЛИЗМИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Султанов Ш.Х. [1,a], Ходжаева Н.И. [2,b], Курбаниязова Ш.Э. [3,c], Уролова Д. А. [4,d], Абдулкасимов Ф.Б., Гопурова Г.Ф., Бабаев Ж.С..
[1]т.ф.д. доцент, Тошкент давлат стоматология институти
[2]т.ф.д. профессор, Тошкент давлат стоматология институти
[3] ассистент, Тошкент давлат стоматология институти
[4] ассистент, Тошкент давлат стоматология институти
Тошкент, Ўзбекистон
[a]sultanov@mail.ru, [b]xadjayeva.nazira@mail.ru
[c]shahida.kurbaniyazova@gmail.com, [d]doc.dilafruz@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Климакс бузилишлари булган аёлларда алкоголизмнинг клиник ҳусусиятларини ўрганиш. 40 ёшдан катта аёлларнинг климакс даврида ривожланган сурункали алкоголизмни ижтимоий ва терапевтик томондан ёндашув. Касалликнинг кечиши, сабаб булувчи омиллар, касалликни прогнозлаш хамда преморбидда шахс характериБ хамрох касалликларини урганишдан иборат булди.

Калит сўзлар: аёлларда ичкиликбозлик, абстинент синдром, соматик касалликлар, климактерик давр.

ABSTRACT

To study the clinical features of alcoholism in women with menopausal disorders. A social and therapeutic approach to chronic alcoholism that develops during menopause in women over 40 years of age. The course of the disease, the causative factors, the prognosis of the disease and the study of personality disorders in the premorbid.

Keywords: alcoholism in women, abstinence syndrome, somatic diseases, climacteric period.

АННОТАЦИЯ

Изучить клинические особенности алкоголизма у женщин с климактерическими расстройствами. Социально-терапевтический подход к хроническому алкоголизму, развивающемуся в период менопаузы у женщин

старше 40 лет. Течение болезни, причинные факторы, прогноз заболевания и изучение расстройств личности в преморбидном состоянии.

Ключевые слова: алкоголизм у женщин, абстинентный синдром, соматические заболевания, климактерический период.

Ҳозирги вақтда, аҳоли ичкиликбозлигининг умумий ўсиши ва алкоголизм касаллигининг купайиши билан биргаликда, аёллар алкоголизмининг ҳажми ҳам, эркаклар алкоголизмига нисбатан, яққол ошиши кузатилмокда. Охирги 10 йилликда, кўп давлатларнинг статистикаси, алкоголизм касалигининг ўсишини билан биргаликда, унинг дермографик тузилишинг ўзгаришини хам, кўрсатмокда. Айниқса, бу беморлар орасида, кекса ёшидаги алкоголга ружу куйган аёлларнинг купайиши, алоҳида эьтиборни тортади. Шунинг билан биргаликда, бу муаммонинг кам ўрганилган томонига, қарилик ёшидаги аёлларда алкоголизм касаллигининг келиб чикишида, унинг клиник куриниши ва прогредиент ривожланишида ёш омилинг таьсири хисобланади. Юқори ёш гурухларида ва кекса ёшдаги аёлларда алкоголизм касаллиги, алкоголни тизимли равишда истеъмол қилишни бошлаган ёшига боғлик холда, ўз ҳусусиятларига эга булади. Бу масала буйича адабиётлар кам ҳисобланиб, улар бир бирига зид келувчи маьлумотларга эга. (1,3,6).

Фақатгина, айрим адабиётларда кекса ёшдаги алкоголизмнинг кечишига, ёндош соматик касалликлар, организмнинг реактивлигининг ёшга доир узгариши, реактив ва аутохтон аффектив бузилишлар, ўз таъсирини кўрсатиши белгилаб қуйилган. Мавжуд изланишларида кекса ёшдаги инсонларда сурункали алкоголизмнинг ҳусусиятлари, ёшлик давридан бошлаб алкоголга ружу қуйган инсонларда ўрганилган. Шунинг билан бирга, хозирги вақтда аёллар орасидаги кексаликда бошланган алкоголизм касаллиги муаммоси тўлик ўрганилмаган. Ҳамда, 40 ёшдан юқори бўлган аёллар алкоголизмида аффектив бузилишлар ва ўз ўзини бошқара олмаслик кам кузатилиши, лекин мастликдан кейинги астения узоқ

давом этиши ва аниқ клиник куринишга эга бўлиши фикрлари хам айтиб ўтилган. (2,4,5).

Беморлар клиникасининг ахамиятли томонларидан, бу қуйидаги мусбат прогнозли белгиларнинг борлиги хисобланган, уларга: алкоголни тизимли қабул қилишнинг кеч бошланганлиги, юқори толерантлик сақланган холда, алкоголни яхши қабул қилиш ва ундан кейинги, заҳарланиш ва абстинет белгиларинг енгил ўтиши ва қисқа давом этиши, турғун ва узоқ давом этувчи ремиссия, спиртли ичимликларга булган бирламчи патологик майилнинг иккиламчи майилдан устунлиги, миқдор назоратининг узоқ вакт сақланиши, даволашга булган фаол муносабат, ёндош соматик касалликларнинг йуқлиги ва мусбат шахс ҳусусиятлари турғун сақланган холда, шахснинг алкоголли тубанлашишинг секинлиги киради. Бунда касалликга булган танқидли муносабатни хам киритиб ўтиш керак (7,8).

Кўпчилик муаллифлар фикри буйича, 40 ва ундан юқори ёшда алкоголни тизимли равишда қабул қилишни бошлаганларга, ирсият таъсиринг пастлиги, характернинг стеник ҳусусиятлари, алкоголни биринчи марта қабул қилишнинг кеч бошланиши, алкоголни эпизодик қабул қилиш даврининг узоқ давомийлиги, касалликнинг биринчи боскичининг узоқ кечиши, заҳарланиш ҳолатларининг тезлиги, толерантлиги секин ўсиб борувчи шароб алкоголизмининг устунлиги, спиртли ичимликларни ёлгиз қабул қилишнинг елгонзапойли ёки доимий турлари, амнезияларнинг кузатилмаслиги хос. Алкоголизмни даволаш воситалари танлашда коморбид қийинчиликларни туғдиради. Климакс ёшидаги аёлларнинг алкоголизм касаллигининг кечиши асосан кам ва ўрта прогредиентли ҳисобланади (4,8).

Эркакларга нисбатан, аёлларда абстинент синдром тезроқ вужудга келади. Айрим изланувчилар, аёлларда сурункали алкоголизм шаклланишини ижтимоий омиллар билан боғлашса, қолганлари шахснинг биологик: характер, ирсият ва бошқа ҳусусиятларига асосланишади, учинчилари эса климактерик омиллар, микромуҳит таъсири ва алкоголик аёлларнинг шахс хусусиятларига диққатни қаратишади (2,7,8).

Юқорида келтирилган маълумотларни ҳисобга олган холда, бу илмий ишнинг мақсади, климакс бузилишлари булган аёлларда алкоголизм касаллигининг клиник ҳусусиятларини ўрганиш ҳисобланади.

Жами 70та аёл ўрганилиб, улар иккита гурухга тақсимланди: биринчи – асосий гуруҳ – бу 40 ёшдан 57 ёшгача бўлган даврда тизимли равишда алкоголни қабул қилишни бошлаган 44та (62,9%) аёлдан иборат, иккинчи гуруҳ- бу синов гуруҳи булиб, бу климакс даврида алкогол қабул қилмаган, Чегаравий касалликлари бўлимида даволанаётган 26та аёлдан (37,1%) ташкил топган, биринчи гуруҳнинг ўзи, ремиссия кечишига боғлиқ холда 3 та гуруҳчаларга бўлинган (1 жадвал), улардан 24тасида (54,5%) – ремиссия кузатилмаган (1-гуруҳ), 12тасида (27,3%) – қисқа муддатли ремиссиялар (2-гуруҳ), 8тасида (18,1%) – узоқ муддатли ремиссиялар кузатилган (3-гуруҳ).

Текширув пайтида 58та (82,8 %) аёл климакс ёки менопауза даврида бўлишган, шундан 26 (37,1%) аёлда климакснинг эрта 37 ёшдан 41 ёшгача бошланиши қайд этилган.

1 жадвал

Алкоголизм кечиши буйича климактерик синдромнинг шакллари

Гуруҳлар	климактерик синдромнинг шакллари		
	асоратланмаган (типик)	Асорат-ланган	атипик
1-гуруҳ алкоголизмнинг ремиссиясиз кечиши	2 (7,3%)	6 (24%)	16 (60,5%)
2-гуруҳ қисқа муддатли ремиссиялар билан	2 (15,5%)	6 (49%)	4 (33,3%)
3-гуруҳ узоқ муддатли ремиссиялар билан	5 (61,4%)	3 (36,4%)	-
4-гуруҳ алкоголизм белгилари бўлмаган климакс ёшидаги аёллар	22 (83,5%)	4 (14,3%)	-

1 жадвал кўрсатиши буйича, биринчи гуруҳ беморларига климактерик синдромнинг атипик шакли, иккинчи гуруҳ беморларига климактерик

синдромнинг асоратланган шакли, иккинчи ва учинчи гуруҳ беморларига Л.К. Шайдукова таснифи буйича климактерик синдромнинг асоратланмаган ёки типик шакли ҳос бўлган (9).

2 жадвал

Беморлар шахсининг преморбид ҳусусиятлари

Преморбид ҳусусиятлари	Гуруҳлар			
	Асосий			синов
	1-гуруҳ	2- гуруҳ	3- гуруҳ	4- гуруҳ
Эпилептоид характер ҳусусиятлари	7(28,1%)	-	-	2(7,7%)
Истерик характер ҳусусиятлари	8 (32,2%)	6 (49%)	-	4(142%)
Астеник характер ҳусусиятлари	5(20,7%)	3 (2 4 %)	4(49%)	12(46,1%)
Синтон-стеник характер ҳусусиятлари	4 (15,6%)	3 (24%)	4(49%)	8(30,7%)

2чи жадвал кўрсатиши буйича, биринчи гуруҳда истерик ва эпилептоид характер ҳусусиятлари бўлган беморлар кўпчиликни ташкил этган, иккинчи гуруҳда истерик характер ҳусусиятлари булган беморлар кўпчиликни ташкил этиб, синтон-стеник ва астеник характер ҳусусиятли беморлар сони бир хил бўлган.

3 жадвал

Беморларнинг соматик касалликлари

Касаллик	гуруҳлар			
	Асосий			синов
	1-гуруҳ	2- гуруҳ	3- гуруҳ	4- гуруҳ
Юрак қон томир тизими, улардан:	11 (44,7%)	8 (65%)	4(49%)	7(25,8%)
Хафақон касаллиги	9	5	4	6
Инсультлар	2	3	-	1

Хазм килиш тизими, улардан:	10(40,5%)	5 (40,5%)	2 (24%)	5(19,1%)
Гепатохлециститлар, гепатитлар	5	2	1	2
Гастритлар, меъда яра касаллиги	3	2	1	3
Сийдик чиқариш тизими, улардан:	7 (28%)	3 (24%)	1 (12,4%)	3(11,4%)
Пиелонефритлар	4	3	1	2
Сийдик тош касаллиги	2	1	-	-
Гинекологик	7 (28%)	3(24%)	2(24%)	7(26,8%)
Бош шикастлари	6 (24%)	4 (33,3%)	1 (12,4%)	1(3,7%)

3-чи жадвал шуни курсатиши буйича, 4-чи гуруҳда юрак-қон томир тизими, сийдик ажратиш тизими, хазм қилиш тизими касалликлари ва бош мия шикастлари кам ташҳисланган. 1-чи ва 2-чи гуруҳларда сийдик ажратиш тизими, хазм қилиш тизими касалликлари тенг миқдорда учраган, 2-чи,3-чи ва 4-чи гуруҳларда гинекологик касалликлар хам тенг миқдорда қайд этилган.

Турли хил ёш гуруҳларида ирсий юкнинг мавжудлиги, қуйидаги 4-чи жадвалда келтирилган.

4 жадвал

Беморларнинг ирсий алкоголизмга мойиллиги

Ирсий мойиллик	гуруҳлар			
	асосий			синов
	1- гуруҳ	2- гуруҳ	3- гуруҳ	4- гуруҳ
Алкоголизм	5(29,7%)	2(15,5%)	1(12,4%)	2(7,6%)
Тутқаноқ бузилишлари	1(4,%)	-	-	-
Психопатиялар	2(8,2%)	-	1(12,4%)	-

Наркомания	-	1(8,2%)	-	-
Психозлар	1(4,1%)	1(8,2%)	-	-

5 жадвал

Миқдор назорати йўқолиши симптомининг пайдо бўлиши тезлиги (МНЙ)

Симптом пайдо булганча тизимли алкоголни кабул килишнинг санаси (мнй) йиллар	Асосий гуруҳ		
	1- гуруҳ	2- гуруҳ	3- гуруҳ
1 йилгача	4 (16,6%)	1 (8,2%)	-
1,5-2	2 (8,3%)	1 (8,2%)	-
3-5	10 (41,5%)	3 (24%)	3 (39%)
6-10	7 (28,1%)	5 (41,6%)	5 (61%)
10 йилдан ортик	1 (4,0%)	2 (16,6%)	-

5 жадвал кўрсатиши буйича, тизимли алкоголга ружу қуйиш натижасида биринчи гуруҳнинг 41,6% беморларида, абстинент синдром 3 йилгача булган даврда шаклланган. Иккинчи гуруҳнинг 50% беморларида абстинет синдром 3 йилдан 5 йилгача булган даврда шаклланган. Учинчи гуруҳнинг 62,4% беморларида ҳам, асбтинент синдром 3 йиллдан 5 йилгача бўлган даврда шаклланган.

Куйидагилар ҳулосада қилинади:

1. 40 ёшдан катта аёлларнинг климакс даврида ривожланган сурункали алкоголизм, ижтимоий ва терапевтик томондан қуйидаги ҳолатларда нисбий прогнозга эга булади:

- аёллар климактерик синдромнинг асоратланган ва атипик шаклларида;

- преморбидда шахснинг характерида истерик ва эпилептоид хусусиятлари юқори булса;

- беморларда миқдор назоратини йўқотиши симптомининг бошланиши 0,5 йилдан 1 йилгача булса;

2. 40 ёшдан катта аёлларнинг климакс даврида ривожланган сурункали алкоголизм, ижтимоий ва терапевтик томондан қуйидаги холатларда мусбат прогнозга эга булади:

- текширилаётган аёлларда климактерик синдромнинг асоратланмаган ёки типик шакли;

- преморбида характернинг астеник ва синното- стеник турлари;

- алкоголизмга қарши давога мусбат ёндашув, климакс ёшидаги аёлларнинг алкоголизмида ижтимоий мослашув мусбат прогноз омили ҳисобланади.

Литература/ References

1. *Егоров А.Ю. О типологии супружеского алкоголизма.// Вестник клинической психологии. -2005. -Том.3. -№1. -С.51-56.*
2. *Шайдукова Л.К. Роль ситуационно-личностных факторов в формулировании и течении алкоголизма у женщин: фрустрационный и депривационный варианты.// Вопросы наркологии. -1997. -№ 4. -С.16-24.*
3. *Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. - Л.: Медицина. 1998. - 224 с.*
4. *Кравченко С.Л. Структурно-временные характеристики формирования алкоголизма у женщин // Вопросы наркологии. – 2002. - № 1. – С. 41-47.*
5. *Наркология /Под ред. Фридмана Л.С., Флеминга Н.Ф., Робертса Д.Х., Хаймана С.Е. - М.; СПб.: "Бином"- "Невский диалект". - 1998. - 318 с.*
6. *Ш. Султанов, Ж. Бабаев., Г. Гопурова., Д. Уралова. Принципы модифицирующей профилактики и лечения синдрома зависимости, вызванного смешанным и комбинированным применением психоактивных веществ: сравнительный анализ // Медицина и инновация журнал. -2021 - №4 - С.78-86*
7. *Шайдукова Л.К. Феномен "спаивания" в алкогольных семьях и его психологическая мотивация// Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. -1992. - №3 - С.76-77.*
8. *Шайдукова Л.К. Феномен «стигматизации» при женском алкоголизме // Современные проблемы психиатрии. – Казань, 1994. – С. 230-233.*
9. *Gopurova gulchexra faruxtdinovna; sultanov shoxrux xabibullayevich; kurbaniyazova shahida erkabayevna Ўткир полиморф психотик бузилишларда даволаш алгоритимини такомиллаштириш//Медицина и иннавация журнал. -2021 - №1 - С.117-119*

УДК: 616.831-005.1:616-009.021.1-039.13

ИНСУЛЬТДАН КЕЙИНГИ ОҒРИҚ СИНДРОМИ ТАРҚАЛИШИ, ЎРГАНИЛГАНЛИГИ

Дилбар ХОДЖИЕВА[1], Дилафрўз АХМЕДОВА[2], Мадина ОХУНЖАНОВА[3]
[1]Бухоро давлат тиббиёт институти DSc, профессор
[2]Кармен плюс клиникаси неврологи, PhD
[3] Бухоро давлат тиббиёт институти ассистенти

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИЗУЧЕНИЕ ПОСТИНСУЛЬТНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Дилбар ХОДЖИЕВА[1], Дилафрўз АХМЕДОВА[2], Мадина ОХУНЖАНОВА[3]
[1] DSc, профессор Бухарского государственного медицинского института
[2]Клиника Кармен Плюс Невролог, PhD
[3]ассистент Бухарского государственного медицинского института

PREVALENCE OF POST-STROKE PAIN SYNDROME, STUDIED

Dilbar KHODJAEVA [1], Dilyafruz AKHMEDOVA [2], Madina AKHUNJANOVA [3]
[1]DSc, Professor of Bukhara State Medical Institute
[2]Carmen Plus Clinic Neurologist, PhD
[3]Assistant of Bukhara State Medical Institute

АННОТАЦИЯ

Инсультдан кейинги оғриқ синдроми кенг тарқалган бўлиб, улар бош оғриғи, елкадаги оғриқ, қўл- оёқдаги оғриқ белгилари билан намоён бўлади. Инсультдан кейинги оғриқларни даволаш долзарб муаммо бўлиб, ҳанузгача дунё олимлари томонидан ўрганилмоқда ва замонавий даволаниш ишлари олиб борилмоқда. Қуйида келтирилган мақоламизда жаҳон адабиётлари ўрганилиб, инсульт касаллигидан кейинги оғриқ синдроми беморларнинг 12-55% ида учраши аниқ бўлди. Оғриқ синдроми когнитив бузилишлар, апатия, депрессия ва ҳавотир ҳисси билан кечиши аниқланди. Мақолада инсультдан кейинги оғриқ синдроми тарқалганлиги ва ўрганилганлик даражаси ёритилган. Шунингдек инсультдан кейинги оғриқ синдромини даволашда қўлланиладиган фармакологик ва нофармакологик усуллар кўриб чиқилган. Беморлар ҳаёт сифатини аниқлаш учун ишлатиладиган сўровномалар ҳақида батафсил маълумотлар келтирилган

Калит сўзлар: инсультдан кейинги оғриқлар, оғриқ синдроми, медикаментоз, номедикаментоз

АННОТАЦИЯ:

Постинсультный болевой синдром встречается часто и характеризуется головной болью, болью в плече, болью в конечностях. Лечение постинсультной боли – актуальная проблема, которая до сих пор изучается учеными всего мира и разрабатываются современные методы лечения. В следующей статье была изучена мировая литература и установлено, что постинсультный болевой синдром возникает у 12-55% больных. Установлено, что болевой синдром связан с когнитивными нарушениями, апатией, депрессией и тревогой. В статье описаны распространенность и выраженность постинсультного болевого синдрома. Также рассмотрены фармакологические и немедикаментозные методы лечения постинсультного болевого синдрома. Приведена подробная информация об опросниках, используемых для определения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: постинсультная боль, болевой синдром, медикаментозное, немедикаментозное**.**

ANNOTATION:

Post-stroke pain syndrome is common and is characterized by headache, shoulder pain, and pain in the limbs. Treatment of post-stroke pain is a topical issue that is still being studied by scientists around the world and modern treatments are being developed. In the following article, the world literature was studied and it was found that post-stroke pain syndrome occurs in 12-55% of patients. Pain syndrome has been found to be associated with cognitive impairment, apathy, depression, and anxiety. The article describes the prevalence and extent of post-stroke pain syndrome. Pharmacological and nonpharmacological methods used in the treatment of post-stroke pain syndrome are also considered. Detailed information is provided on the questionnaires used to determine the quality of life of patients

Keywords: post-stroke pain, pain syndrome, medication, non-medication

Ўзбекистонда инсультдан кейинги оғриқ синдромига етарлича аҳамият берилмаётганлиги, касаллик кечиш хусусияти, ташхислаш ва реабилитация тадбирлари оқсаётганлиги, инсульт касаллигидаги оғриқ синдроми беморда депрессия, хавотир билан бирга кечишини эътиборга олмаслик, оғриқ синдромини ташхислашда махсус сўровномалардан фойдаланмаслик, оғриқ қолдириш мақсадида анальгетиклар ва ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларидан фойдаланилаётганлиги, бу дори воситаларининг инсультдан кейинги оғриқларда натижаси пастлиги оқибатида беморлар узоқ йиллар мобайнида оғриқ билан яшашга маҳкум бўлмоқда ва ҳаёт сифати пасайиши кузатилмоқда. Инсультдан кейинги оғриқларни ташхислаш учун махсус сўровномалардан фойдаланиш ортиқча ҳаражатларсиз ташхис қўйиш ва мақбул даво чоралари белгилаш имконини беради.

Инсультдан кейинги оғриқларни даволашда ностероид яллиғланишга қарши воситаларнинг етарли натижа бермаслиги самарали даволаш услубларини кўриб чиқишни ва дорисиз даволаш услубларига аҳамият қаратишни тақозо қилади.

Шу сабабли инсультдан кейинги оғриқларни ташхислаш ва даволашда алгоритмларни такомиллаштириш хозирги замон талабидир.

Инсультдан кейинги оғриқлар шифокорга мурожаат қилаётган беморларнинг энг кўп учрайдиган шикояти бўлиб, шу сабабли кўпгина тадқиқотчиларни қизиқтиради. Бу борада кўплаб чет эл ва Россия тиббий нашрларида кўрсатиб ўтилган (Sanchis M.N.,2016; Костенко Е.В., 2017; Гудкова В.В. ва ҳаммуаллифлар., 2017; Кукушкин М.Л., 2017; Солиев И.М., 2022).

Инсультдан ўлим даражаси пасайишига қарамай (ривожланган давлатларда 37%, ривожланаётган давлатларда 20%), инсульт оқибатида келиб чиқаётган ногиронлик даражаси ортиб бормоқда (Feigin et al., 2003, 2016). Бугунги кунга келиб, дунё миқёсида 15 млндан ортиқ инсульт билан касалланганлар бўлса, уларнинг 5 млн нафари узоқ муддатли ногиронликка учрамоқда, айни меҳнатга лаёқатли ёшда ногиронликнинг келиб чиқиши

мазкур муаммонинг муҳим тиббий- ижтимоий аҳамиятга эгалигини кўрсатади (Ковальчук В.В. ва ҳаммуаллифлар., 2016, 2018; Помников В.Г. ва ҳаммуаллифлар., 2017; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Скворцова В.И. ва ҳаммуаллифлар., 2018; Дудайте В.В. ва ҳаммуаллифлар., 2019; Ноздрюхина Н.В. ва ҳаммуаллифлар. 2020). Инсультдан кейинги биринчи йилда касалланганларнинг атиги 20%и ишга қайтади, 31% и ўзгалар кўмагига муҳтож бўлади, 20%и мустақил ҳаракатлана олмайди, 55%и ҳаёт сифатидан қониқмайди (Помников В.Г. ва ҳаммуаллифлар., 2017). Бу ҳолат мамлакат иқтисодиёти, аҳоли кайфиятига салбий таъсир қилади, касалликни даволаш ва реабилитациясига юқори маблағлар кетади (Скворцова В.И. ва ҳаммуаллифлари,, 2018).

Инсультдан кейинги оғриқ синдроми беморларнинг 12-55% ида учраб, уларнинг 70% и ҳар кунги оғриқларни ҳис қилади. Инсультдан кейинги марказий оғриқлар 1-12% ни ташкил қилади, ишемик инсульт ўтказган беморларда геморрагик инсультларга нисбатан оғриқ синдроми кўпроқ кузатилади (Костенко Е.В., 2017; Кукушкин М.Л., 2017). Оғриқ синдроми бўлган беморлар 2 марта секин тикланади, ҳаёт сифати паст бўлиб, кўпинча когнитив бузилишлар, апатия, депрессия ва ҳавотир билан бирга кечади. Оғриқ синдромининг яққоллиги бевосита когнитив бузилишлар, депрессия ва ҳавотир даражаси кучига боғлиқ (Sanchis M.N.,2016; Костенко Е.В., 2017; Гудкова В.В. ва ҳаммуаллифлар., 2017; Кукушкин М.Л., 2017). Оғриқ синдромини даволаш эрта бошланиши реабилитация натижавийлиги ошишига олиб келади (Harrison R.A., 2015).

Узоқ йиллар мобайнида инсультдан кейинги марказий оғриқлар 1-2% ҳолатда учрайди деб ҳисобланди [10]. Кейинроқ 200 дан ортиқроқ беморда ўтказилган тадқиқотда марказий оғриқ 8% учраши ўрганилди [1]. Марказий оғриқ кўп учрайдиган ҳолат бўлиб, айниқса афазияси бор беморларда чуқур таҳлил ўтказиш лозимдир. Ноцицептив тизим исталган тизими шикастланишида бу турдаги оғриқлар кузатилиши мумкин. Бунда шикастланиш ўчоғи ўлчами марказий оғриққа олиб келишга сабабчи

бўлмайди [4]. Бемор ёши, жинси ва шикастланиш тарафи марказий инсультдан кейинги оғриқлар ривожланиши доимий предикторлари ҳисобланмайди [5]. Марказий оғриқлар бош мия соматосенсор тизим исталган қисми, жумладан узунчоқ мия, таламус ва катта ярим шарлар шикастланишида келиб чиқади. Қатор тадқиқотлар зунчоқ мия латерал қисми ёки таламус орқа вентрал қисми шикастланишида чақирилишини кўрсатди [6, 7]. Мия устуни инфаркти натижасида келиб чиққан Валленберг – Захарченко синдромида спиноталамик тракт кичик шикастланишлари марказий постинсульт оғриқларига олиб келиши аниқланди [7]. Орқа мия дорсал шохи, таламик ядролар, бош мия катта ярим шарлари соматосенсор қисмиорасидаги қўзғалувчанлик механизмлари назорати бузилиши оғриққа олиб келади. Марказий асаб тизимида ноцицептив нейронлар ҳалокати синаптик ёриққа глутамат ва нейрокининлар юқори миқдорда тушиши ва цитотоксик таъсир этиши билан боғлиқ [8]. Орқа мия дорсал шохи, таламик ядролар, бош мия катта ярим шарлари соматосенсор қисмида транссинаптик дегенерация ривожланиб, халок бўлган нейронлар ўрнини глия эгаллайди, бу нейронлар деполяризациясига ва қўзғалувчанлик ошишига олиб келади. Бундан ташқари опиоид-, глицин- и ГАМКергик тормозланиш жараёнларида бузилиш кечиб, узоқ вақт давом этувчи патологик фаоллик келиб чиқади. Марказий инсультдан кейинги оғриқлар ўлчамига кўра кичик (қўл), йирик (тана ярми) турга бўлинади. Мия устуни шикастланганда оғриқ тананинг қарши томонида ва шикастланган томондаги юз сохасида кузатилади, шунингдек периорбитал оғриқлар ҳам адабиётларда ёритилган [9]. Гемитип шаклидаги оғриқлар таламик шикастланишларга хосдир [13]. Инсультдан кейинги марказий оғриқлар цереброваскуляр шикастланиш ўчоғига мос сезги бузилишлари соҳасига қисман ёки тўлиқ мос келади [15]. Кўпгина невропатик оғриқларга хос белги бу оғриқ жойлашган соҳада сезги пасайиши ёки гипералгезия билан бирга келишидир [15]. Марказий постинсульт оғриққа хос феноменлардан бири механик ёки ҳарорат таъсир этганда оғриқнинг кучайишидир [10]. Марказий инсультдан кейинги марказий

оғриқлар ва бошқа марказий, ҳамда периферик оғриқлар клиник белгилари ўхшаш [14]. Инсультдан кейин невропатик оғриқлар билан бир қаторда суяк- мушак оғриқлари (40%), елкада оғриқ (20%), бош оғриғи (10%), мушаклар спастикаси сабабли юзага келувчи оғриқлар (7%) ҳам кузатилиши мумкин. Марказий постинсульт оғриқлар патогномоник хусусияти ёки кўрсатгичи йўқ, у бирдан ўз- ўзидан ёки бирор таъсирловчи натижасида келиб чиқади. Дизэстезия 85% беморда кузатилиб, ўртача интенсивлиги ўн балли шкала бўйича 3 баллдан 6 баллгача кўрсатгични беради [2]. Қатор тадқиқотларда шикастланиш ўчоғи бош мия устуни ёки таламусда жойлашганда юқори интенсивликдаги оғриқлар юзага келишини кўрсатган бўлса [15], қолган маълумотларга кўра инсультдан кейинги марказий оғриқлар яққоллиги таламик ва ноталамик шикастланишларда фарқланмаслиги кўрсатиб ўтилди [2]. Спонтан оғриқлар интенсивлиги кўп ҳолларда қатор ички ва ташқи омиллар, жумладан совуқ, иссиқда кучайиб, дам олганда ёки диққат бошқа нарсага жалб қилинганда пасайганлиги аниқланган [15]. Доимий спонтан оғриқлар бемор томонидан кўпинча ачиштирувчи, куйиштирувчи, совуқ, босувчи сифатида таърифлаб берилса, даврий оғриқлар ёрувчи ва отувчи хусусиятга эгадир [12, 15]. Инсультдан кейинги марказий оғриқлар бемор ҳаёт сифати бузилишига олиб келади, реабилитацияни қийинлаштиради, уйқунинг ёмонлашувига олиб келиб, бемор руҳиятига салбий таъсир этиши оқибатида суицид холатларига олиб келиши мумкин [7, 8]. Невропатик оғриқлар ўз- ўзидан бемор ухлашига таъсир этолмайди, бироқ беморлар кучли оғриқ таъсирида бирдан уйқудан уйғонишига олиб келиши мумкин. Оғриқ сохасида бемор териси, тери ости ёғ клетчаткаси, соч, тирноқда трофик ўзгаришлар кузатилиши, мушак тонуси ўзгаришлари ёки махаллий вегетатив бузилишлар бўлиши мумкин.

Инсульт ва инсультдан кейинги марказий оғриқлар пайдо бўлиш вақти турлича бўлиши мумкин. Оғриқ инсультдан кейин дарҳол кузатилиши ёки бир неча йиллардан кейин кузатилиши мумкин, бироқ кўп холларда оғриқ инсульт ўтказгандан кейинги биринчи бир неча ойда пайдо бўлади [13].

Оғриқ синдромининг кечроқ пайдо бўлиши оғриққа сабаб бўлиши мумкин бўлган бошқа сабабларни, жумладан такрорий инсультни инкор этишни талаб қилади. Инсультдан кейинги марказий оғриқлар ишемик ва геморрагик инсультлардан кейин пайдо бўлиши мумкин. Ўтказилган тадқиқотларнинг бирида инсультдан кейинги оғриқлар бўлган беморларнинг 13 тадан 4 нафарида мия ичига қон қуйилишидан кейин кузатилганлиги аниқланган [14]. Муаллифлар бу ҳолатда оғриқ сабаби таламусга қон қуйилиши деган хулосага келишган. Невропатик оғриқлар шаклланиши механизмларини тушуниш борасида сезиларли юксалиш бўлишига қарамай, йиғилган маълумотлар қатор экспериментал тадқиқотлар ва клиник маълумотлар орасида туғиладиган саволларга тўлиқ жавоб бериш имконини бермайди. Шундай қилиб, невропатик оғриқ ноцицептив тизим шикастланишлари барча ҳолатларида ҳам кузатилмаслиги мунозараларга сабаб бўлмоқда. Оғриқ пайдо бўлиши учун фақатгина ноцицептив тизим шикастланиши сабаб бўлиши ҳақидаги маълумотлар нотўғрилигини исботлайди, демак оғриқ сезгиси бошқарилиши ва унинг дезорганизациясига олиб келувчи қанақадир бошқа омиллар ҳам мавжудки, уларни аниқлаш вақт талаб қилади.

Инсультдан невропатик оғриққа қарши курашиш учун медикаментоз ва номедикаментоз усуллардан фойдаланилади. Номедикаментоз усуллардан антиноцицептив тизим фаоллигини кучайтирувчи услублар қўлланилади. Буларга биологик қайта алоқа, тери орқали электронейростимуляция, орқа мия стимуляцияси, физиотерапия, психотерапия киради. Айрим ҳолларда оғриқсизлантирувчи блокада, ҳамда даволашнинг нейрохирургик усуллари (орқа илдизча чиқиш жойини бузиш)дан фойдаланилади. Нейропатик оғриқлар фармакотерапияси сифатида маҳаллий анестетиклар, марказий миорелаксантлар, антиаритмик воситалар, антидепрессантлар ва антиконвульсантлар ишлатилади. GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) ва Оксфорд тадқиқотлари нейропатик оғриқларда қуйидаги дори воситалари самарадорлигини тасдиқлади: трициклик антидепрессантлар, серотонин ва норадреналин

қайта қамраб олиниши ингибиторлари (СИОЗС), прегабалин, габапентин, энакарбил, бошқа антиконвульсантлар (карбамазепин, окскарбазепин, топирамат, лакосамид, зонизамид), трамадол, опиоид анальгетиклар, каннабиноидлар, 5% лидокаинли пластырь, капсаицин, ботулотоксин А типи, NMDA-рецепторлари антогонистлари, мексилетин.

Ўзбекистоннинг ижтимоий- демографик ва иқтисодий хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда аҳоли орасида ўлим кўрсатгичини пасайтириш мақсадида турли дастурлар ишлаб чиқилган (Хайдаров Н.К., 2019; Рўзиев Ш.С., 2021; Бобоқулов Г.Д., 2021). Ўзбекистонда ўтказилган тадқиқотларда инсультдан кейинги оғриқларда дори воситасининг дорисиз даволаш усуллари билан комбинацияси ўрганилмаган. Инсультдан кейинги оғриқлар мавжуд беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини ошириш, реабилитация самарадор усулларини топиш, беморларни олиб боришнинг ягона тамойилини ишлаб чиқиш зарурати ушбу тадқиқот мавзусини танлашимизга асос бўлди.

Литература/ References

1. *Амирджанова В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36. //Научно- практическая ревматология №1, 2008.С. 36-48*
2. *Закирова Э.Н. Качество жизни больных мигренью и головными болями напряжения: дис. …канд.мед.наук/ УФА,2009.-126 стр.*
3. *Илларионова Е.М. Связь качества жизни больных с системным головокружением с наличием тревожности и депрессией. // Журнал неврологии и психиатрии, 8, 2011. Стр 50-53.*
4. *Ромашкина А.В. Факторы, определяющие качество жизни пациентов с последствиями боевой черепно- мозговой травмы // Вестник Оренбергского университета 2015 №3 (178). Стр. 223-227.*
5. *Авксентюк А.В. Лорноксикам (ксефокам) – новый нестероидный противовоспалительный препарат с интенсивным и пролонгированным анальгетическим эффектом. Междунар. неврол. журнал, 2005, 3: 39-44.*
6. *Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Теленков А.А. Постинсультные болевые синдромы. Неврология сегодня, 2016, 1: 67-70.*
7. *Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Яхно Н.Н., Ивашкин В.Т. и др. Клинические рекомендации Рациональное применение противовоспалительных препаратов (НПВП) в клинической практике. Соврем. Ревматология, 2015, 1: 4-34.*
8. *Стаховская Л.В. Осложнения и последствия инсультов. Диагностика и лечение ранних и поздних нарушений функции / под ред. Г.Я.Юнгехюльзинга, М.Эндреса ; пер. с нем. под ред.. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 264*
9. *Строков И.А., Головачева В.А., Фокина А.С. Прегабалин в терапии болевой диабетической полиневропатии // Русский медицинский журнал. 2013. № 9. С. 422–427.*

10. *Шевченко Е.В., Пилипович А.А., Данилов А.Б. Лорноксикам (Ксефокам) в терапии болевого синдрома. РМЖ, 2012: 23-31*
11. *Sanchis MN, Lluch E, Nijs J, Struyf F, Kangasperko M. The role of central sensitization in shoulder pain: A systematic literature. Pain Physician, 2016 Nov-Dec, 19(8): 565-574.*
12. *Hoang CL, Salle JY, Mandigout S, Hamonet J, Macian-Montoro F, Daviet JC. Physical factors associated with fatigue after stroke: an exploratory study. Top Stroke Rehabil, 2012, 19: 369- 376.*
13. *Tang WK, Liang H, Mok V, Ungvari GS, Wong KS. Is pain associated with suicidality in stroke? Arch Rhys Med Rehabil, 2013, 94: 863-866.*
14. *Harrison RA, Field TS. Post stroke pain: identification, assessment, and therapy. Cerebrovasc Dis, 2015, 39(3-4): 190-201.*
15. *Sommerfeld DK, Welmer AK. Pain follouing stroke, intialy and 3 and 18 months after stroke, and association with other disabilities. Eur J Neurol, 2012, 19: 1325-1330.*

УДК: 616.311-004.8 : 576.7-092

ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА
(Литературный обзор)

Юлдуз ХУСАНОВА
м.н.с, Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан
kh.yulduz31@gmail.com

THE USE OF CELLULAR TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF DEFECTS IN THE ORAL MUCOSA
(Literature review)

Yulduz KHUSANOVA
j.r. Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan
kh.yulduz31@gmail.com

OG'IZ SHILLIQ QAVATIDAGI NUQSONLARNI DAVOLASHDA HUJAYRA TEXNOLOGIYALARIDAN FOYDALANISH

Yulduz KHUSANOVA
к.и.х., Тошкент давлат стоматологик институти
Тошкент, Ўзбекистон
kh.yulduz31@gmail.com

АННОТАЦИЯ

В статье представлены современные направления биотехнологий и рассмотрены значение, классификация, методы получения, культивирования и особенности применения клеток для терапии дефектов слизистой полости

рта. Представлены основные методы развития клеточных технологий и клеточной терапии. Выделены перспективы применения клеточных технологий в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, а также изложены основные направления развития клеточных технологий в медицине.

Ключевые слова: *заболевания пародонта, клеточная терапия, плазма крови, фибробласты.*

ABSTRACT

The article presents modern trends in biotechnology and discusses the meaning, classification, methods of obtaining, cultivating and features of the use of cells for the treatment of defects in the oral mucosa. The main methods for the development of cell technologies and cell therapy are presented. The prospects for the use of cellular technologies in dentistry and maxillofacial surgery are highlighted, and the main directions for the development of cellular technologies in medicine are outlined.

Key words: *periodontal disease, cell therapy, blood plasma, fibroblasts.*

ANNOTASIYA

Maqolada biotexnologiyaning zamonaviy tendentsiyalari keltirilgan va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi nuqsonlarni davolash uchun hujayralarning ma'nosi, tasnifi, olish, etishtirish usullari va ulardan foydalanish xususiyatlari ko'rib chiqiladi. Hujayra texnologiyalari va hujayra terapiyasini rivojlantirishning asosiy usullari keltirilgan. Stomatologiya va jag‘-jag‘ jarrohligida uyali texnologiyalarni qo‘llash istiqbollari yoritilgan va tibbiyotda uyali texnologiyalarni rivojlantirishning asosiy yo‘nalishlari belgilab berilgan.

Kalit so'zlar: *periodontal kasallik, hujayra terapiyasi, qon plazmasi, fibroblastlar.*

Вопросы регенерации тканей пародонта продолжают оставаться актуальными поскольку до сих пор не решена проблема полноценного восстановления опорного аппарата зуба, разрушенного в результате

прогредиентного воспалительно-деструктивного процесса [1]. Одним из направлений лечения заболеваний пародонта является Применение плазмы, обогащенной тромбоцитами (PRP-plateled –rich plasma) технологии

В 1974 году Ross и коллеги опубликовали одну из первых работ, описывающих регенеративный потенциал тромбоцитов. В общемедицинских целях данные клетки используются для контроля кровотечения при тромбоцитопении, острых геморрагиях или лейкемии. Это послужило основанием для разработки технологии использования плазмы крови с повышенным содержанием собственных тромбоцитарных факторов роста.

В 1998 году Marx и коллеги впервые описали применение PRP, которая, по сути, является аутологичным концентратом тромбоцитов в небольшом объеме плазмы после процедуры центрифугирования. В ряде исследований последних десяти лет была показана эффективность аутологичной богатой тромбоцитами плазмы *PRP* в стимуляции остеогенеза и оптимизации заживления костных дефектов. БоТП за счёт содержания в ней лейкоцитов обладает местным антибактериальным действием, а имеющиеся в её составе пептиды группы фибрина способствуют хорошей адгезией к костной и мягким тканям. Помимо этого БоТП стимулирует образование коллагена, ускоряет регенерацию кожи и слизистых, индуцирует рост сосудов. Было предложено сочетание богатой тромбоцитами плазмы (БоТП) с остеопластическими материалами (Dori et al., 2008).

PRP технология применяется при диагнозах: гингивит, локализованный пародонтит, все формы генерализованного пародонтита, периодонтит, периимплантит, операция удаления зуба, операция имплантации, с целью профилактики заболеваний пародонта (Рис.1).

Применение инъекций аутоплазмы, содержащей тромбоциты, в стоматологии позволяет: купировать воспалительные процессы дёсен уменьшить болевой синдром; повысить вероятность приживляемости имплантата; уменьшить кровоточивость дёсен; уменьшить сроки

восстановления тканей пародонта после хирургического вмешательства ускорить заживляемость тканей у пациентов сопутствующим сахарным диабетом.

Рис.1.Иньекция аутоплазмы в ткани десны.

Майбородин И.В. и соавторы морфологическими и радиовизиографическими методами изучали процессы регенерации поврежденного участка кости нижней челюсти крыс после заполнения дефекта костной ткани обогащенным тромбоцитами фибриновым сгустком. Фибрин в тканях, согласно литературным данным, уменьшает выраженность воспалительного процесса и ограничивает распространение инфекции. То есть при введении фибринового сгустка в по-лость раны, видимо, можно защитить окружающие ткани как от распространения микроорганизмов, так и от излишнего воздействия лизосомальных ферментов фагоцитов. Происходит ограничение деструкции, и в связи с этим раньше начинаются регенераторные процессы, в тканях оказывается меньший объем антигенов и детрита, происходит более быстрое очищение раны. Обогащенная тромбоцитами плазма или богатый тромбоцитами фибриновый сгусток (БТФС) — это модификация фибринового клея, приготовленная из аутологичной крови и содержащая множество цитокинов. Эти релизы вызывают миграцию и деление всех мезенхимальных (включая хондроциты и

мезенхимальные стволовые клетки) и эпителиальных клеток, стимулируют синтез коллагена и матрикса соединительной ткани (Рис.2).

Продукты деградации фибрина вызывают миграцию остеогенных клеток и гингивальных фибробластов in vitro и более быструю регенерацию хирургических костных дефектов *in vivo* в эксперименте. Фибриновые клеи и пленки могут служить своеобразным субстратом для поддержки роста фибробластов и их функций [2,3,7]. Таким образом, адгезивные материалы, со-держащие фибрин и фибронектин, их мономеры или продукты деградации, ускоряют заживление периодонтальных, в том числе и костных, тканей После применения БТФС относительно естественного хода заживления меньше выражены признаки острого и хронического воспаления в поврежденных тканях, фаза альтерации быстро сменяется регенераторно-репаративными процессами. Показана целесообразность применения препаратов фибрина для ускорения как регенерации тканей, так и приживления имплантатов в клинике и эксперименте[4,5,6].

После операции с последующим заполнением дефекта кости нижней челюсти БТФС не происходит образования кровяного сгустка. Уже спустя одну неделю весь дефект костной ткани заполнен слившимися островками вновь сформированной кости. Ко 2-й недели после использования БТФС отмечено дальнейшее замещение дефекта костной тканью, а с 3-й недели формирование костной мозоли. Эффективность применения фибриновых технологий подтверждается тем, что после использования БТФС уже на 3-й нед отсутствовали статистически значимые отличия плотности костной ткани между участком повреждения и аналогичным местом контрлатеральной стороны.

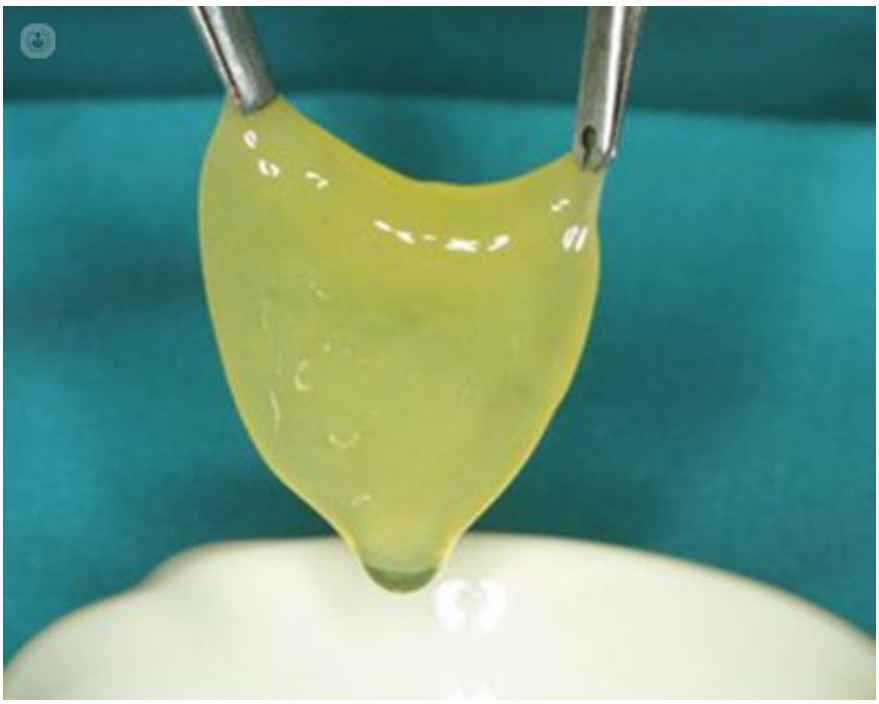


Рис.2.PRGF сгусток

В последнее время стали накапливаться данные о применении культивируемых in vitro фибробластов в стоматологии. О положительном эффекте лечения пародонтита с использованием культуры аллофибробластов, полученной из дермы плодов человека, недавно заявили отечественные исследователи (В.П. Туманов с соавт., 1998 г.). Данными авторами был разработан новый способ лечения воспалительно-деструктивной формы пародонтита с использованием культуры аллофибробластов человека, заселенных на твердую мозговую оболочку.

В своей диссертационной работе «Использование культивированных аллофибробластов в комплексном лечении заболеваний пародонта» Г.С. Рунова на основании полученных экспериментальных данных убедительно показала эффективность разработанного оригинального метода лечения хронического пародонтита при использовании культивированных аллофибробластов и твердой мозговой оболочки.

Преимущество данного способа лечения пародонтита заключается в том, что в раневом ложе при имплантации ТМО и аллофибробластов не происходит так называемого процесса биодеградации плодного материала и

культивированных аллофибробластов, а имплантант встраивается в костный дефект и трансформируется в дальнейшем в грубоволокнистую костную ткань альвеолярных отростков. Культивированные аллофибробласты постоянно выделяют основной фактор роста (FGF), формируют экстрацеллюлярный матрикс, фибронектин и другие вещества, которые способствуют активации процессов ангиогенеза и дальнейшего остеогенеза.

Использование клеточной терапии для восстановления и регенерации тканей пародонта и слизистой дефектов полости рта открывает широкие перспективы для полноценного восстановления тканей.

Литература/References

1. *Перова А.В., Фомичева, Е.А., Мельник В.Б. Карпюк.Использование клеточных технологий в современной пародонтологии//Медицинский Вестник Северного Кавказа, № 4, 2006,С.3-9*
2. *Роговая О. С. Реконструкция эпителиальных дефектов уретры и трахеи кролика с помощью живого эквивалента кожи. Автореф. дис.. канд. биол. наук.-Мосва.-2013.-19 с.*
3. *Севастьянов В.И. Технологии тканевой инженерии и регенеративной медицины //Регенеративная медицина и клеточные технологии–2014.- том XVI, № 3.-С 93-108*
4. *Храмова Н.В., Чарышникова О.С.,Аманулаев Р.А.,Хусанова Ю.Б. Возможности применения дермальных эквивалентов в клинической практике//Журнал медицина и нновации.-Ташкент, 2021.-№3.С. 175-180*
5. *Храмова Н.В., Чарышникова О.С.,Циферова Н.А.,Хусанова Ю.Б., Махмудов А.А.Возможности применения тканевой инженерии в челюстно-лицевой хирургии//Журнал медицина и нновации.-Ташкент, 2021.-№4.С. 299-304*
6. *Хусанова Ю.Б., Храмова Н.В. Использование тканеинженерных конструкции при дефектах мягких тканей // Молодые ученые: инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии: Материалы международной научно-практической конференции. - 5 февраля 2021. - С.50-52*
7. *Хусанова Ю.Б.,Хатыпова М.Г.Возможности применения фибробластов в регенеративной медицине//Журнал медицина и нновации.-Ташкент, 2022.-№1.С. 189-198*

УДК: 617.7-616-053.9 : 612.68-039.22

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ РАЗВИТИЯ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ СРЕДИ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Хакимова З.К., Мамасалиев З.Н.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников министерства здравоохранения Республики Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт

EPIDEMIOLOGY AND PREVALENCE OF EYE DISEASES AMONG CENTENARIANS

Khakimova Z.K., Mamasaliev Z.N
Center for the development of professional qualifications of medical workers of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan
Andijan State Medical Institute

АННОТАЦИЯ

На основании данных литературы, нормативно-правовых актов Республики Узбекистан показано, что общая заболеваемость болезнями глаза и его придаточного аппарата характеризуется ежегодным поступательным ростом уровня заболеваемости. Предупреждение глазных болезней среди долгожителей возможно при условии целенаправленной научно-обоснованной профилактики хронических неинфекционных заболеваний, в комплексе с системным подходом, учитывающим интегральные взаимосвязи всех сторон жизни и целостный характер каждого индивидуума со всеми его особенностями, обусловленными возрастной изменчивостью организма.

Ключевые слова: долгожительство, глазные болезни, распространенность, инвалидность и слепота, профилактика, хронические неинфекционные заболевания.

ABSTRACT

Based on literature data, regulatory legal acts of the Republic of Uzbekistan, it has been shown that the overall incidence of diseases of the eye and its adnexa is characterized by an annual progressive increase in the incidence rate. Prevention of eye diseases among centenarians is possible under the condition of targeted scientifically based prevention of chronic non-communicable diseases, in combination with a systematic approach that takes into account the integral relationships of all aspects of life and the holistic nature of each individual with all its features due to age-related variability of the body.

Key words: *longevity, eye diseases, prevalence, disability and blindness, prevention, chronic non-communicable diseases.*

Демографические показатели последних лет свидетельствуют об увеличении абсолютного и относительного числа лиц старшего возраста в общей популяции. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в общей численности населения планеты в 1050 г. люди старше 50 лет составляли 214 млн. человек (50.3%), в 1975 г.-350 млн .человек (9 %), в 2000 г.-590 млн. (9,8%), а в 2015 г. 1 млрд.100 млн. человек. Это составит более 15% всего населения Земли. Таким образом, современная демографическая ситуация характеризуется прогрессирующим старением населения, причем возрастает удельный вес людей старше 75 лет.

Слепота и слабовидение в последние десятилетия поражают население как развитых, так и развивающихся стран, несмотря на достижения в области офтальмологии. Если в США распространённость слепоты в 1940 г. составляла 17,5 на 10 тыс. населения, то в 1960–1979 гг. этот показатель достиг 20,0, а в настоящее время — 50,0 на 10 тыс. населения. По данным ВОЗ в 2014 году в мире насчитывалось 285 млн слепых и слабовидящих, из которых 90% живут в развивающихся странах {6}. Из них, 39 млн – слепые и 246 млн – слабовидящие [15].

Структура первичной инвалидности по заболеваниям глаза и его придатков выглядит следующим образом: миопия - 35%, глаукома – 21.8%, болезни хрусталика – и стекловидного тела 10.5%, хориоретиниты и другие болезни сосудистой оболочки - 9.6%, болезни склеры, радужной оболочки и цилиарного тела – 9.0%, атрофии зрительного нерва – 7.6%, отслойка и разрывы сетчатки – 6.4% [7].

Демографическое старение особенно заметно в сельской местности, где пожилые и старые люди составляют большую часть населения, а значит, формируют основной контингент пациентов в лечебной и профилактической работе врача амбулаторного звена здравоохранения. Увеличение контингентов старших возрастных групп ведет к повышению численности граждан, нуждающихся в неоднозначном решении медицинских и медико-социальных проблем, и соответственно требует дальнейшего совершенствования медицинской помощи данной категории граждан, обеспечения доступности всех ее форм. Для лиц этого возраста характерна полиморбидность, когда в патологический процесс затронуты основные системы организма пожилого человека. Одна из значимых функций, которая может поражаться при разнообразных заболеваниях, является зрительная.

В Узбекистане число людей с нарушениями зрения по сравнению с 2002 годом удвоилось. «Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014–2019 гг.» – это инициатива ВОЗ, целью которой является ликвидация предотвратимых нарушений зрения и слепоты, а также 25-процентное сокращение числа людей, страдающих нарушениями зрения, путем улучшения офтальмологической помощи [2]. Осуществляются комплексные меры по профилактике инвалидности населения, по коренному улучшению качества оказания медицинских услуг населению, укреплению кадрового потенциала в системе государственного здравоохранения, которая направлена на повышение ресурсного потенциала медицинских учреждений, реформирование системы здравоохранения [11]

Изучение современного состояния офтальмологической заболеваемости в РУз проведено З.У.Сидиковым, на основе ретроспективного анализа материалов учета заболеваемости в лечебно-профилактических учреждениях республики за период с 2002 по 2012 г. На основе ретроспективного анализа материалов Пенсионного фонда республики по установлению инвалидности (2006-2011 гг.) определено место и характер офтальмологических заболеваний в структуре причин инвалидности приводятся в работе авторов Сидиков и др. [8] Объективные данные о количестве людей с нарушением зрения и причинах, вызвавших это нарушение, являются основой для планирования мероприятий по предотвращению слепоты и развития офтальмологической помощи населению. Такие исследования, в частности, необходимы для планирования работы современных специализированных высокотехнологичных лечебно-профилактических учреждений, а также для создания программы действий по предупреждению слепоты и формированию регионального банка данных о слепоте. Автор представляет анализ всех зарегистрированных в РУз случаев болезни глаза и его придаточного аппарата (Класс УП – по МКБ-10) с 2002 по 2012 г. По данным автора статистические показатели выявили, что средний многолетний уровень общей заболеваемости за исследуемый период по республике в целом составил 2274,71±153,19 на 100 000 населения с колебаниями интенсивного показателя заболеваемости от 1270,76 до 2635,68 в отдельные годы. Общая заболеваемость болезнями глаза и его придаточного аппарата по Республике Узбекистан характеризуется ежегодным поступательным ростом уровня заболеваемости: за период 2002-2012 гг. показатель общей заболеваемости вырос на 52,8%. Имеют место территориальные различия уровня общей заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата. Основная часть общей офтальмологической заболеваемости ежегодно формируется за счет вновь возникающих заболеваний. Средний многолетний уровень первичной заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата по республике в целом в 2002-2012 гг. составил 1310,38±127,23 на 100 000 населения с колебаниями этого показателя от 521,45 до 1655,08 в отдельные годы.

Оказалось, что на первом месте в структуре изучаемого класса заболеваний находятся болезни конъюнктивы (30,8%). На втором месте – болезни, имеющие коды H49-H52, чаще всего представленные миопией и косоглазием. На третьем месте находятся болезни век, слезных путей и глазницы, в основном, воспалительного характера (блефариты, воспаления слезных протоков, дерматозы). Четвертое место занимают болезни склеры, роговицы, радужной оболочки и цилиарного тела (склерит, кератиты, помутнение роговицы). На пятом месте находятся заболевания хрусталика, в основном, катаракты различного происхождения. Шестое и седьмое места делят между собой болезни сосудистой оболочки сетчатки и глаукома: в 2009 г. это было, соответственно, 6-е и 7-е место, а в 2010 г. – 7-е и 6-е место. Восьмое место занимают болезни зрительного нерва и зрительных путей, а девятое – болезни стекловидного тела и глазного яблока.

В Узбекистане ежегодная распространенность глаукомы в среднем по стране составляет 161,2±0,9 случаев на 100000 взрослого населения. Каждый год на 100 000 взрослого населения выявляется 39,8±0,4 новых случаев глаукомы ($P \leq 0,05$) [10,12]. Уровень общей инвалидизации больных при данной патологии в целом по Узбекистану составляет 17,7 на 100 больных глаукомой. Проблема глаукомы также тесно связана с тем обстоятельством, что ее распространенность увеличивается в старших возрастных группах, которые не только становятся все более многочисленными, но и с низкой мобильностью и приверженностью к лечению лиц старше 60-70 лет. Так, если в 40–45 лет открыто-угольной глаукомой страдает 1–1,5% населения, в 50–60 лет – 1,5–2% в 75 лет и старше – 10–14%. В то же время лишь половина заболевших знают о своей болезни и только четверть из них получает адекватную терапию. Эти факты: высокая распространенность, постоянный рост числа больных, трудность выявления на ранних стадиях, сложность лечения и наблюдения, высокий уровень инвалидизации и негативного влияния на качество жизни больных из–за слабовидения или слепоты делают глаукому одной из наиболее важных медико-социальных задач современного общества и офтальмологической службы. Возрастные изменения в организме возникают неравномерно в различных органах и тканях. Понятие возрастной

нормы постоянно подвергается критике, что не мешает ее широкому применению в медицине. [9]

Для изучения оценки некоторых геронтологических изменений органа зрения у пациентов офтальмологического профиля в разных возрастных группах

Фролов М. А. и [10] разработали специальную балльную систему. Ими дистрофические изменения структур органа зрения наблюдались как в переднем отрезке глаза, так и на глазном дне, что подтверждалось инструментальными исследованиями с цифровыми параметрами. Данная динамика баллов по группам наглядно показывало темпы геронтологических процессов в ходе старения организма. Наиболее быстрое прогрессирование возрастных изменений органа зрения начиналось после 55 лет. Резкий скачок геронтологических изменений происходило в возрасте от 60 до 65 лет, а после 75 процессы старения несколько замедлялись.

В работах Перелыгина К. М. [14} было изучено: клинико-эпидемиологическое и медико-социальное исследование полиморбидности у лиц пожилого возраста, страдающие вестибулярной дисфункцией, с целью повышения качества медицинской помощи данной возрастной категории. Автор в своих заключениях дает несколько практических рекомендаций: 1. В пожилом возрасте целесообразно учитывать, что наиболее часто заболевания, приводящие к вестибулярной дисфункции периферического генеза, сочетаются с артериальной гипертензией, причем в этом случае наиболее частыми субъективными проявлениями заболевания являются такие, как головная боль, головокружение, шум в голове, тяжесть в голове, мелькание мушек перед глазами, пошатывания при ходьбе. 2.При организации медицинской помощи лицам старшей возрастной группы при наличии полиморбидности целесообразно учитывать следующие причины снижения ее качества: не внимательность врача, недостаточная квалификация врача, неправильная оценка лечащим врачом состояния пациента, неполный объем осмотра, несвоевременность осмотра, экстренность ситуации, неназначение консультации смежных специалистов, перепоручение работы врачам-стажерам без должного контроля со стороны врача куратора,

недостаточная оснащенность подразделений, нехватка медикаментов в больнице, недостаточное материальное благосостояние пожилого человека.

В исследованиях Бахритдиновой Ф. А., [3] показано, что за последние 11 лет общая и первичная заболеваемость глаз и его придатков в регионе Южного Приаралья возросла на 39% (с 1888 до 2617), 68,5% (с 974 по 1641) соответственно. Общая заболеваемость с катарактой в периоде с 2009 по 2011 года снижалось на 16,4% (с 161,05 до 138,27), а за этот период первичная заболеваемость снижалось в 2 раза больше исходного, т.е. с 84,41 до 41,37. С 2012 по 2019 года оба показателя динамично увеличились на 26% и 89% соответственно. При этом в среднем общая заболеваемость составляет 157,45, т.е. 1,15 раз больше ($p \leq 0,01$ – статистически не значимы), первичная заболеваемость 60,75, т.е. 1,27 раз больше ($p \geq 0,01$) чем Республики Узбекистан в целом. Анализ общей и первичной заболеваемостью с глаукомой и миопией в населении данного региона показывает, что эти заболевания не имеет значительного стабильного повышения или снижения за последней 11 лет. Однако, в среднем общая заболеваемость миопией в регионе Южного Приаралья, где составляет 691,33, т.е. 1,22 раз больше ($p \geq 0,01$), первичная заболеваемость 250,45, т.е. 1,36 раз больше ($p \geq 0,01$) чем Республики Узбекистан в целом. А с глаукомой средние данные заболеваемости почти сходные с данными Республики в целом ($p \leq 0,01$). общая и первичная заболеваемость глаз и его придатков в зоне Приаралья увеличиваться с каждым годом. При этом динамика роста заболеваемости у больных с катарактой. Среднестатистические результаты заболеваемости с катарактой и миопией в зоне Приаралья достоверно больше, чем в Республики Узбекистан в целом. Возможно, это связано с усилением уровня загрязненности атмосферы региона и резистентности заболеваний к профилактике, традиционным методам лечения данных офтальмопатологий.

В своих исследованиях Вольфсан И.Ф., Кремкова Е.В., Печенкин И.Г., Фаррахова Е.Г. [4] дают информацию о геологических факторах риска глазных заболеваний. Офтальмология до последнего времени не рассматривалась в качестве базовых дисциплин медицинской геологии. Авторы поставили своей

задачей восполнить данный пробел. Основные геологические факторы риска глазных болезней подразделяются на природные и техногенные. По характеру воздействия авторы выделяют три группы этих факторов: факторы прямого, кумулятивного и смешанного воздействия. К факторам прямого воздействия относятся атмосферная пыль, содержащая геологические материалы, различные физические поля, химические соединения, формирующиеся в результате геологической и производственной деятельности. Анализ исследования показывает: одним из путей решения задач современной гериатрии, наряду с изучением причин развития болезней у пожилых людей, социальных и профессиональных факторов преждевременного старения организма, организацией мер по улучшению условий труда, профилактики здоровья и улучшения качества жизни пожилых людей, может стать использование опыта, накопленного как фундаментальной, так и прикладной медицинской геологией.

Д.Ю. Хохлова, Е.А. Дроздова [12] в своих исследованиях определили частоту встречаемости факторов риска в Челябинской области у пациентов с окклюзией вен сетчатки в зависимости от возраста, пола, типа и локализации окклюзии. За 4 года обследовано 311 пациентов. Диагноз выставлялся на основании комплексного офтальмологического и терапевтического осмотров. Ведущее место среди факторов риска занимает артериальная гипертензия (92%) и сахарный диабет (12%). В 24% случаев у пациентов выявлена ишемическая болезнь сердца, в 9% инфаркт миокарда, в 5% острое нарушение мозгового кровообращения, в 69% случаев атеросклероз сонных артерий. Избыточная масса тела определялась у 53%, курение выявлено в 24%, злоупотребление алкоголем в 8% случаев. Окклюзия вен сетчатки преимущественно развивается у женщин в возрасте старше 60 лет (71%) и чаще протекает по не ишемическому типу. Ишемический тип преимущественно развивается при следующих факторах риска: мужской пол, курение более 20 лет и злоупотреблением алкоголем, 3-я стадия гипертонической болезни с некомпенсированным артериальным давлением в сочетании с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, стенозом сонных артерий более 30%. По результатам биохимического исследования крови

и липидограммы выявлено, что у 7% пациентов уровень холестерина находился в пределах до 5 ммоль/л, у 36% - 5 - 6 ммоль/л, выше 6,0 у 57% пациентов. Среди пациентов второй и третьей групп также наблюдалось повышение фракции липопротеидов низкой и очень низкой плотности. Еще одним значимым фактором риска признан сахарный диабет (СД). Среди общего количества пациентов с таким диагнозом наблюдалось 37 (12%), из них 32 (86%) страдали СД 2 типа, 5 (14%) - 1 типа. Женщин -16 (43%), мужчин - 21 (57%). При осмотре глазного дна проявление диабетической ретинопатии (ДРП) не пролиферативной формы выявлен у 16%, с угрозой пролиферации - у 11%, пролиферативная форма - у 5%, без проявлений ДРП - 68%. Компенсация СД была достигнута лекарственными средствами у 17 (46%), отсутствие компенсации определено у 20 (54%). По результатам анамнеза у 8% больных выявлено, что индекс массы тела (ИМТ) находился в пределах «19-25», что соответствует норме. Избыточная масса тела (ИМТ «26-29») наблюдалась у 53% больных, ожирение 1-, 2- и 3-й степеней (ИМТ «30-34», «3539», «более 40») - у 26%, 8% и 4% пациентов соответственно. Еще одним значимым фактором риска является табакокурение. Распространенность курения в России по разным оценкам составляет около 40%, большую часть составляют мужчины - 73%. В России от употребления табака ежегодно умирает около 350 тысяч человек, что составляет 6,75% смертей, происходящих в мире. Среди обследуемых пациентов выявлены 74 (24%) курильщика, из них женщин - 5 (8%), мужчин - 69 (82%). Индекс пачка/лет более 20 у 24%, более 25 - у 76%. Злоупотребление алкоголем выявлено у 26 (8%) мужчин различных возрастных категорий. В группе больных с окклюзиями ЦВС установлено, что при стаже курения более 20 лет в сочетанием с злоупотреблением алкоголя чаще развивалась окклюзия по ишемическому типу - в 9% случаев.

Д.К.Махкамова [11] в своем исследовании представляет анализ особенностей коморбидного (мультиморбидного) течения ишемических заболеваний органа зрения и хронической ишемии мозга при атеросклерозе. Было проведено комплексное обследование 37 больных (12 женщин, 25 мужчин, 74

глаза) с наличием ИЗОЗ в сочетании с хроническим поражением сосудистой системы головного мозга. Возраст пациентов колебался от 23 до 67 лет (средний возраст составил 47,5±2,0 года). Исследование проведено на базе Республиканской клинической офтальмологической больницы при МЗ РУз (г. Ташкент) с 2017 по 2020 гг. Анализ результатов исследования выявил изменения зрительных функций в разной степени у всех больных в зависимости от соотношения степени поражения средней мозговой и поверхностной височной артерии, глазной артерии, центральной артерии сетчатки и задних коротких цилиарных артерий, а также в зависимости от сроков обращения к специалистам.

Горшунова Н. К., Киндрас М. Н. [5] в своих исследованиях изучили работу врача общей практики (ВОП) с населением старшего возраста в условиях городской и сельской общей врачебной практики (ОВП) В итоге исследования установлено, что наибольшие затруднения с территориальной доступностью возникали у сельских жителей: для 78,9% пациентов путь к ОВП требует около часа. Численность населения пожилого и старческого возраста, проживающего в городских и сельских условиях, была соразмерно высокой (66,3 и 41,2% соответственно). Как среди городского, так и среди сельского населения старшего возраста превалировали лица в возрасте 67 ± 2,4 года – 66,7 и 62,5% соответственно. В городской и сельской ОВП лица в возрасте 78 ± 3,8 года составляют 26,8 и 29,9% соответственно, а в возрасте 84 ± 3,8 года – 4,9 и 7,8% соответственно. Наиболее длительный период дожития у селян в сравнении с городским населением.

В проведенных исследованиях показана роль некоторых аллельных вариантов генов TRIM21, MUC1, THBS1, GTF2I, STAT4, PTPN22 в развитии сухого кератоконьюнктивита при таких аутоиммунных заболеваниях, как ревматоидный артрит и синдром Шегрена. Полученные результаты стали основанием для предположения о возможной роли этих маркеров в развитии ССГ не только аутоиммунной этиологии. ССГ — это многофакторное заболевание глазной поверхности, характеризующееся изменениями гомеостаза глазной поверхности и сопровождающееся глазными симптомами, этиология которых

связана с дестабилизацией слезной пленки, гиперосмолярностью, воспалением, поражением структур глазной поверхности и нейросенсорными нарушениями. В эпоху развития технологий все большее число людей подвергается воздействию внешних факторов риска поражения глазной поверхности (ношение контактных линз, электромагнитное излучение компьютеров, мобильных устройств и прочее). Тем не менее наличие внешних факторов воздействия не приводит к 100% риску развития синдрома сухого глаза. Известно, что пусковым механизмом в развитии аутоиммунного поражения глазной поверхности при ряде системных заболеваний являются ассоциированные с ним молекулярно-генетические факторы. В основе поиска молекулярно-генетических особенностей заболевания лежит анализ полиморфных маркеров ряда генов, ответственных за контроль состояния глазной поверхности. Авторы определили взаимосвязь полиморфных маркеров rs7947461 гена TRIM21 и rs33996649 гена PTPN22 с риском развития синдрома сухого глаза экзогенной этиологии. В исследование включены 57 человек, имеющих экзогенные факторы риска развития ССГ (основная группа). В группу контроля включены добровольцы без офтальмологической патологии в анамнезе (n=75). Анализ генотипирования проводили с помощью метода полимеразной цепной реакции в реальном времени с последующим анализом кривых плавления продукта амплификации. В ходе исследования у 31 пациента основной группы установлен диагноз ССГ, они выделены в 1-ю подгруппу, у 26 диагноз ССГ не подтвержден (2-я подгруппа). У пациентов 1-й подгруппы выявлено статистически значимое увеличение частоты предрасполагающих генотипов генов TRIM21 и PTPN22. Относительный риск развития ССГ оказался повышен в 2,5% и 4,86 раз соответственно. У пациентов 2-й подгруппы статистически значимые данные о наличии предрасполагающих генотипов полиморфных маркеров генов TRIM21 и PTPN22 не обнаружены (p=0,3). Выявленная ассоциация полиморфных маркеров rs7947461 гена TRIM21 и rs33996649 гена PTPN22 с риском развития синдрома сухого глаза экзогенной этиологии дает основание рассматривать данные локусы в качестве возможных маркеров диагностики этой патологии [13].

В принятой Президентом Государственной программе «Год внимания и заботы о старшем поколении» (2015г) было особое внимание уделено не только дальнейшему совершенствованию законодательства, пенсионного обеспечения, социальной поддержки, здравоохранения, профилактики возрастных заболеваний (включая ухудшение зрения и слуха) и санаторно-оздоровительных мероприятий для престарелых, но и обеспечению удобств пожилых людей при предоставлении им государственных услуг, в число которых входит и получение различного рода справок и подтверждающих документов, а также обеспечению их санитарно-гигиеническими изделиями и техническими средствами реабилитации, необходимыми людям с проблемами зрения, слуха и передвижения.

В рамках реализации этой программы происходит адресная социальная поддержка пожилых людей, и прежде всего, ветеранов войны и трудового фронта. В этой работе неоценимую помощь оказывают такие негосударственные организации и социальные структуры как фонды «Нуроний» и «Махалла». [1]

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что болезни глаз являются одной из острых проблем общественного здравоохранения. Современные социологические исследования подтверждают, что пациенты пожилого и старческого возраста с нарушенной функцией зрения сталкиваются со многими социальными, экономическими и медицинскими проблемами. В частности, для таких людей характерны такие проблемы как нарушение общения с другими людьми, как вследствие нарушения зрительных ощущений, так и с изменениями психики, сопровождающие потерю зрения, характерно затруднение ориентации в пространстве, обучения, снижение трудоспособности, самообслуживания. На сегодняшний день профилактический медицинский осмотр является одним из основных этапов оздоровления всего населения. Существующая система периодических, целевых, а также углубленных медицинских осмотров (УМО) дает возможность раннего выявления, профилактики и лечения многих заболеваний, в том числе и офтальмологических. Но зачастую эта система, в частности, УМО не охватывает все возрастные категории и не обеспечивает ту периодичность, которая бы давала возможность в

полном объеме узкому специалисту (офтальмологу) выявить или исключить заболевания у всех групп населения.

Таким образом можно прийти к заключению, что изучение эпидемиологии и распространённости глазных болезней среди долгожителей доказывает высокую распространенность данной патологии, постоянный рост числа больных, трудность выявления на ранних стадиях, наличие факторов риска, сложность лечения и наблюдения, высокий уровень инвалидизации и негативное влияние на качество жизни долгожителей из–за слабовидения и слепоты. Данная проблема является одной из наиболее важных медико-социальных задач современного общества и офтальмологической службы.

Литература/References

1.Абдусатторов С.Ш., Ахмедова М. А., Алимова М. М. Социальная защита пожилых людей в Узбекистане //Научный аспект. – 2016. – №. 1. – С. 62-67.

2.Бабамурадова К. и др. Региональные различия в кадровых ресурсах и инфраструктуре государственных офтальмологических услуг в Узбекистане //Панорама общественного здравоохранения. – 2017. – Т. 3. – №. 03. – С. 408-418.

3.Бахритдинова Ф. А., Максудова З. Р., Маткаримов А. К. Анализ общей и первичной заболеваемости глаз в Южном Приаралье //ВВК 79. – 2020. – С. 289.

4.Вольфсан И.Ф., Кремкова Е.В., Печенкин И.Г., Фаррахов Е.Г. Геологические факторы риска глазных заболеваний // Клиническая геронтология №7, 2006. –С. 44-46.

5.Горшунова Н. К., Киндрас М. Н. Оказание первичной медико-санитарной помощи населению пожилого и старческого возраста в сельских и городских условиях //Клиническая геронтология. – 2020. – Т. 26. – №. 3-4.

6.Назарян М.Г., Арбуханова П.М. Современные аспекты инвалидности вследствие патологии органа зрения // Казанский мед.ж.. 2015. №2.

7. Шустеров Ю.А., Бижанов А.С. Инвалидность вследствие заболеваний органа зрения. Медицина и экология. 2007 № 3. стр.10-13.

8.Сидиков З. У. Оценка заболеваемости глазными болезнями населения Республики Узбекистан с позиции потребности в офтальмохирургической помощи // Точка зрения. Восток - Запад. Научно-практический журнал 2015.–
С.28.

9.Туйчибаева Д. М., Янгиева Н. Р. Особенности инвалидизации населения Узбекистана при глаукоме //Новый день в медицине. – 2020. – №. 4. – С. 245-250.

10.Фролов М. А. и др. Применение балльной системы для оценки некоторых возрастных изменений органа зрения у пациентов офтальмологического профиля //Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2011. – №. 1.

11. Махкамова Д.К.. Мультиморбидность ишемических заболеваний органа зрения и хронической ишемии мозга при атеросклерозе. The EYE GLAZ 2020.V. 22, №2. P.7-11

12. Хохлова Д.Ю., Е.А. Дроздова. Анализ системных факторов риска у пациентов с окклюзией вен сетчатки. Медицинский вестник Башкортостана, Том 9, №2 Март-Апрель 2014.

13.Сафонова Т.Н., Зайцева Г.В., Бурденный А.М., Лукина С.С., Логинов В.И. Взаимосвязь полиморфизмов гена TRIM21 с тяжестью сухого кератоконъюнктивита при ревматоидном артрите и болезни Шегрена. //Вестник офтальмологии. 2019;135(5):192-197.

14.Перелыгин К.М. Полиморбидность у людей пожилого возраста, страдающих вестибулярной дисфункцией. Автореферат.Санкт Петербург. 2013. стр 18-19.
15. Şahlı E., İdil A. Turkish of ophthalmologi, 2019.

УДК 616.314.17-008.1:616-002.2-071-612.014.2-07

B VA C SURUNKALI VIRUSLI GEPATITLARDA SURUNKALI TARQALGAN PARODONTIT DIAGNOSTIKASINING KLINIK-MORFOLOGIK ASOSLANISHI.

Nazarova Nodira Sharipovna[1], Shukurov Sherzod Shuhratovich[2]

[1]Tibbiyot fanlari doktori, aspirantura fakulteti stomatologiya kafedrasi dotsenti
Samarqand davlat tibbiyot
universitet
[2]Samarqand shahar bolalar stomatologiyasi kafedrasi assistenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Annotatsiya. Virusli gepatit (VH) qo'zg'atuvchilarning parenteral yuqishi tibbiyot fanining va amaliy sog'liqni saqlashning eng jiddiy va dolzarb muammolaridan biridir. . Hozirgi vaqtda inson VH ning kamida 9 turi ma'lum (A, B, C, D, E, G, F, TT), ular orasida parenteral virusli gepatit alohida e'tiborga loyiqdir, jigar sirrozi bilan og'ir va surunkali shakllar bilan tavsiflanadi. va gepatotsellyulyar karsinoma. Hozirgi vaqtda 350 milliondan ortiq odam ushbu infektsiyani tashuvchisi bo'lib, har yili 2 millionga yaqin odam gepatit bilan bog'liq kasalliklardan vafot etadi.

Surunkali gepatit - bu og'iz bo'shlig'ining yuqori chastotali ta'sirlanadigan tizimli patologiyasi [8]. Surunkali gepatitda jigardan tashqari patologiyalar spektriga so'lak bezlari va og'iz shilliq qavatining zararlanishi kiradi [4]. Shu bilan birga, turli xil etiologiyali surunkali gepatitlarda yallig'lanishli parodontal kasalliklarning rivojlanish chastotasi, shakllanish mexanizmlari haqida ma'lumot>: qo'shma kasalliklar kursining xususiyatlari, davolash samarasi kam va qarama-qarshidir [3,4]. Bu aniqlaydi. surunkali gepatit B va S bilan og'rigan bemorlarda parodontal kasalliklarning klinik belgilari va diagnostika mezonlarini o'rganishning dolzarbligi.

Yallig'lanishli parodontal kasalliklarning rivojlanishi og'iz bo'shlig'i va umuman tananing immunitetini himoya qilishning buzilishi bilan chambarchas bog'liqdir [8],

shuning uchun sitokinlar tarkibini tahlil qilish orqali immunitet tizimining holatini baholash ikkala holatda ham muhimdir. shakllanish mexanizmlarini o'rganish va surunkali kasalliklar fonida gingivit va parodontitni davolash usullarini ishlab chiqishda gepatit Tish milki epiteliy hujayralarining apoptozi va proliferatsiyasi ko'rsatkichlarining diagnostik va prognostik ahamiyati va turli xil etiologiyali surunkali gepatitlarda hech qanday ma'lumot yo'q.

Surunkali gepatit fonida yallig'lanishli parodontal kasalliklarni davolashga yondashuvlar jigar va parodontal shikastlanishning universal patogenetik mexanizmlarini hisobga olgan holda qurilishi kerakligi aniq.

Surunkali gepatit bilan og'rigan bemorlarda ursodeoksixol kislotasini (UDCA) yallig'lanishli periodontal kasalliklarni kompleks davolashda qo'llash samaradorligini o'rganish istiqbolli ko'rinadi, bu juda ko'p ta'sirga ega, ular orasida sitoprotektiv, antiapoptotik, immunomodulyar ta'sirlar isbotlangan [1,3].

Ushbu tadqiqotning **maqsadi** surunkali gepatit B va C da parodontal to'qimalarning klinik va morfologik holatini asoslashdir.

Kalit so'zlar: Surunkali virusli gepatit B va C, parodont kasalliklari, surunkali tarqalgan parodontit, surunkali gingivit.

Materiallar va tadqiqot usullari. Parodontal to'qimalarda klinik va morfologik o'zgarishlarni o'rganish uchun surunkali gepatit B va C fonida parodontal kasalliklari bo'lgan 35 kishi - asosiy guruh, shuningdek, somatik patologiyaga ega bo’lmagan 20 bemorda chuqur parodontal tekshiruv o'tkazildi. Ular taqqoslash guruhi sifatida qabul qilindi.

Parodontal kasalliklar diagnostikasi Butunittifoq stomatologlar jamiyatining XVI plenumida (1983 yil) tasdiqlangan parodontal kasalliklar terminologiyasi va tasnifiga muvofiq amalga oshirildi. Bemorlarga parodontal to'qimalarning keng qamrovli klinik va rentgenologik tekshiruvi o'tkazildi.

Gingival shilliq qavatning rangidagi o'zgarishlar, tish milkidan qon ketish darajasi [Muhlemann, 1971], parodontal cho'ntaklarning chuqurligi (VOZ, 1989) va tishlarning patologik harakatchanligi baholandi [Fleszar T J va boshqalar, 1980].

Parodontal to'qimalarning holatini indeksli baholash ham soddalashtirilgan Green-Vermilion gigiena indeksi (1965), papillar-marginal-alveolyar indeks (PMA) [Parma G, 1960], parodontal indeks (PI), [Russel] yordamida amalga oshirildi. A, 1967]. Dentoalveolyar tizimning rentgenologik tekshiruvi tishlarning ma'lum guruhlari va ortopantomografiyaning intraoral kontaktli tasvirlarini o'z ichiga oladi.Skeletning suyak zichligini baholash (densitometriya) Prology densitometrida (AQSh) dikromatik rentgen absorbtsiometriyasi yordamida amalga oshirildi.

Natijalar va muhokama. Tadqiqotning birinchi bosqichida biz virusli va virusli bo'lmagan etiologiyaning surunkali gepatiti bilan og'rigan bemorlarning stomatologik holatini o'rgandik. Surunkali gepatitning ekstragepatik ko'rinishlari bemorlarning 17 foizida tashxis qo'yilgan, surunkali HCV gepatitida (26,9%) steatogepatitga (7,4%) nisbatan sezilarli darajada ko'proq ($p<0,05$) aniqlangan.

Surunkali HCV infektsiyasining dental ekstragepatik ko'rinishlari asosan bemorlarning 7,7 foizida tashxis qo'yilgan Shegren sindromi doirasida kserostomiya bilan ifodalanadi.

Xerostomianing heylit (7,7%), glossit (5,8%), stomatit (5,8%) asoratlari bor edi. Shegren sindromi umumiy og'ir parodontit bilan birga kelgan. Surunkali HCV gepatiti bilan og'rigan bemorlarning 78,8 foizida va surunkali steatogepatitli bemorlarning 61,1 foizida ko'plab tish karieslari qayd etilgan.

Parodontal to'qimalarning holatini klinik va instrumental tahlil qilish surunkali gepatitda parodontal shikastlanishning klinik kechishi va og'irligi jigar shikastlanishining etiologiyasi va klinik va laboratoriya faoliyati darajasi bilan bog'liqligini aniqlashga imkon berdi.Yallig'lanishli parodontal kasalliklar og'irroqdir. Virusli yoki alkogolli etiologiyali surunkali faol gepatit fonida aniq sitoliz kuzatiladi va ko'pchilik bemorlarda o'rtacha og'irlikdagi (46,2-50%) surunkali generalize parodontitning, kamroq tez-tez engil (26,8-27,8%) umumiy parodontitning rivojlanishi bilan tavsiflanadi. og'ir (13,5-16,5%) daraja va surunkali umumiy kataral gingivit (13,5-5,5%).

Surunkali alkogolsiz steatogepatit ko'pincha engil surunkali parodontit (52,8%), kamroq tez-tez umumiy o'rtacha parodontit (22,2%), surunkali umumiy kataral gingivit (16,7%) yoki og'ir parodontit (8,3%) bilan bog'liq.

Ehtimol, virusli va alkogolli etiologiyaning surunkali gepatiti fonida parodontal kasallikning yanada og'ir shakllarining rivojlanishi surunkali HCV infektsiyasi va etil spirtiga xos bo'lgan immunosupressiv ta'sir bilan bog'liqdir [6,7]. Etanolning toksik ta'siri tufayli jigar faoliyatining buzilishi sharoitida parodontning shikastlanishi istisno qilinmaydi.

Yallig'lanishli parodontal kasalliklarning og'irligi va gepatitning faolligi o'rtasida bog'liqlik o'rnatilgan. Jigardagi patologik jarayonning yuqori faolligi bilan parodontal shikastlanish belgilari past faollikka qaraganda ko'proq aniqlanadi [1].

Xolestatik sindrom parodontning yanada aniq o'zgarishi va tish milkining alveolyar jarayonlarining suyaklarini yo'q qilish bilan birga keladi. Surunkali gepatit va parodontal yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda xolestazda tashqi skelet va periferik skeletning suyak mineral zichligining tizimli pasayishi darajasi (osteoporoz va osteopeniya) parodontning klinik holatining og'irligi va rezorbsiya darajasi bilan bog'liq, alveolyar jarayonlar (r = 0,683) [4].

Hujayralarning yangilanish jarayonlarini o'rganishda surunkali parodontit, gingivitdan farqli o'laroq, apoptozning o'rtacha o'sishi bilan gingival epiteliya hujayralarining proliferativ faolligining ustunligi bilan tavsiflanadi. Surunkali gingivitda gingival epiteliositlarning proliferatsiyasi va apoptozida sezilarli o'zgarishlar kuzatilmadi [5].

Surunkali HCV gepatitida steatogepatitga (I K1 67-351,5±1) nisbatan gingival epiteliy hujayralarining proliferatsiyasi va apoptozi (I Shch-b7 -38,0 ± 1,7%, Iapopt - 0,72 + 0,06)da aniqroq o'zgarishlar kuzatiladi. Iapopt - 0,71±0,05, p<0,05). Shubhasiz, bu o'zgarishlar virusli jigar shikastlanishi fonida og'irroq bo'lgan parodontdagi yallig'lanish-destruktiv o'zgarishlarning tabiati bilan belgilanadi.

Tadqiqotimizning ikkinchi bosqichida surunkali gepatit fonida surunkali generalize parodontit bilan og'rigan bemorlar jigar va milklardagi patologik jarayonning faolligi, yoshi teng bo'lgan ikki guruhga bo'lingan.

Yallig'lanishli parodontal kasalliklarda gingival epiteliositlarning proliferativ faolligi va apoptotik o'limining o'zgarishi mahalliy tartibga solish mexanizmlarining, birinchi navbatda, sitokin gomeostazining buzilishiga asoslanadi.

Og'iz suyuqligidagi sitokinlarning tarkibini o'rganish shuni ko'rsatdiki, surunkali gingivitda og'iz suyuqligida yallig'lanishga qarshi (IL-f, INFU) va yallig'lanishga qarshi vositachilar (RAIL, IL-10) miqdori ko'payadi.), bu hujayrali va gumoral immunitet reaktsiyasini ta'minlovchi immunokompetent hujayralar populyatsiyalari o'rtasidagi muvozanatning saqlanishini aks ettiradi va bir vaqtning o'zida yallig'lanish jarayoni va tiklanish mexanizmlarini qo'zg'atishni ko'rsatadi [6].

Surunkali parodontit immunosupressiv xususiyatlarga ega (IL-10) va IL-1 r ning yuqori konsentratsiyasiga ega vositachining ustunligi bilan mahalliy sitokin muvozanati bilan tavsiflanadi. Shuni ta'kidlash kerakki, parodontitda IL-ip kontsentratsiyasining ortishi RAIL darajasining oshishidan oshib ketdi, bu shubhasiz parodontal kasallikning rivojlanishida muhim ahamiyatga ega.

Og'iz suyuqligidagi o'rganilayotgan sitokinlar miqdorining ko'payishi parodontitning og'irligi (gyl-ip ~ 0,633, ril = 0,518, hil_yu = 0,582), parodontal cho'ntaklarning chuqurligi (hyl-ip - 0,558), PMA indeksi bilan bog'liq (hyl-1p = 0,620), PI indeksi (hil-ip =0,593) va tish milkidan qon ketish darajasi (hil.10 = 0,604). Bu shuni ko'rsatadiki, og'iz suyuqligida IL-lp, RAIL va IL-10 kontsentratsiyasining o'zgarishi surunkali parodontitning og'irligi mezoni sifatida qaralishi mumkin.

Shuning uchun surunkali parodontit morfogenezida muhim omil bo'lib, tish milki shilliq qavati epiteliositlarining ko'payish va apoptoz jarayonlarining buzilishi hisoblanadi.Buzilgan mahalliy sitokin regulyatsiyasi fonida, tish milki epiteliysining hujayrali yangilanish jarayonlari proliferatsiya tomon siljiydi. parodontitda surunkali takrorlanuvchi yallig'lanish-destruktiv jarayon hosil bo'ladi.

Xulosa. Kasallik dinamikasidagi indeks ko'rsatkichlari bo'yicha klinik ko'rinishni baholashda 1-guruhda terapiya boshlanganidan boshlab 15-16-kunlarda parodontal patologiyaning og'irligini aks ettiruvchi deyarli barcha ko'rsatkichlar sezilarli darajada yaxshilanganligi aniqlandi. an'anaviy terapiya usullari bilan guruhga qaraganda.

1-guruhdagi bemorlarda sikloferon linimentini qo'llashda nojo'ya ta'sirlar kuzatilmadi, preparat yaxshi muhosaba qilingan.

Bemorlarni 6 oy davomida klinik tekshiruvdan o'tkazish shuni aytishga imkon berdiki, parodontitning kuchayishi 1-guruhda 12% hollarda, 2-da - 48% da kuzatilgan.

Литература/References

1. *Rizayev Jasur Alimdjanovich, Nazarova Nodira Sharipovna. Assessment Of Changes In The Condition Of Parodontal Tissues In Workers Exposed To Exposure To Epoxy Resin. The American journal of medical sciences and pharmaceutical research №2 P 14-17.*
2. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите. Вестник науки и образования 2020. № 14 (92).Часть 4. С 35-40.*
3. *Назарова Н.Ш., Рахманова Н.Р. "Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите". Достижения науки и образования - научно-методический журнал, 2020, №6(60), стр. 65-71*
4. *Назарова Н.Ш., Норбутаев А.Б., Исмаилова С.О. "Состояние твердых тканей зубов и парадонта у работающих в табаководстве". Достижения науки и образования - научно-методический журнал, 2020, №6(60), стр. 59-65.*
5. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите. Вестник науки и образования 2020. № 14 (92).Часть 4. С 35-40.*
6. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Эффективность савокупного лечения болезней парадонта и слизистой оболочки работающих с вредными производственныыми факторами. Проблемы биологии и медицины.2020. №3 (119) . С 85-88.*
7. *Н.Ш. Назарова, Т.А. Бердиев. Эпоксид смолалар таъсирига учраган ишчиларда пародонтал тукималар холатининг узгаришини бахолаш. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 566-570.*
8. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш., Бердиев. Т.А. Шиша толали тузилмаларни ишлаб чикаришда NBF гингивал гелининг самарадорлиги. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь С 678-682.*
9. *Н.Ш. Назарова, Т.А. Бердиев. Эпоксид смолалар таъсирига учраган ишчиларда пародонтал тукималар холатининг узгаришини бахолаш. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 565-569.*
10. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш.,. Бердиев. Т.А. Шиша толали тузилмаларни ишлаб чикариишда NBF гингивал гелининг самарадорлиги. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 565-569.*
11. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш.. Эффективность савокупного лечения болезней парадонта и слизистой оболочки работающих с вредными производственныыми факторами. Проблемы биологии и медицины. 2020. №3 (119) . С 85-88.*

УДК: 616.31-006.2.03- 572.7-612.683 -053.2

БОЛАЛАРДА ЖАҒ СУЯКЛАРИНИНГ ОДОНТОГЕН КИСТАЛАРИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ЖАҒ СУЯК ТЎҚИМАСИ РЕПАРАТИВ РЕГЕНЕРАЦИЯСИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Бобоназаров Н.Ҳ., Бобоназаров Ш.Ҳ., Дусмухамедов .М.З. Дусмухамедов Д.М. Рахматова М.Х., Рахматова С.А.
Тошкент давлат стоматология институти
Тошкент, Узбекистан

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Бобоназаров Н.Х., Бобоназаров Ш.Х.., Дусмухамедов .М.З. Дусмухамедов Д.М. Рахматова М.Х., Рахматова С.А.
Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан

MORPHOLOGICAL FEATURES OF JAW BONE TISSUE REGENERATION DURING COMPLEX TREATMENT OF ODONTOGENIC JAW BONE CYSTS IN CHILDREN

Bobonazarov N.Kh., Bobonazarov Sh.Kh., Dusmukhamedov.M.Z. Dusmukhamedov D.M. Rakhmatova M.Kh., Rakhmatova S.A.
Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan

АННОТАЦИЯ

Одонтоген кисталарни ўз вақтида даволамаслик оқибатида кистанинг йирингли яллиғланиши, остеомиелитнинг ривожланиши, жағлар деформацияси, тишларнинг йўқотилиши, жағларнинг патологик синиши, ҳатто киста деворининг эпителийсидан жағнинг хавфли ўсмаларининг ривожланиши кузатилган. Тажрибада жағларнинг одонтоген кисталарини A-Oss ва A-Oss+PRF (platelet-rich fibrin) препаратлари ёрдамида даволаш натижасида нуқсон соҳасида суяк тўқимаси репаратив регенерациясининг морфологик хусусиятларини ўрганилди ва нуқсон соҳасида моддалар алмашинувини жадаллашувига ва пластинкасимон суяк тўқимасининг ҳосил бўлишига олиб келди.

Калит сузлар: одонтоген кисталар, суяк бўшлиқлар нуқсони, остеопластик материаллар

АННОТАЦИЯ

Отсутствие своевременного лечения одонтогенных кист привело к развитию гнойного воспаления кисты, остеомиелита, деформации челюстей, потере зубов, патологическим переломам челюстей и даже развитию злокачественных опухолей челюстей из эпителий стенки кисты. В эксперименте изучены морфологические особенности репаративной регенерации костной ткани в области дефекта в результате лечения одонтогенных кист челюстей препаратами A-Oss и A-Oss + ПРФ (обогащенный тромбоцитами фибрин), что привело к ускоренному метаболизму и образованию тромбоцитов в зоне дефекта.

Ключевые слова: одонтогенные кисты, дефекты костной ткани, остеопластические материалы.

ANNOTATION

The lack of timely treatment of odontogenic cysts led to the development of purulent inflammation of the cyst, osteomyelitis, jaw deformity, loss of teeth, pathological fractures of the jaws, and even the development of malignant tumors of the jaws from the epithelium of the cyst wall. The experiment studied the morphological features of reparative regeneration of bone tissue in the area of the defect as a result of the treatment of odontogenic jaw cysts with preparations A-Oss and A-Oss + PRF (platelet-rich fibrin), which led to accelerated metabolism and the formation of platelets in the defect area.

Keywords: odontogenic cysts, bone cavity defect, osteoplastic materials

Одонтоген кисталарни даволаш жарроҳлик стоматологиясида долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Ушбу касалликни ўз вақтида даволамаслик оқибатида кистанинг йирингли яллиғланиши, остеомиелитнинг ривожланиши, жағлар деформацияси, тишларнинг йўқотилиши, жағларнинг патологик синиши, ҳатто киста деворининг эпителийсидан жағнинг хавфли ўсмаларининг ривожланиши кузатилган. Жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан сўнг ҳам касалликнинг қайта ривожланиши, яъни рецидив ҳолатлари кузатилган [1,3,6].

Сўнгги йилларда жағ суяклари кисталарида жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан кейинги реабилитация даври самарадорлигини ошириш, асоратларни олдини олиш мақсадида суяк нуқсони соҳасида репаратив регенерацияни оптималлаштириш учун амалиётда суяк нуқсони бўшлиғини турли хилдаги композит материаллар билан тўлдириш усуллари ишлаб чиқилган ва уларнинг қўлланилиши таклиф қилинган [1,3,5,8].

Жарроҳлик амалиёти бажариладиган соҳада суяклар янгиланишини кучайтириш мақсадида бугунги кунда турли хил усуллар билан тайёрланган ауто- ва аллоксенотрансплантатлар қўлланилади. Суяк бўшлиқларини тўлдириш учун ушбу соҳага параллел равишда синтетик полимерик материаллардан фойдаланиш кенг тарқалган (остим-100, гидроксиаппатит, гидроксиапол, коллапол, брефост, аллоксеноматериаллар ва бошқалар). Ҳозирда суяк нуқсонларини остеогенетик қайта тиклаш мақсадида қулай шарт-шароитларни яратишда регенерация жараёнларини бошқариш ва бошқаришга имкон берадиган материаллардан фойдаланиш таклиф этилмоқда [3,4,7]. Биокимёвий, биофизик, биомеханик параметрлар ва махсус хусусиятларга кўра ушбу материалларнинг тана тўқималарига биологик жиҳатдан мос бўлиши, нуқсон соҳасида суяк тўқимаси

репаратив регенерациясини фаоллаштирувчи, махаллий қон айланишини тез тикловчи хусусиятларга эга бўлиши талаб этилади [3].

Жағ суяги кисталарини жарроҳлик амалиёти ёрдамида даволаш усулларининг кўплигига қарамасдан етарлича камчиликлар мавжуд. Шулардан жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларнинг мавжудлиги, репаратив регенерация жараёнларининг сустлиги, суяк бўшлиқларини тўлдирувчи материаллар нархининг қимматлиги, организм тўқималарига мос келмаслиги, натижада уларнинг кўчиб кетиши ҳолатлари кузатилмоқда [2,7].

Мақсад: Тажрибада жағларнинг одонтоген кисталарини A-Oss ва A-Oss+PRF (platelet-rich fibrin) препаратлари ёрдамида даволаш натижасида нуқсон соҳасида суяк тўқимаси репаратив регенерациясининг морфологик хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари

Тажрибада 30 та Шиншилла зотига мансуб бир ойлик қуёнлардан фойдаланилди. Барча қуёнлар қуйидаги гуруҳларга ажратилди: назорат (n=10) ва тажриба (n=20) гуруҳлари. Тажриба гуруҳи ҳам 2 гуруҳга ажратилди: 2а- остеопластик материал -A-Oss қўлланилган (n=10) ва 2б- A-Oss+PRF (platelet-rich fibrin) материал қўлланилган (n=10) гуруҳлар. Барча гуруҳдаги ҳайвонлар 7, 14, 21-суткада , 1 ой ва 2 ойда тажрибадан чиқарилди.

Ксеноген остеопластик материал - A-Oss – тузилишига кўра одам суяк тўқимасига ўхшаш остепластик материал бўлиб, хўкиз суягидан тайёрланган. PRF (platelet-rich fibrin) материал – тромбоцитлар билан бойитилган фибрин. Материал қон ҳужайралари ва ўстирувчи факторларга бой бўлиб, одам қаттиқ ва юмшоқ тўқималарини қайта тикланишини муваффақиятли амалга ошишини таъминлайди.

Оғриқсизлантиришдан сўнг хайвонлар пастки жағининг пастки қиррасидан бурчак соҳасини айланувчи типик кесим қилинди. Қаватма –қават ўткир, тўмтоқ йўллар билан суяккача ўтилди, суяк ялонғочланди.

Барча тажриба хайвонларининг пастки жағ суяги бурчак сохасида портатив бормашина (10000 айланиш тезлигида) ёрдамида фиссур ва шарсимон борларда физиологик эритма билан суяк совитилиб турган холатда синиқ чизиғи, суяк дефекти хосил қилинди. 2а тажриба гуруҳи қуёнларининг пастки жағида хосил қилинган дефект сохасига остеопластик материал -A-Oss; 2б тажриба гуруҳи қуёнларининг пастки жағида хосил қилинган дефект сохасига остеопластик материал -A-Oss ва PRF материал қўйилди, дефект сохаси қаватма- қават, герметик равишда тикилди. Назорат гуруҳидаги қуёнларда нуқсон соҳасига остеопластик материал қўйилмаган ҳолатда яралар тикилди. Амалиётдан

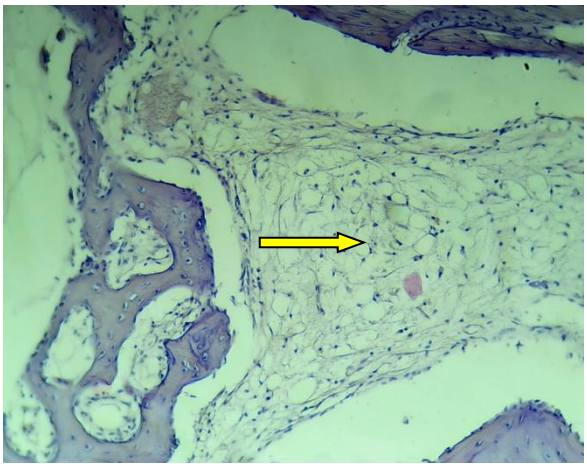
кейинги даврнинг 7- , 14-, 21-, 30- ва 60 - кунлари қуёнлар тажрибадан чиқарилди.

Морфологик текширув мақсадида нуқсон сохасидан медиал ва дистал йўналишда 1-1,5 см масофада суяк фрагменти кесиб олинди. Олинган материал 10 кун давомида 10% ли формалин эритмасида фиксация қилинди, сўнг оқар сувда 2 сутка давомида ювилди. Азот кислота эритмасида декальцинация қилиниб, бир неча сутка давомида оқар сувда ювилди.

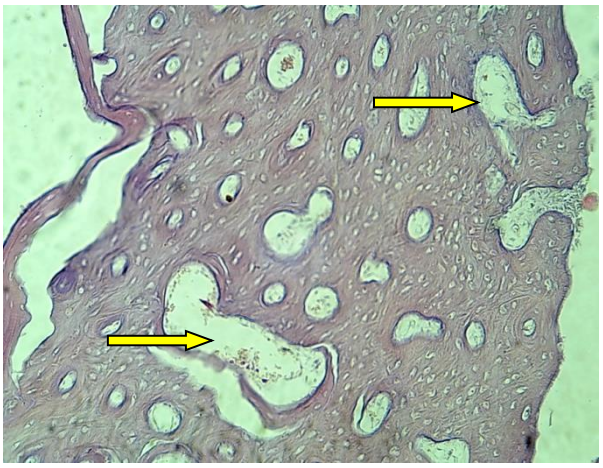
Кейинги босқичда кесмалар дегидратация мақсадида спиртли батареяда концентрацияси ортиб бориши тартибида ўтказилди ва парафин блокларига жойлаштирилди, сўнг 3-5 нм қалинликда чанали микротом ёрдамида кесиб олинди. Кесмалар гематоксилин-эозин бўёғи билан бўялди.

Морфологик текширув натижалари

Тажрибанинг 7-кунида назорат гуруҳи ҳайвонларида пастки жағ суягида сунъий равишда ҳосил бўлган нуқсон соҳасида суяк тўқималарининг репаратив регенерацияси динамикасини морфологик ўрганиш шуни кўрсатдики, нуқсон соҳасидаги қон қуйқаси ўрнида бириктирувчи тўқима ҳужайраларига бой инфильтрат аниқланди. Ушбу давр ичида 2а гуруҳ ҳайвонларида инфильтрат ўрнида бириктирувчи тўқима белгилари намоён бўлди (1-расм). 2б гуруҳ ҳайвонларида атроф суяк тўқимадан жароҳат жойига қон томирларнинг жадал ўсиб кириши кузатилди (2-расм).



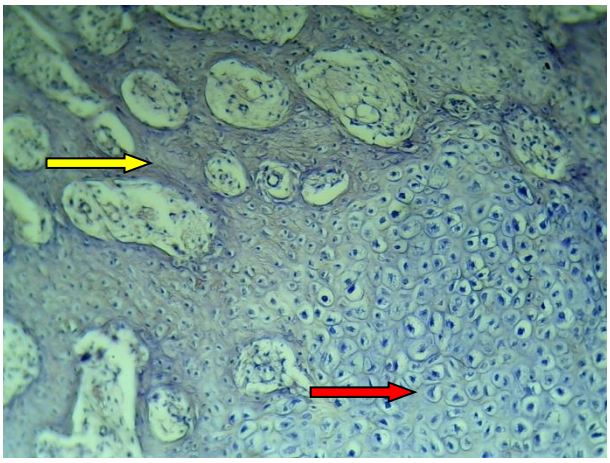
Расм 1. Тажрибадан 7 кундан сўнг (2а гуруҳ). Ҳосил қилинган нуқсон соҳасида ҳужайрали инфильтрат ўрнида бириктирувчи тўқиманинг ҳосил бўлиши. Гематоксилин-эозин. Масш.: х200



Расм 2. Тажрибадан 7 кундан сўнг (2б гуруҳ). Ҳосил қилинган нуқсон соҳасига ўсиб кираётган қон томирлар. Гематоксилин-эозин. Масш.:х200

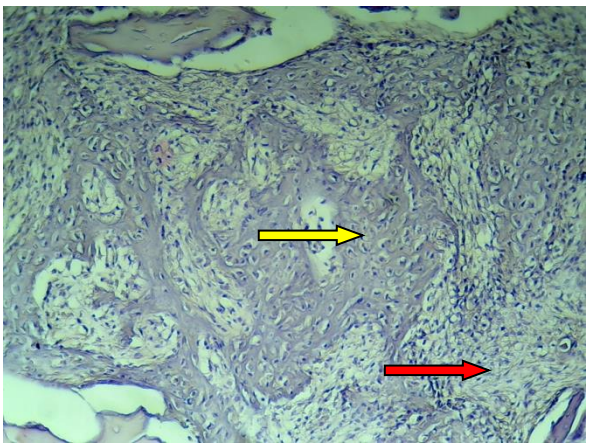
Тажрибанинг 14-кунида ҳайвонларнинг назорат гуруҳида қон лахтаги билан тўлган суяк нуқсони соҳасида тўр шаклида нозик бириктирувчи тўқима пайдо бўлди, фибробластлар толалари ва якка томирлар орасида коллаген жойлашган. Суяк ҳосил бўлиш жараёни кузатилмади. 2а гуруҳ ҳайвонларида, ушбу тадқиқот даврида қон томирлари атрофида остеобластлар билан ўралган бирламчи суяк трабекулалари кузатилди (3-расм). 2б гуруҳ ҳайвонларида суяк атрофидаги бириктирувчи тўқима хондроид тўқима билан алмашиниши кузатилди (4-расм). Хондроген ҳужайралар пролифераciси натижасида тўсинлар қалинлашиб, дағал толали суяк тўқимаси ҳосил бўлди.

Расм 3. Тажрибадан 14 кундан сўнг (2а гуруҳ). Қон томирлар атрофида ҳосил бўлган дастлабки суяк тўсинлари. Гематоксилин-эозин. Масш.:х200

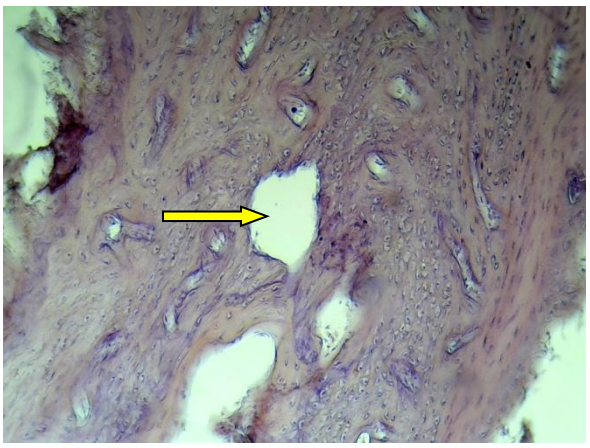


Расм 4. Тажрибадан 14 кундан сўнг (2б гуруҳ). Дағал толали суяк тўқимасининг ҳосил бўлиши (сариқ стрелка). Хондроген ҳужайралар пролиферацияси (қизил стрелка). Гематоксилин-эозин. Масш.:х200

Тажрибанинг 21-кунида назорат гуруҳида юпқа суяк тўсинлари аниқланди. Тўсин оралиқлари кенг, бўшлиқларда сийрак бириктирувчи тўқима ва қон томирлар жойлашган. Тўсинлар атрофида остеобластлар жойлашган. 2а тажриба гуруҳида ушбу даврда остеогенез жараёни хондроид тўқима ҳисобига амалга ошаётгани кузатилди (5-расм). Суяк тўсинлари гиалин тоғайи ҳужайраларининг митотик йўл орқали кўпайиши натижасида кенгайган. Улар орасига қўйилган остеопластик материал нисбати камайган. Қон томирлар ва бириктирувчи тўқима нисбати ҳам камлиги аниқланди (6-расм).

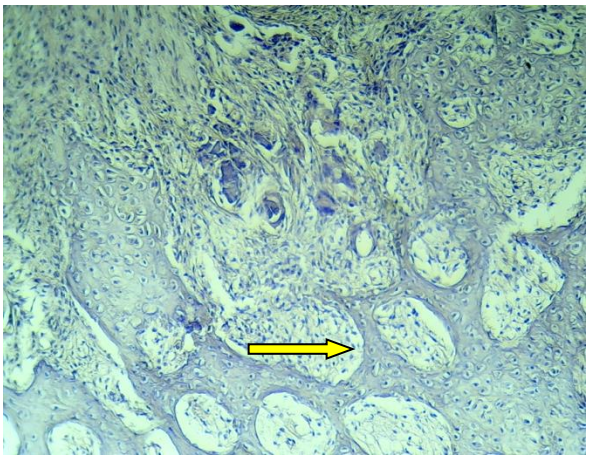


Расм 5. Тажрибанинг 21 кунидан сўнг (2а гуруҳ). Суяк тўсинлари хондроид тўқима ҳужайраларининг пролиферацияси ҳисобига кенгайган (сариқ стрелка). Оралиқ остеопластик модда нисбати камайган (қизил стрелка). Гематоксилин-эозин. Масш.:х200.



Расм 6. Тажрибанинг 21 кунидан сўнг (2б гуруҳ). Суяк тўсинлари орасидаги қон томирлар, улар атрофида дастлабки суяк пластинкалар. Гематоксилин-эозин. Масш.:х200

Тажрибанинг 30-кунида ҳайвонлар назорат гуруҳида жароҳат атрофидаги суяк тўқимасидан кириб келган қон томирлар атрофида остеобластлар ҳисобига суякланиш жараёни нозик суяк платинкалари аниқланди. Хондроид тўқима нисбати аввалги муддатга нисбатан камайган. 2а тажриба гуруҳида назорат гуруҳида остеопластик материал ўрнида дағал толали суяк тўқимаси аниқланди (7-расм). 2б гуруҳида суяк нуқсони соҳасида қон томирлар атрофида концентрик нозик суяк пластинкаларининг (остеонлар) шаклланиши кузатилди (8-расм). Ушбу ҳолат назорат гуруҳида кузатилмади.

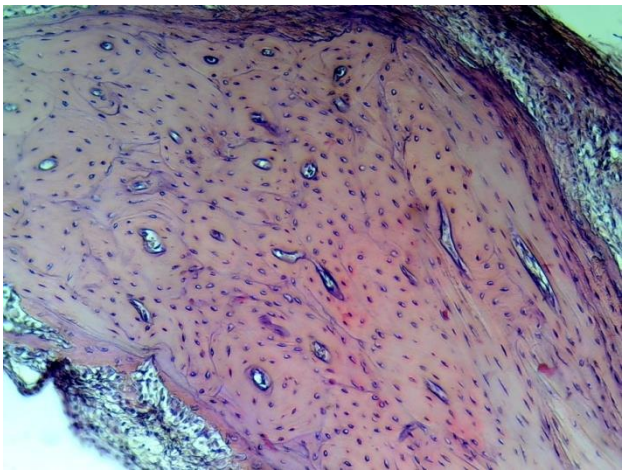


Расм 7. Тажрибанинг 30 куни (2а тажриба гуруҳи). Суяк тўсинлари хондроид модда ҳисобига қалинлашган. Суякланиш оролчалари нисбатининг ошиб бориши. Гематоксилин-эозин. Масш.:х200

Расм 8. Тажрибанинг 30 куни (2б гуруҳ). Шаклланаётган остеонлар. Гематоксилин-эозин. Масш.:х400

Тажрибадан икки ой ўтгач, назорат гуруҳи ҳайвонларида нуқсон соҳасида шаклланаётган концентрик суяк пластинкалари ва суяк тўсинлари кузатилди.

Суяк тўсинларининг нисбати тажриба гуруҳига нисбатан кўпроқ. Бу дағал толали суяк тўқимасининг пластинкасимон нозик суяк тўқимасига айланиш жараёнининг давом этишидан далолат беради. Тажрибанинг ушбу муддатида 2а ва 2б тажриба гуруҳларида қўлланилган A-Oss ва A-Oss+PRF материал ўрнида дағал толали суяк тўқимасининг пастки жағ суягига хос бўлган пластинкасимон суяк тўқимасига ўтиши якунланганлиги кузатилди. Трансплантация соҳаси суяк тўқимаси билан бирлашган, аввалги нуқсон чегаралари йўқолиб кетганлиги аниқланди (9-расм).



Расм 9. Тажрибанинг 60 куни (2а гуруҳи). Тўлиқ шаклланган пластинкасимон суяк тўқимаси. Гематоксилин-эозин. Масш.:х200

Хулоса

Шундай қилиб, пастки жағ суяги тўқимасида сунъий равишда ҳосил қилинган нуқсонда тажрибада 2а (A-Oss) ва 2б (A-Oss+PRF) гуруҳларида назорат гуруҳига нисбатан суяк тўқималарининг регенерация жараёни хондроид тўқима пролиферацияси, қон томирларининг жадаллик билан нормал суяк тўқимасидан кириб келиши ҳисобига амалга ошганлиги аниқланди. A-Oss остеопластик материалнинг ғалвирсимон тузилиши, гидрофиллиги, юзасининг нотекислиги, таркибида коллаген борлиги, ҳажми ва мустаҳкамлигининг доимийлиги остеогенез жараёнини тезлаштирди. A-Oss остеобластларни фаоллаштириб, уларни суяк трабекулалари юзасига жадаллик билан бирикишини таъминлади, бу эса концентрик суяк пластинкаларини шакллантиришни тезлаштирди. A-Oss остеопластик материалнинг бундай хусусиятлари қисқа вақт ичида нуқсонни тўлиқ тикланишига имкон берди деб хулоса қилиш мумкин.

A-Oss ни PRF материал билан биргаликда қўлланилиши репаратив регенерация жараёнини янада тезлаштирди. PRF материали қон томирларни суяк усти пардасидан киришини ва суяк тўқимасида ўсишини тезлаштирди. Бу ҳолат нуқсон соҳасида моддалар алмашинувини жадаллашувига ва пластинкасимон суяк тўқимасининг ҳосил бўлишига олиб келди деган хулоса қилиш мумкин.

Литература/References

1. *Байтус Н.А. Синтетические остеопластические препараты на основе гидроксиапатита в стоматологии / Н.А. Байтус // Вестник Витебского государственного медицинского университета. - 2014. - Т. 13, № 3. - С.29-34.*

2. *Бычков А.И. Использование нового остеопластического материала в условиях хронического воспалительного процесса в области верхней и нижней челюстей / А.И. Бычков, А.С. Иванов // DentalForum. - 2011. - № 3. - С. 31-32.*
3. *Использование остеопластических материалов для оптимизации заживления лунки после удаления// Икрамова Г.А, Ярмуҳамедов Б.Х. Монография Ташкент-2017 С. 30-35*
4. *Деев Р.В., Цупкина Н.В., Боз И.Я. и др. Тканеинженерный эквивалент кости: методологические основы создания и биологические свойства. //Гены и клетки. -2011.-Том 4, вып.1.-С.62-67.*
5. *Зайдман А.М., Иванова Н.А., Косарева О.С., Сухих А.В., Корель А.В. Регенерация костной ткани нижней челюсти методом тканевой инженерии // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6.*
6. *Кирилова И.А. Костная ткань как основа остеопластических материалов для восстановления костной структуры// Хирургия позвоночника. – 2011. - №1. С.68-74.*
7. *Лекишвили М.В. Свойства остеопластических материалов, импрегнированных сульфатированными гликозаминогликанами / М.В. Лекишвили, М.Г. Васильев // Трансплантология. - 2013. - № 1. - С. 10-17.*
8. *Сахаров А.В., Глотова А.А., Макеев А.А., Просенко А.Е., Рябчикова Е.И. Сравнительное исследование репаративной регенерации костной ткани при использовании тканеинженерной матрицы на основе материала «Тиопрост» и материала «Коллапан»// Гены и клетки. – 2011. - Том.6. №4. С.89-94.*

УДК: 616.61-002.1:616.98:578.834.1

МЕХАНИЗМ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ COVID-19

Нугмонова У.Т., ИсиргаповаС.Н., Шаниева С.Р.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Узбекистан, Ташкент

В настоящее время COVID-19 продолжает представлять собой большую угрозу, стоящую перед медиками и учеными во всем мире. Пациенты с такими сопутствующими заболеваниями, как гипертония, сахарный диабет (СД),

почечные, сердечно-сосудистые или печеночные нарушения наиболее подвержены тяжелому течению заболевания, что в свою очередь требует выработки рациональной программы диагностики с учетом всех имеющихся осложнений и определения соответствующей тактики лечения. Чаще всего у лиц с СД, подверженных новой инфекции, наблюдается поражение почек и развитие острого почечного повреждения, ассоциированного со смертностью. Во всем мире приняты меры, направленные на ограничение распространения заболевания. Перепрофилирование многопрофильных и специализированных клиник увеличило возможности оказания неотложной медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией, стационарного и амбулаторного обслуживания тяжелобольных пациентов, в том числе урологического профиля.

Ключевые слова: COVID-19, острое почечное повреждение, цитокиновое повреждение, протеинурия, гематурия, гемодиализ.

ACUTE RENAL INJURY IN COVID-19

Isirgapova S.N., Shanieva S.R.
Tashkent State Dental Institute
Uzbekistan, Tashkent

These days, COVID-19 continues to pose a major threat facing doctors and scientists around the world. Patients with concomitant diseases such as hypertension, diabetes mellitus (DM), renal, cardiovascular or hepatic disorders are most susceptible to a severe course of the disease, which in turn requires the development of a rational diagnostic program taking into account all existing complications and determining appropriate treatment tactics. Most often, people with DM exposed to a new infection have kidney damage and the development of acute renal injury associated with mortality. Measures have been taken worldwide to limit the spread of the disease. The conversion of multidisciplinary and specialized clinics has increased the possibilities of providing emergency medical care to patients with coronavirus infection, inpatient and outpatient care for seriously ill patients, including urological profile.

Keywords: COVID-19, acute renal injury, cytokine damage, proteinuria, hematuria, hemodialysis

COVID-19 da o'tkir buyrak shikastlanish mexanizmi

Isirgapova S.N., Shanieva S.R.
Toshkent Davlat stomatologiya instituti
O'zbekiston, Toshkent

Hozirgi kunda COVID-19 butun dunyodagi shifokorlar va olimlar oldida katta xavf tug'dirmoqda. Gipertoniya, diabet (QD), buyrak, yurak-qon tomir yoki jigar kasalliklariga chalingan bemorlar kasallik kechishining og'ir holatiga moyilligi bo'lib, bu o'z navbatida barcha mavjud asoratlarni hisobga olgan holda oqilona tashxislash dasturini ishlab chiqishni va tegishli davolash usullarini aniqlashni talab qiladi. Ko'pincha, yangi infeksiyaga duchor bo'lgan QD bilan og'rigan bemorlarda buyrak shikastlanishi va o'lim bilan bog'liq o'tkir buyrak shikastlanishi kuzatiladi. Butun dunyoda kasallikning tarqalishini cheklash bo'yicha choralar ko'rilmoqda. Ko'p tarmoqli va ixtisoslashgan shifoxonalar koronavirus infeksiyasini davolash uchun va og'ir bemorlarga statsionar va ambulatoriya xizmatini tashkillashtirish maqsadida, shu jumladan o’tkir buyrak shikastlanishida tibbiy yordam ko'rsatish imkoniyatini uchun qayta tashkil etildi.

Kalit so'zlar: COVID-19, o'tkir buyrak shikastlanishi, sitokin shikastlanishi, proteinuriya, gematriya, gemodializ

Цель работы: изучить особенности механизмов острых почечных повреждений при COVID-19, а также оценить почечные нарушения и осложнения у пациентов с инфекцией COVID-19.

Материалы и методы. При написании обзора были использованы зарубежные и отечественные научные медицинские статьи, посвященные острым почечным нарушениям при COVID-19. Была проанализирована и обобщена полученная информация по данной тематике.

Результаты и выводы. Коронавирусная инфекция представляет собой острое вирусное заболевание с преимущественным поражением верхних

дыхательных путей. 11 февраля 2020 г. международным комитетом по таксономии вирусов было присвоено официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2. Следствием высокой контагиозности вируса являются контактный и воздушно-капельный пути передачи аэрозолей, возникающих в результате кашля или чихания инфицированных людей. Кроме того, скрытая передача может возможна и от бессимптомных пациентов [1].

К основным клиническим проявлениям раннего периода заболевания относятся: лихорадка (98,6%), утомляемость (69,6%), сухой кашель (59,4%), миалгия (34,8%), одышка (31,2%), а также тошнота и диарея (10,1%) [2]. В то время как у большинства пациентов с COVID-19 болезнь протекает в легкой (40%) или средне-тяжелой форме (40%), примерно у 15% развивается тяжелое заболевание, требующее кислородной поддержки, а у 5% наблюдается крайне тяжелое (критическое) течение с такими осложнениями, как дыхательная недостаточность, острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), сепсис и септический шок, тромбоэмболия и/или полиорганная недостаточность, включая острое поражение почек и сердца [3].

Согласно данным итальянских исследователей C. Ronco, T. Reis (2020), вероятными механизмами вовлечения почек в клиническую картину заболевания являются цитокиновое повреждение, перекрестное органное повреждение и системные результаты, определяющие лечебную стратегию [4]. Данные механизмы тесно взаимосвязаны и имеют особое значение для лиц на экстракорпоральной терапии и с трансплантированной почкой. Специфическая трехмерная структура белка SARS-CoV-2 определяет сильное сродство к рецепторам ангиотензин превращающего фермента 2 (АПФ-2), в результате клетки человека, экспрессирующие АПФ-2, могут выступать в качестве клеток-мишеней для SARS-CoV-2 [5].

В первых сообщениях вирусной эпидемии SARS-CoV-2 отмечалась низкая частота острых почечных повреждений (ОПП) у лиц с COVID-19 (3–9%) [6,7], однако позднее распространенность почечных нарушений увеличивалась.

В настоящий момент известно, что для проникновения в клетку SARS-CoV-2 использует ангиотензин 2 (АТ2) превращающий фермент (АПФ2), который расщепляет АТ1 на АТ 1–9 и АТ2 на АТ 1–7, являясь в свою очередь карбоксипептидазой, экспрессированной на клетках почек. Прежде всего SARS-CoV-2 инфицирует клетки респираторного тракта, вследствие экспрессирования АПФ2 на альвеолярных эпителиальных клетках I и II типа в нижних отделах легких.

Процесс связывания SARS-CoV-2 с АПФ2 происходит благодаря спайковому гликопротеину, экспрессируемому на вирусной оболочке. В результате проникновения SARS-CoV-2 в альвеолярные клетки, эндогенный транскрипционный механизм обеспечивает процесс репликации и распространения SARS-CoV-2 по всему легкому. Следует отметить, что АПФ2 также широко представлен на клетках почек, сердца, печени, желудочно-кишечного тракта. Это дает возможность вирусу повреждать и эти органы и в последствии весь организм.

Высокая уязвимость почек к инфекции SARS-CoV-2 наблюдается из-за высокого уровня экспрессии АПФ2. При этом в наибольшая (~82%) экспрессия АПФ2 происходит на эпителии проксимальных канальцев, меньше на вставочных клетках собирательных трубочек, эпителии дистальных канальцев, гломерулярных париетальных клетках и подоцитах. Согласно патогенезу, вирус проникает в почку, связываясь сначала с АПФ2 на подоцитах, а затем распространяется в канальцевую жидкость и далее в клетки проксимальных канальцев.

По данным исследования, у 60% пациентов, умерших от COVID-19, в почках было обнаружено РНК SARS-CoV-2. РНК вируса определялась чаще в случаях ОПП, чем протекавших без ОПП. Полученные данные позволяют сделать вывод о корреляции между, экстра-респираторным и, в частности, почечным тропизмом SARS-CoV-2 и тяжестью течения COVID-19.

Нефротропный эффект SARS-CoV-2 и его цитопатическое воздействие на канальцевый эпителий, легочной эпителий обуславливает поражение и почек и

легких при COVID-19. В результате этого, дисфункция почек может привести к увеличению воспалительного процесса в легких. Воспалительная реакция в легких может привести к дополнительному повреждению почки, за счет выделения циркулирующих воспалительных факторов, в частности TNF-α, интерлейкины. Соответственно при повреждении почечного эпителия усугубляется процесс в легких, что также может привести к повреждению других органах. Впоследствии данная взаимосвязь обуславливает необратимый самоусиливающийся цитокиновый шторм, который вызывает полиорганную недостаточность и смерть. Следует отметить, что при локальном воспалении в ответ на повреждение и гибель почечных клеток усложнояется ОПП и инициирует повреждение других органов.

Большое значение в развитии ОПП также играет длительная вентиляционная поддержка, обусловленная тяжелым повреждением легких. ИВЛ экскортируется риском развития сепсиса с выраженной гипотензией и потребностью в инотропных препаратах. В конечном итоге персистирующая гипотензия и вазоконстрикция могут вызвать или усугубить острый тубулонекроз, как морфологический субстрат ОПП.

Согласно исследованиям, у 34% лиц с COVID-19 развилась массивная альбуминурия в первый день, у 63% – наблюдалась протеинурия в период пребывания в стационаре, у 2/3 погибших было повышение азота мочевины [8].

Проведение прижизненной биопсии почки в сложных диагностических случаях возможно для уточнения характера повреждения почек при ОПП (гломерулопатии, поражение канальцев, микроангиопатии с микротромбозом). Однако проведение данного диагностического метода может быть затруднено, в результате искусственной вентиляции легких, терапии антикоагулянтами и высоким риском передачи вируса. Компьютерная томография почек показала снижение плотности, наводящее на мысль о воспалении и отеке. Cheng и соавт. (2020) было определено, что у 44%пациентов с COVID-19 диагностировалась протеинурия и гематурия, а показатели креатинина и азота мочевины составили 15,5% случаев соответственно [9]. Исходя из совокупности всех этих показателей

исследования ОПП проявило себя как независимый фактор риска госпитальной смертности.

Следует отметить, что важную и непростую терапевтическую группу больных COVID-19 представляют пациенты на программном гемодиализе, которые характеризуются повышенным риском инфицирования. Y. Xiao с соавт. (2020) в исследовании была зафиксирована интересная особенность течения COVID-19 - заболевание протекало без типичной симптоматики - лихорадки, кашля и слабости, тогда как диагноз был установлен на основании данных компьютерной томографии [10].

Таким образом, непосредственное цитопатическое почечное воздействие SARS-CoV-2, которое сопровождается тяжелыми ренальными осложнениями с развитием ОПП, является определяющим в поражении почек при COVID-19. Также существуют данные воздействия множества факторов, в частности прямое инфицирование почки вирусом, сочетание иммунного и воспалительного ответа с развитием цитокинового шторма, гиперкоагуляцией, гемодинамическими изменениями, сопровождающимися ишемией, системная реакция, ассоциированная с респираторной недостаточностью.

На сегодняшний день, острые почечные повреждения характеризуются своей актуальностью среди осложнений COVID-19. Исходя из зарегистрированных статистических данных можно отметить, разработка и внедрение в широкую клиническую практику безопасных и высокоэффективных методов диагностики и ведения пациентов с данной патологией является одним из приоритетных направлений в реаниматологии.

Литература/References

1. *Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020;395(10223):507-513. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7*
2. *Cheng Y, Luo R, Wang K, et al. Kidney disease is associated with in-hospital death of patients with COVID-19. Kidney Int. 2020;97(5):829−838. https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.03.005*
3. *Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032*
4. *Li Z, Wu M, Guo J, et al. Caution on kidney dysfunctions of 2019-nCoV patients. medRxiv. 2020. https://doi.org/10.1101/2020.02.08.20021212*

5. *Lin L, Lu L, Cao W, Li T. Hypothesis for potential pathogenesis of SARS-CoV-2 infection – a review of immune changes in patients with viral pneumonia. Emerg Microbes Infect 2020;9(1):727–32. doi: 10.1080/22221751.2020.1746199.*
6. *Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital surveillances: the epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19)–China.China CDC Weekly. 2020;2(8):113-22.*
7. *Ronco C, Reis T. Kidney involvement in COVID-19 and rationale for extracorporeal therapies. Nat Rev Nephrol. 2020;16(6):308−310. https://doi.org/10.1038/s41581-020-0284-7*
8. *Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA 2020 [Epub ahead of print]. doi: 10.1001/jama.2020.1585*
9. *Xiao Y, Qian K, Luo Y, Chen S, Lu M, Wang G, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection in Renal Failure Patients: A Potential Covert Source of Infection. Eur Urol 2020 Apr 9. pii: S0302-2838(20)30200-1. doi: 10.1016/j.eururo.2020.03.02*
10. *Yang Y, Peng F, Wang R, Guan K, Jiang T, Xu G, et al. The deadly coronaviruses: The 2003 SARS pandemic and the 2020 novel coronavirus epidemic in China. J Au-toimmun 2020; 102434 [Epub ahead of print]. doi: 10.1016/j.jaut.2020.102434.*

УДК: 617.52+616.716.8]-616.31-006.2.03-039.4-053.2

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Сохибов Ойбек [1], Шомуродов Кахрамон [2] ,
Мирхусанова Раъно [3.]
[1] *базовый докторант Ташкентский государственный стоматологический институт*
[2] *д.м.н. профессор Ташкентский государственный стоматологический институт*
[3] *магистр Ташкентский государственный стоматологический институт*
Ташкент , Узбекистан

ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF THE INCIDENCE OF ODONTOGENIC PHLEGMONS OF THE MAXILLOFACIAL REGION IN CHILDREN

Sokhibov Oybek [1,], Shomurodov Khramon [2,], Mirhusanova Rano[3,],
[1] *basic doctoral student Tashkent State Dental Institute*
[2] *Doctor of science Professor Tashkent State Dental Institute*
[3] *Master's degree Tashkent State Dental Institute*
Tashkent ,Uzbekistan

BOLALARDA MAXILLOFASIYAL HUDUDNING ODONTOGEN FLEGMONLARI BILAN KASALLANISH TUZILISHINI TAHLIL QILISH

Сохибов Ойбек [1], Шомуродов Кахрамон [2] ,
Мирхусанова Раъно [3.]
[1] *Тошкент давлат стоматология институти таянч докторанти*
[2] *т.ф.д. профессор Тошкент давлат стоматология институти*
[3] *Тошкент давлат стоматология институти магистири*

АННОТАЦИЯ

Установлено, что в последнее время одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области характеризуются атипичностью и агрессивным течением,. Заболеваний гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области и шеи занимают ведущее место, представляя серьёзную опасность для здоровья и жизни пациентов Проблема хирургических инфекций чрезвычайно актуальна в практике челюстно-лицевой хирургии. Распространенность острого одонтогенного остеомиелита увеличивается из года в год. Установлено, что в последнее время одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области характеризуются атипичностью и агрессивным течением,. Тактика лечения осторого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти у детей с сопутствующей патологией являются одной из актуальных проблем современной хирургический стоматологии. За последние 10-15 лет отмечается выраженная тенденция к росту числа категории данных больных Пациенты с данной патологией составляют около 50-70% больных стоматологических стационаров.

Ключевые слова: гнойно вопалительные заболевания, одонтогенная флегмона, структура заболеваемости

ANNOTATION

It has been established that recently odontogenic phlegmons of the maxillofacial region are characterized by atypical and aggressive course,. Purulent-inflammatory processes of the maxillofacial region and neck occupy a leading place, posing a serious danger to the health and life of patients, The problem of surgical infections is extremely relevant in the practice of maxillofacial surgery. The prevalence of acute odontogenic osteomyelitis increases from year to year. It has been established that recently odontogenic phlegmons of the maxillofacial region are characterized by atypical and aggressive course,. Tactics of treatment of acute odontogenic osteomyelitis of the lower jaw in children with concomitant pathology are one of the urgent problems of modern

surgical dentistry Over the past 10-15 years, there has been a pronounced tendency to increase the number of categories of these patients Patients with this pathology account for about 50-70% of patients in dental hospitals**.**

Keywords: purulent inflammatory diseases, odontogenic phlegmon, morbidity structure.

АННОТАЦИЯ

Охирги йилларда юз-жаг сохасининг одонтоген флегмоналари атипик ва тажовузкор йўналиш билан ажралиб туриши аниқланган. Юз-жаг сохаси ва бўйиннинг йирингли-яллиғланиш жараёнлари етакчи ўринни егаллайди, Беморларнинг соғлиғи ва ҳаётига жиддий хавф туғдиради, жарроҳлик инфекциялари муаммоси юз-жаг жарроҳлиги амалиётида жуда долзарбдир. Ўткир одонтоген остеомиелитнинг тарқалиши йилдан-йилга ошиб бормоқда. Тасдиқланганки сўнгги 10-15 йил ичида болаларда пастки жагнинг ўткир одонтоген остеомиелитини даволаш тактикаси замонавий жарроҳлик стоматологиясининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, ушбу беморларнинг тоифалари сонини кўпайтириш тенденцияси кузатилмоқда.

Калит сўзлар: йирингли яллиғланиш касалликлари, одонтоген флегмона, касалланиш тузилиши.

Введение. Проблема хирургических инфекций является актуальной – доля этих больных составляет 40-50% от общего числа пациентов, обратившихся за хирургической помощью [11, 13]. Несмотря на повышение качества оказания стоматологической помощи, усовершенствование известных и применение современных методов диагностики и лечения данной патологии за последние годы наблюдается рост количества пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области, характеризующихся атипичностью и агрессивностью течения заболевания [1, 3, 5, 14].

В возрастной структуре заболеваемости преобладают пациенты молодого возраста, составляющие 30-60%, следовательно, можно отметить, что данная проблема является не только медицинской, но и обще-социальной.

Несвоевременное обращение и неадекватное лечение в короткие сроки могут провести к серьёзным осложнениям [2, 6, 8].

Флегмоны, распространяющиеся на несколько клетчаточных пространств челюстно-лицевой области, обретают наиболее тяжелое течение, что обусловлено анатомическими особенностями строения [4, 7, 9].

Несмотря на большое количество работ, посвященных оперативному лечению флегмон лица и шеи, многие проблемы послеоперационного лечения остаются нерешенными. Основной проблемой создания оптимальных условий скорейшего очищения и заживления гнойного очага является разработка эффективно и надежно работающей методики местного лечения. На сегодняшний день методы местного лечения абсцессов и флегмон разнообразны [10, 12, 15].

Прогноз и результат лечения заболевания зависят от заблаговременности обращения пациента, локализации флегмоны, корректности выбора как общего, так и местного способов лечения. Таким образом, проблема диагностики и адекватного лечения флегмон челюстно-лицевой области требует дальнейшего изучения.

Цель исследования. Провести мониторинг заболеваемости стационарных больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области в отделении детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ за 2019-2021 гг.

Материалы и методы исследования. Изучены истории болезни и медицинская документация детей с флегмонами ЧЛО, получавших лечение в отделении детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ.

Результаты исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с диагнозом «флегмона лица» (L 03.2) одонтогенного происхождения, находившихся на лечении в отделении детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ за 2019-2021 гг. При оценке учитывались анамнез больных, возраст, пол, место проживания, время от начала заболевания до госпитализации. За анализируемый период в отделение было госпитализировано 955 больных с флегмонами челюстно-лицевой области, из них 504 (52,77 %)

девочек и 451 (47,23%) мальчиков. Распределение больных по полу, представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу

Пол	2019		2020		2021		Всего	
	n	***%***	***n***	***%***	***n***	***%***	***n***	***%***
Девочки	184	(36,5%)	147	(29,1%)	173	(34,3%)	504	(52,7%)
Мальчики	161	(35,7%)	139	(30,8%)	151	(33,4%)	451	(47,2%)
Всего	345	(36,1%)	286	(29,9%)	324	(33,9%)	955	(100%)

Наибольшее обращение пациентов за стационарной помощью было из Ташкентской области – 484 (50,68%), города Ташкента – 254 (26,6%), и 217 (22,72%) больных из других областей Республики Узбекистан. Среднее количество пребывания больных в отделении составило 8-10 дней, в самых сложных случаях больные находились на лечении от 15 до 25 дней. Данные по распределению больных по международной схеме возрастной периодизации представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных по международной схеме возрастной периодизации

Годы	I – период детства 3-7 лет		II – период детства девочек 7-11 лет		II – период детства мальчиков 7-12 лет		Подростковый период девочек 12-15 лет		Подростковый период мальчиков 13-16 лет		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2019	38	11%	111	32,2%	97	28,1%	73	21,1%	26	7,5%	345	36,1%
2020	17	6,1%	96	34,5%	77	27,7%	41	14,8%	47	16,9%	278	29,1%
2021	28	8,4%	89	26,8%	94	28,3%	64	19,2%	57	17,1%	332	34,7%
Всего	83	8,6%	296	30,9%	268	28,1%	178	18,6%	130	13,6%	955	100%

Чаще всего к развитию патологии приводит осложненный кариес: по статистике в 40% случаев воспалительный процесс развивается вследствие нелечённого или недолеченного кариеса. Стимулировать воспаление способны также инфицирование тканей периодонта, нарушение кислотно-щелочного баланса во рту, травмы, некачественная терапия пульпита или пломбировка зубов. Детей часто поражают различные инфекционные заболевания, что неблагоприятно сказывается и на состоянии зубочелюстной системы. Распределение больных с одонтогенными флегмонами челюстно – лицевой области по причинным зубам представлено в таблице 3.

Таблица 3

Распределение больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по причинным зубам

Причинные зубы	2019		2020		2021		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Молочные (IV, V зубы)	100	33,5%	81	27,2%	117	39,2%	298	31,2%
Постояные (6, 7 зубы)	245	37,3%	197	29,9%	215	32,7%	657	68,8%

Результаты исследований анамнеза заболевания позволили выявить, что причинными зубами у пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области чаще явились моляры нижней челюсти.

Все пациенты, поступившие в отделение с одонтогенными флегмонами, были прооперированы в первые часы после поступления в стационар.

Анализ архивного материала позволил выявить вовлечение одного клетчаточного пространства в одонтогенный воспалительный процесс челюстно-лицевой области у 321 пациента за 2019-2021 года. Распределение больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по локализации дано в таблице 4.

Таблица 4

Распределение больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по локализации воспалительного процесса

Локализация количество клетчаточных пространств	2019		2020		2021		Всего за 2019-2021 гг.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	114	35,5%	96	29,9%	111	34,6%	321	33,6%
2	148	44,1%	65	19,3%	123	36,6%	336	35,2%
3	83	27,8%	117	39,3%	98	32,9%	298	31,2%
Всего	345	36,3%	278	29%	332	34,7%	955	100%

Вывод. На основании полученных данных, нами выявлено, что численность больных с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области продолжает увеличиваться. Несмотря на множество предложенных подходов к лечению гнойно-воспалительных заболеваний, ни один не является универсальным и имеет свои недостатки. Для оптимизации лечения одонтогенных флегмон ЧЛО детей, а также для сокращения сроков стационарного лечения и ускорения процесса реабилитации больных необходима разработка новых алгоритмов местного послеоперационного воздействия на гнойную рану с учётом важнейших аспектов патогенеза воспалительного процесса.

Литература/References

1. *Абдуллаев Ш. Ю., Шомуродов К. Э. Использование низкочастотного ультразвука и актовегина в лечении одонтогенной флегмоны челюстно-лицевой области // Врач-аспирант. – 2011. – Т. 46. – №. 3.3. – С. 454-459.*
2. *Азимов, М., Азимов, А., Шомуродов, К., Мирхусанова, Р., Сайдалиев, Н., Матназаров, А. и Мухторов, З. 2021. Ошибки в диагностике и лечении острых воспалительных заболеваний периапикальных тканей и их последствия. Stomatologiya. 2(83) (мар. 2021), 94–98. DOI: https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-60.*
3. *Богатов, В.В. Интегральная схема оценки эндотоксического синдрома у больных с флегмонами челюстно-лицевой области [Текст] / В.В. Богатов, Н.М. Бурова // Стоматология. – 2013. – № 2. – С. 33-35.*
4. *Вагина И.Л., Истомина Н.С., Хеллинская Н.М., Глазков Ю.Б. Современный подход в комплексном лечении пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области // Лазерная медицина. – 2013. – Т. 17. – №3. – С. 20-23.*

5. *Дрегалкина А.А. Современные аспекты антибактериальной терапии в практике врачей - стоматологов-хирургов и челюстно-лицевых хирургов / А.А. Дрегалкина, И.Н. Костина // Проблемы стоматологии. – 2017. – Т. 13. – № 2. – С. 39-44.*
6. *Икрамов Г.А., Шомуродов К.Э., Юсуфов Н.И., Олимжонова Г.Г. Современный взгляд на этиопатогенез одонтогенных абцессов и флегмон челюстно-лицевой области // Интернаука. – 2020. – № 45-1 (174). – С. 45-46.*
7. *Лепский В.В. Ошибки врача стоматолога при определении показании к лечению заболеваний зубов и операции удаления зуба (Клинические наблюдения) // Вести, пробл. биол. и медицины. – 2015. – Т. 1 (124) – №4. – С. 293-295.*
8. *Мусаев У. Ю., Ризаев Ж. А., Шомурадов К. Э. Новые взгляды на проблему стигм дизэмбриогенеза зубочелюстной и лицевой системы с позиции их формирования в инвалидизации населения //Stomatologiya. – 2017. – №. 3. – С. 9-12.*
9. *Тарасенко С.В., Вавилова Т.П., Морозова Е.А. Влияние лазерного излучения на регенерацию тканей челюстно-лицевой области / С.В. Тарасенко, Т.П. Вавилова, Е.А. Морозова [и др.] // Лазерная медицина. – 2014. – Т. 18. – № 4. – С. 61-62.*
10. *Чуйкин С.В., Хасанов Т.А., Шикова Ю.В., Макушева Н.В., Изосимов А.А., Викторов С.В., Рахмангулов Р.Р. Местное лечение гнойных ран при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области у детей // Проблемы стоматологии. – 2019. – Т. 15. – №1. – С. 99-103.*
11. *Шаева Р. и Шомуродов, К. 2022. Пути оптимизации комплексного лечения гнойно воспалительных заболеваний челюстно- лицевой области (обзор литературы). Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. 2, 2 (фев. 2022), 13–17. DOI: https://doi.org/10.26739.2181-0966-2021-2-2.*
12. *Шомурадов К. Э. Актуальные этические принципы и клинический подход в детской стоматологии //Гуманитарный трактат. – 2018. – №. 24. – С. 69-72.*
13. *Шомуродов К.Э., Мирхусанова Р.С., Шаева Р.Г. Ошибки в диагностике острых воспалительных заболеваний периапикальных тканей в догоспитальном периоде // Стоматология – наука и практика, перспективы развития. Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения профессора Е.А. Магида. Волгоград, 2021. С. 247-249.*
14. *Шомуродов К. Э. Особенности баланса цитокинов в десневой жидкости при одонтогенной флегмоне челюстно-лицевой области // Врач-аспирант. – 2010. – Т. 42. – №. 5.1. – С. 187-192.*
15. *Surgical Wound Irrigation: Strategy for Prevention of Surgical Site Infection Nurse Care [Text] / Zamudio E. [et al.] // Open Acces J. – 2017. – Vol. 3(1). – P.00062.*

УДК: 616-002.621-035.7

СЛУЧАИ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК В ПЕРВИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА

Борис ЛЮБАН [1, a], Бахрамбек МУХАМЕДОВ [2, b], Наргиза ИБРАГИМОВА[3, c], Григорий ПЯГАЙ [4, d], Мияссар АЛЛАЕВА [5, e], Нилуфар МАЛИКОВА[6, f], Малика СОЛМЕТОВА[7, g],

[1] *к.м.н. доцент Больничная клиника Макаби, консультант (Израиль)*
[2] *к.м.н. доцент Ташкентский государственный стоматологический институт*
[3] *PhD Ташкентский государственный стоматологический институт*
[4] *к.м.н. Ташкентский государственный стоматологический институт*

[5] *к.м.н. доцент Ташкентский государственный стоматологический институт*
[6] *PhD Ташкентский государственный стоматологический институт*
[7] *Ташкентский государственный стоматологический институт*
[a] garlu17@gmail.com
[b] mukhamedov69@mail.ru [c] nargiza.is23@gmail.com [d] gregbae@mail.ru
[e] allaeva_m.d@mail.ru [f] dr.malikova@gmail.com
[g] solmetova.malika@gmail.com

CASES OF ERRORS IN THE PRIMARY PERIOD OF SYPHILIS

Boris LYUBAN [1, a], Bahrambek MUKHAMEDOV[2, b], Nargiza IBRAGIMOVA[3,c], Grigory PYAGAY[4, d], Miyassar ALLAYEVA [5, e], Nilufar MALIKOVA[6, f], Malika SOLMETOVA[7, e]
[1]*Macabi Hospital Clinic, Consultant (Israel)*
[2] *PhD Associate Professor, Tashkent State Dental Institute*
[3] *PhD, Tashkent State Dental Institute*
[4] *PhD, Tashkent State Dental Institute*
[5] *PhD Associate Professor, Tashkent State Dental Institute*
[6] *PhD, Tashkent State Dental Institute*
[7] *Tashkent State Dental Institute*
[a] garlu17@gmail.com
[b] mukhamedov69@mail.ru [c] nargiza.is23@gmail.com [d] gregbae@mail.ru
[e] allaeva_m.d@mail.ru [f] dr.malikova@gmail.com
[g] solmetova.malika@gmail.com

ЗАХМНИНГ БИРЛАМЧИ ДАВРИДА ЙЎЛ ҚЎЙИЛАДИГАН ХАТОЛИКЛАР ХОЛАТЛАРИ

Борис ЛЮБАН [1, a], Бахрамбек МУХАМЕДОВ [2, b], Наргиза ИБРАГИМОВА[3, c], Григорий ПЯГАЙ [4, d], Мияссар АЛЛАЕВА [5, e], Нилуфар МАЛИКОВА[6, f], Малика СОЛМЕТОВА[7, g]
[1]*т.ф.н. доцент Макаби клиникаси, консультант (Исроил)*
[2] *т.ф.н. доцент Тошкент давлат стоматология институти*
[3] *PhD Тошкент давлат стоматология институти*
[4] *т.ф.н. доцент Тошкент давлат стоматология институти*
[5] *т.ф.н. доцент Тошкент давлат стоматология институти*
[6] *PhD Тошкент давлат стоматология институти*
[7] *Тошкент давлат стоматология институти*
[a] *garlu17@gmail.com*
[b] mukhamedov69@mail.ru [c] nargiza.is23@gmail.com [d] gregbae@mail.ru
[e] allaeva_m.d@mail.ru [f] dr.malikova@gmail.com
[g] solmetova.malika@gmail.com

АННОТАЦИЯ

В данной статье освещаются сложности диагностики и лечения первичного сифилиса. На примере конкретных клинических случаев разбираются частые

ошибки врачей разных специальностей в диагностике и ведении данной категории больных.

Ключевые слова: сифилис, инфекции передаваемые половым путем, Treponema pallidum

ABSTRACT

This article discusses the complexity of diagnosis and treatment of primary syphilis. On the rise, cases of occurrence of frequent errors in doctors of specialties were revealed.

Keywords: syphilis, sexually transmitted infections, Treponema pallidum

АННОТАЦИЯ

Ушбу маколада бирламчи захмнинг ташхислаш ва даволашнинг кийинчиликлари еритилган. Муаййан клиник холатлар мисолида захм билан огриган беморларнинг диагностикаси ва даво тактикасидаги турли мутахассисликлардаги шифокаорларнинг хатолик холатларга учраши келтирилган.

Калит сузлар: Захм, жинсий йўл билан юкадиган касалликлар,Treponema pallidum

По образному выражению врачей прошлого, сифилис «обезьяна всех болезней», то есть, может симулировать очень многие заболевания. Поэтому знание клиники сифилиса во всех его стадиях необходимо врачам общей практики, к подготовке которых приступили высшие медицинские учебные заведения Республики Узбекистан. Опыт показывает, что наибольшее число ошибок в диагностике совершается врачами первичного звена здравоохранения, так как именно к ним впервые обращается больше больных с самыми различными жалобами. Наиболее часто их допускают терапевты, гинекологи, хирурги, отоларингологи, дерматовенерологи. В написании статьи

авторами использовались и анализировались архивные данные больных КВД Республики Узбекистан.

Возбудителем сифилиса является бледная трепонема, относящаяся к роду Treponema, семейству Treponemataccae, входящего в порядок Spirochaetales [7].

Возбудитель сифилиса был открыт в 1905 г. Shaudin и Hofmann. Он представляет собой спираль из 8-14 завитков, длиной около 8-14 мк. В 1965 г. Н.М.Овчинников и В.В. Делекторский обнаружили образование цист у бледной трепонемы.

По окончании инкубационного периода на месте внедрения бледных трепонем возникает твердый шанкр или первичная сифилома. Обычно это эрозия или язва округлых очертаний с гладким блестящим дном цвета свежего разрезанного мяса, либо покрытым некротическим налетом цвета испорченного сала [2,5].

Диаметр твердого шанкра обычно не превышает 1,0 см, но встречаются и очень мелкие так называемые «карликовые» шанкры. Их ничтожный размер и отсутствие субъективных ощущений служат причиной крайне редкого самостоятельного обращения больных к врачу, а также ошибок в диагностике из-за того, что в сознании врача поверхностная эрозия или язвочка, которую нередко не замечает и сам больной, часто не ассоциируется с грозным заболеванием. Кроме того, для подтверждения диагноза необходимо найти в отделяемом эрозии или язвы бледные трепонемы, а это под силу только опытному лаборанту [3,4].

Наиболее часто твердый шанкр приходится дифференцировать с особой формой пиодермии, нередко локализующейся на половых органах и поэтому названной шанкриформной. Это эрозия или язва округлой или овальной формы, обычно несколько крупнее среднего твердого шанкра, в основании которой определяется плотный довольно болезненный инфильтрат. В отличие от твердого шанкра в окружности эрозии или язвы также наблюдается гиперемия и воспаление кожи [6].

Во всех случаях необходимо начать дело с тщательного сбора анамнеза, лабораторного исследования отделяемого язв и пунктата лимфоузлов на бледную трепонему, а также постановки серологических реакций на сифилис. Даже в случае отрицательных результатов этих анализов их следует неоднократно повторить. Полезным оказывается также привлечение к обследованию половых партнеров. Делать это следует осторожно, соблюдая правила медицинской деонтологии.

Не реже на половых органах встречается проявление другой болезни - пузырькового лишая (Herpes genitalis). При этом первоначально на коже возникают пузырьки, чего никогда не наблюдается при твердых шанкрах. Вскоре они вскрываются, образуя эрозии, сгруппированные на отечном и гиперемированном фоне. В момент образования пузырьков больной может испытывать болезненность и зуд кожи, но бывает это далеко не всегда. Ближайшие лимфоузлы иногда реагируют на появление высыпаний увеличением, но сохраняют мягкую консистенцию и обычно болезненны. Следует обратить внимание на анамнез, так как часто выясняется наличие подобных высыпаний в прошлом. Пузырьковый лишай имеет хроническое рецидивирующее течение с быстрым возникновением и обратным развитием. Отличительными чертами множественного эрозивного твердого шанкра в таких случаях бывают: плотный инфильтрат, безболезненность эрозий, наличие сопутствующего безболезненного плотно-эластического склеро- , а затем и полиаденита. Из лабораторных исследований следует выделить обнаружение бледной трепонемы и еженедельное исследование серологических реакций крови на сифилис. Иногда в особо сомнительных случаях приходится привлекать к обследованию половых партнеров. Памятуя об особенностях течения сифилиса в последние годы, каждый больной с установленным диагнозом Herpes genitalis должен находиться после выздоровления на ежемесячном клинико-серологическом контроле не менее 6 месяцев. Не лишним будет иммуноферментный анализ (ИФА) на ВИЧ [1].

В последнее время все чаще стало встречаться расположение чесоточных элементов на половых органах. В случаях осложнения пиодермией они становятся трудно отличимыми от множественных твердых шанкров, что создает трудности в диагностике. При этом образуются мелкие, малоболезненные язвочки, расположенные на довольно плотном отечном основании без воспалительных изменений. Специфическое увеличение лимфоузлов отсутствует, либо они мелкие, болезненные и мягкой консистенции. Часто основной жалобой больного является ночной зуд. Следует уделить серьезное внимание осмотру остальных кожных покровов, при этом имея ввиду, что длительно существующая чесотка вследствие осложнения вторичной инфекцией может сопровождаться полиаденитом. Как и в предыдущих случаях, решающее значение приобретает исследование на бледную трепонему (и на чесоточного клеща), повторное исследование серореакций крови на сифилис, а также обследование половых и бытовых контактов, дезинсекция в очаге. Учитывая возможность одновременного с чесоткой заражения сифилисом, больные должны оставаться после лечения под ежемесячным клинико-серологическим контролем не менее 6 месяцев.

Другие поражения в области гениталий, которые следует дифференцировать с твердым шанкром, имеют столь выраженную специфическую клиническую картину, что мы в данной главе считаем возможным ограничиться лишь их перечислением: мягкий шанкр, многоформная и сульфаниламидная эритемы, новообразования, туберкулезные язвы, у женщин - острая язва вульвы Чапина-Липшютца, а также гонококковые и трихомонадные язвы. Причина же врачебных ошибок в дифференциальной диагностике твердого шанкра в большинстве случаев кроется в недостаточной общемедицинской подготовке отдельных специалистов, а также невнимательном, поверхностном подходе к обследованию больного.

Следует помнить, что в первые недели после появления твердого шанкра результаты серологических реакций дают отрицательный результат, что является дополнительным источником для неверных суждений об отсутствии

сифилиса. К чему это может привести на практике, видно из следующего примера.

У **больного П**., 24 лет, работника общепита, при очередном медосмотре были обнаружены две эрозии размером со спичечную головку в завенечной борозде полового члена. Сам больной их не замечал, при беседе с врачом посторонний половой контакт категорически отрицал. Ввиду отсутствия склероаденита врач ограничился исследованием крови на КСР, которое дало отрицательный результат, и выставил диагноз Herpes progenitalis. При повторном медосмотре через 3 месяца анализ крови на RW (4+4+) 1:320. При осмотре онаружены: папулезная ангина, специфический ларингит, розеолы на туловище, папулы вокруг ануса, полиаденит. Установлен диагноз вторичного рецидивного сифилиса.

Также в заблуждение могут ввести и необычно крупные «гигантские» твердые шанкры, размер которых подчас достигает 2 и более см в диаметре.

Больной Р., 32 лет, рабочий, поступил в клинику 5.09.1994 г. с диагнозом: сифилис первичный серопозитивный, гигантский твердый шанкр на лобке, специфический двусторонний склеро- и полиаденит.

Из анамнеза выяснилось, что в начале июля 1994 г. имел случайную половую связь с гражданкой Б., 23 лет. Через 1 месяц заметил безболезненную язвочку на лобке. 10.08.1994 г. обратился к дерматовенерологу. Полный осмотр, пальпация лимфатических узлов и исследование на бледную трепонему не проводились. При анализе крови на RW получен отрицательный результат. Лица, с которыми больной имел половые контакты, к обследованию не привлекались, а ему было назначено лечение по поводу «пиодермии».

02.09.1994 г. жена больного обратилась в женскую консультацию по поводу оформления декретного отпуска в связи с предстоящими родами. При осмотре гинеколог обратил внимание на небольшую эрозию на правой большой половой губе. Беременная была направлена на консультацию в кожвендиспансер, где диагностирован первичный серонегативный сифилис, а у мужа Р., ранее обращавшегося к врачу, - первичный серопозитивный сифилис.

Была привлечена к обследованию и источница заражения гражданка Б., у которой установлен вторичный рецидивный сифилис.

Данный случай послужил причиной разбора на врачебной конференции.

Наибольшие затруднения в диагностике первичного сифилиса, на наш взгляд, представляют расположенные вне половых органов, так называемые «экстрагенитальные» шанкры. Как правило, в этих случаях диагноз сифилиса устанавливается только во вторичном периоде, когда появляется розеолезная сыпь на коже. Для примера приводим следующий случай из нашей практики.

Больной Р., 30 лет, поступил в клинику 28 февраля 1972 г. с диагнозом: вторичный свежий сифилис.

Из анамнеза выяснилось, что месяц назад по поводу язвы на левом запястье обращался к дерматовенерологу. Анализ крови на КСР не брали, исследование на бледную трепонему не проводили. Был выставлен диагноз: стрептодермия. За 3 дня до поступления больной госпитализирован в терапевтическое отделение с острым бронхитом. Врач-терапевт также не обратил внимания на язву на левом запястье, не осмотрел кожные покровы, не пальпировал лимфатические узлы. В плановом порядке была взята кровь на КСР. Серореакции дали резкоположительный результат RW (4+4+) 1:320, К (4+) ЦХ (4+).

При поступлении в дермато-венерологическую клинику на левом запястье обнаружена безболезненная язва правильной округлой формы размером 2,5х1,5 см, в основании прощупывается инфильтрат хрящевой плотности. На коже туловища мелкая, яркая элевированная розеолезная сыпь. Лимфатические узлы в левой подмышечной области увеличены до размеров каштана, в остальных группах до фасоли плотно-эластической консистенции, безболезненны, подвижны. С поверхности язвы обнаружена бледная трепонема.

При опросе выяснилось, что около 3 месяцев назад больной был укушен в область левого запястья знакомой К. при попытке полового контакта. К. была разыскана, у нее установлен вторичный рецидивный сифилис.

Таким образом, экстрагенитальный шанкр был причиной диагностической ошибки, одновременно допущенной как дерматологом, так и терапевтом.

Насколько важна своевременная диагностика первичного сифилиса видно из следующего примера.

3 сентября 1979 г. обратилась мать с сыном Д., 12 лет, по поводу язвочки на половом члене. Со слов матери неделю назад сын получил травму ржавым гвоздем. При обращении в районный кожвендиспансер установлен диагноз: шанкриформная пиодермия. Исследование крови на КСР дало отрицательный результат. Ввиду малолетнего возраста пациента половой анамнез не собирался. Исследования на бледную трепонему не производилось. За несколько дней до поступления больной заметил увеличение паховых лимфатических узлов, что и послужило поводом к обращению. Исследование крови на КСР дало резкоположительный результат RW (4+4+) 1:40. С поверхности язвы обнаружена бледная трепонема. Диагноз: первичный серопозитивный сифилис (язвенный твердый шанкр на половом члене, двусторонний паховый склеро- и полиаденит).

При доверительной беседе с мальчиком в отсутствие матери выяснилось, что около 1,5 месяца назад после употребления спиртных напитков ночью с группой подростков имел групповой половой контакт с незнакомой пьяной женщиной на автобусной остановке. Были установлены фамилии и адреса 6 контактировавших с ней лиц. При их вызове все подтвердили вышеизложенное. Проявления сифилиса в виде экстрагенитального твердого шанкра на левом бедре, левостороннего бедренного склеро- и полиаденита выявлены только у одного из них. С поверхности твердого шанкра были обнаружены бледные трепонемы. Серологические реакции RW (4+)(4+) 1:20. Остальные контактировавшие с больной лица оказались здоровы. Всем им назначено превентивное

лечение по «Инструкции». Заболевание сифилисом у этих молодых людей, благодаря своевременно начатому превентивному лечению, удалось предотвратить.

Большие трудности в диагностике может представлять шанкр, расположенный вокруг соска.

Нам запомнился случай, когда в стационар поступила мать с грудным ребенком, которого она усыновила в роддоме после смерти во время родов своего сына. Как впоследствии оказалось, усыновление, вопреки правилам, было совершено без соблюдения необходимой процедуры предварительного обследования усыновляемого. При поступлении у ребенка С., 1,5 месяца, был установлен сифилис новорожденного (сифилитический насморк, инфильтрат вокруг рта). Серологические реакции на сифилис дали резкоположительный результат. При осмотре матери, которая кормила его грудью, вокруг левого соска обнаружен язвенный твердый шанкр округлой формы размером 1,5х1,5 см, в основании прощупывался инфильтрат хрящевидной плотности, выступающий за пределы язвы. Подмышечные лимфатические узлы слева были увеличены до косточки урюка, в остальных группах до мелкой фасоли, плотно-эластической консистенции, безболезненны, подвижны, кожа над ними не изменена. С поверхности язвы обнаружена бледная трепонема, RW (4+)(4+) 1:120. Установлен диагноз: сифилис первичный серопозитивный (экстрагенитальный твердый шанкр вокруг соска, левосторонний подмышечный склеро- и полиаденит).

До госпитализации приемная мать неоднократно показывала грудь врачу и лечилась по поводу «трещины соска». Матери и ребенку проведено противосифилитическое лечение по «Инструкции». Приемный отец здоров, получил превентивное лечение. В тех случаях, когда речь идет об экстрагенитальном расположении шанкра, уместно вспомнить о возможности биполярного расположения шанкров, расположенных как экстрагенитально, так и на половых органах. Нередко врач, обнаружив один из шанкров, совершает ошибку, принимая другой за проявление какого-либо заболевания.

Больной К., 85 лет, 1 февраля 1980 г. обратился к хирургу и был госпитализирован в хирургическое отделение больницы с диагнозом «парафимоз» и «язвенная пиодермия» верхней губы. Несмотря на

указание на половой контакт с малознакомой женщиной за месяц до заболевания, врач, учитывая старческий возраст больного, не придал этому значения. Результаты RW от 4 февраля 1980 г. дали отрицательные результаты. 13 февраля 1980 г. после безуспешного местного лечения было произведено иссечение крайней плоти. Послеоперационный период протекал гладко без назначения антибиотиков, и спустя 10 дней больной был выписан из стационара. На следующий день после выписки он обратился в кожвендиспансер, где констатировано наличие твердого шанкра верхней губы (обнаружены бледные трепонемы, левосторонний подчелюстной и паховый склеро- и полиаденит). 25 февраля 1980 г RW (4+4+) 1:240, К (4+), ЦХ(4+). На основании клинических и анамнестических данных установлен диагноз первичного серопозитивного сифилиса (биполярный твердый шанкр на верхней губе и ретроспективный на крайней плоти, специфический левосторонний подчелюстной и паховый склеро- и полиаденита). Привлечена и обследована явившаяся источником заражения В., 32 лет, у которой установлен вторичный рецидивный сифилис.

Особенно часто, по нашим данным, «просматриваются» шанкры на шейке матки, в тех случаях, когда врачи не пользуются зеркалами.

Женщина К., 25 лет, в середине февраля 1981 г. вступила в сожительство с С., 28 лет, у которого заметила «язвочку» на половом члене. 17 марта обратилась к гинекологу с жалобами на сукровичные выделения из половых органов и сообщила врачу о своих подозрениях в отношении полового контакта с С., имевшего место месяц назад. При осмотре в зеркалах врач описывает эрозию в переднем сегменте шейки матки размером 1,5х1 см с ровными краями, ярко-розового цвета, сукровичные выделения из цервикального канала и отсутствие увеличения лимфатических узлов. RW от 17 марта 1981 года дала отрицательный результат. Сожитель С. к обследованию не привлекался. Дерматовенерологом больная не консультировалась. У нее была удалена маточная спираль, с которой связывались все описанные изменения, и назначено местное лечение. При повторном посещении женской консультации 26 апреля 1981 г. просьба К. обследовать на вензаболевания оставлена без внимания. Только 28 апреля 1981 г. больная К. обратилась в кожвендиспансер и была госпитализирована с диагнозом: вторичный рецидивный сифилис. У сожителя С установлен ранний скрытый сифилис.

Таким образом, акушер-гинеколог проявила не только незнание клиники первичного сифилиса с локализацией шанкра на шейке матки, но и невнимание к просьбе самой больной провести обследование. Следует отметить, что при шеечной локализации шанкра, у женщин увеличиваются лимфатические узлы малого таза, недоступные пальпаторному исследованию.

Данный случай разобран на врачебной конференции, а врач получил административное взыскание.

Особое место в диагностике первичного сифилиса занимают атипические шанкры, клинические проявления которых настолько отличаются от проявлений обычного шанкра, что очень часто служат причиной врачебных ошибок (Аковбян В.А., Прохоренков В.И., 1995). Различают следующие формы атипических шанкров: индуративный отек, шанкр-панариций и шанкр-амигдалит.

Индуративный отек располагается в основном у мужчин в области препуциального мешка и мошонки, а у женщин в области клитора, больших и малых половых губ. За счет плотного отека кожи пораженный орган увеличивается в 2-3 раза. При этом отсутствуют островоспалительные явления, гиперемия и болезненность. В тех случаях, когда индуративный отек сопровождается появлением первичной язвы и эрозии, диагноз не представляет затруднений. Врачебные ошибки встречаются в основном в тех случаях, когда эрозия или язва отсутствуют.

Больной К., 40 лет, через 3 недели после случайной половой связи заметил увеличение полового члена за счет отека кожи в области препуциального мешка. Обратился к урологу, который поставил диагноз «фимоз» и, основываясь на отрицательных результатах КСР, назначил раствор калия перманганата в виде ванночек и промываний препуциального мешка, которые больной применял без особого эффекта более месяца, вплоть до появления резкого увеличения паховых лимфатических узлов, а затем и появления узелковых высыпаний на коже мошонки.

1 августа 1972 года обратился к дерматовенерологу, которым установлен диагноз вторичный свежий сифилис (индуративный отек в области препуциального мешка, двусторонний паховый склераденит и полиаденит, розеолы на коже туловища, лентикулярные папулы на мошонке). RW (4+) 1:240 К(4+) ЦХ(4+).

Нам пришлось наблюдать **больную Р.**, 25 лет, у которой индуративный отек левой большой половой губы был расценен как «начинающийся бартолинит», в связи с чем больная была госпитализирована в гинекологическое отделение, где ей провели оперативное вмешательство - разрез, не давший никакого терапевтического эффекта. После получения положительных результатов RW больная была консультирована дерматовенерологом, у нее установлен диагноз: сифилис первичный серопозитивный (индуративный отек правой большой половой губы, двусторонний паховый склеро- и полиаденит). Источником заражения оказался муж, у которого диагностирован вторичный свежий сифилис с остатками классического язвенного твердого шанкра на половом члене.

Наш анализ показал, что наиболее часто у мужчин индуративный отек расценивается врачами как «воспалительный фимоз», а у женщин как «острый

бартолинит», причем иногда дело доходит до хирургического вмешательства, как в вышеприведенном случае (Любан Б.Л. и др., 2000).

В последние годы участились случаи шанкров миндалин, когда отсутствуют их эрозивные или язвенные изменения, а определяется увеличение и покраснение одной из них, так называемый шанкр-амигдалит. Его отличительными признаками от обычной ангины служат: одностороннее увеличение миндалин, четкие границы гиперемии, отсутствие или незначительная болезненность и наличие характерного для сифилиса подчелюстного или шейного склераденита. Иногда увеличиваются лимфатические узлы околоушной группы, что, по-видимому, связано с особенностями лимфатической сети у отдельных лиц. Особые затруднения представляют случаи, сопровождающиеся болями в горле. Нередко такие шанкры-амигдалиты также не распознаются врачами.

1. **Больная Г.**, 19 лет, 2 мая 1992 года по поводу болезненности при глотании обратилась к терапевту районной поликлиники и с диагнозом «ангина» госпитализирована в ЛОР-отделение, где находилась под наблюдением отоларингологов в течение 3 дней. После получения положительных результатов КСР больная, которой к тому времени по поводу «ангины» начали пенициллинотерапию, была проконсультирована дерматовенерологом, установлен диагноз: первичный серопозитивный сифилис (шанкр-амигдалит слева, левосторонний подчелюстной склеро- и полиаденит). Ретроспективно подтверждает диагноз и реакция обострения, имевшая место после начала лечения пенициллином с повышением температуры до 39 ºС, зафиксированная в истории болезни. Больная переведена на лечение в кожно-венерологический диспансер. Случай разобран на врачебной конференции.
2. **Больная З.**, 23 лет, 4 марта 1992 года обратилась к терапевту районной поликлиники по поводу болей в горле. 12 марта 1992 года после безуспешной попытки лечения сульфаниламидными препаратами была госпитализирована в ЛОР-отделение, где 17 марта 1992 года оперирована по поводу «паратонзиллярного абсцесса». Кровь на КСР была взята после операции на фоне антибиотикотерапии и дала резкоположительный результат. Не дожидаясь результатов серореакций, 24 марта 1992 года больная была выписана из стационара. Только 5 апреля 1992 года по сигналу серологической лаборатории больная госпитализирована в кожно-венерологический диспансер, где установлен диагноз: первичный серопозитивный сифилис (остатки правостороннего шанкра-амигдалита, правосторонний подчелюстной склеро- и полиаденит), сопутствующий - беременность 20 недель. Источником заражения явился муж, у которого установлен вторичный свежий

сифилис. Данный случай ошибки в диагностике сифилиса также разобран на врачебной конференции.

Еще большие трудности в диагностике представляет шанкр-панариций. Это неудивительно, так как он действительно внешне выглядит как обычный панариций, а его возникновение, как правило, связано с микротравмой кожи. Заражение чаще носит профессиональный характер и описано у хирургов, акушеров-гинекологов и патологоанатомов. Обычно шанкр-панариций локализуется на ногтевой фаланге указательного пальца. При этом ногтевая фаланга утолщена, имеет багрово-красный с синюшным оттенком цвет. На этом фоне располагается довольно глубокая язва с неровными краями, часто болезненная на ощупь. Поражение сопровождается увеличением кубитальных или подмышечных лимфатических узлов.

В нашу клинику с диагнозом вторичного свежего сифилиса поступила **больная С.**, 35 лет, с двухмесячным ребенком, у которого установлен врожденный сифилис. В связи с этим к обследованию был привлечен муж больной, у которого установлен вторичный рецидивный сифилис, а также медперсонал, принимавший роды. У гинеколога Л., на ногтевой фаланге указательного пальца правой кисти обнаружена язва размером 0,8х0,6 см треугольной формы с «изгрызанными» краями и глубоким дном, покрытым некротическим налетом. Подмышечные лимфатические узлы справа были увеличены до размера лесного ореха, плотно-эластической консистенции, безболезненны и подвижны. В других группах лимфатические узлы размером с мелкую фасоль. В течение 3 недель после появления язвы находилась на амбулаторном лечении у хирурга с диагнозом «панариций». В отделяемом язвы обнаружены бледные трепонемы. RW (4+4+) 1:240 К (4+) ЦХ (4+). При ознакомлении с историей родов выяснилось, что у роженицы в переднем сегменте шейки матки была язва неправильных очертаний, описанная как «вульгарная эрозия», КСР на 3- и 7-м месяцах беременности были отрицательными. Роды сопровождались разрывами шейки матки, которые были ушиты акушером-гинекологом Л. без резиновых перчаток, что и послужило причиной ее профессионального заражения сифилисом.

Следует особо подчеркнуть, что картина твердого шанкра изменяется и в случае его сочетания с другими эрозивно-язвенными поражениями половых органов, в частности, олеогранулемой.

Так, **больной Ф.**, 29 лет, обратился к хирургу 20.01.81 г. с жалобами на появление изъязвлений на половом члене. По данным анамнеза, 10 лет назад ввел под кожу полового члена стерильное вазелиновое масло, после чего образовалось «затвердение». Около двух месяцев назад появились

припухлость и «язвочки» на препуциальном мешке снизу. Месяц назад имел случайную половую связь, а неделю назад заметил безболезненную овальную язву на спинке полового члена. Был госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом «олеогранулема полового члена». При поступлении была взята кровь на серореакции, давшие положительный результат: RW (4+4+) 1:160, К (4+), ЦХ (4+). После этого был консультирован дерматовенерологом и переведен в кожвендиспасер с диагнозом: сифилис первичный серопозитивный (язвенный твердый шанкр, специфический склеро- и полиаденит), сопутствующий: олеогранулема полового члена.

Существенное значение в постановке диагноза в таких случаях имеет сбор анамнеза, наличие инородных тел под кожей полового члена, болезненности в области изъязвлений, и напротив, полная безболезненность соседствующего твердого шанкра со всеми его признаками. Следует знать, что иногда в таких случаях может обнаруживаться болезненный лимфонгоит, а также некоторая болезненность паховых лимфатических узлов, реагирующих на присоединение вторичной инфекции. Немаловажное значение приобретает исследование на бледную трепонему из каждой язвочки и серологические реакции на сифилис (Капкаев Р.А. и др., 1999).

Таким образом, выше приведенные примеры показывают, что знание о клинических проявлениях сифилиса помогут избежать ошибок в своей практике, не только врачам дерматовенерологам, но и терапевтам, хирургам, отоларингологам, гинекологам, урологам, стоматологам.

Литература/References

1. *Б.Л.Любан, Р.А.Капкаев, Б.Д.Алимов, Б.И.Мухамедов. Венерология без секретов. Руководство для врачей.-Ташкент.-2006*
2. *Любан Б.Л., Ташкенбаева У.А, Нурматова И.Б., Ибрагимова Н.С.*
3. *Б.И. Мухамедов. Р.А.Капкаев, С.С.Саипов Современные проблемы эпидемиологии и профилактики сифилиса. Болезни передающиеся половым путем – вчера сегодня, завтра (сб. научных трудов конференции, посвященной 65-летию Абидова Матлабходжи Мурадовича) 1996, 61-64*
4. *Г.Б. Пягай, К.А. Юлдашев Сравнительный анализ терапевтической эффективности различных методик лечения больных сифилисом, страдающих наркоманией босма Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2005 г., №3-4, стр. 118-122*
5. *О.Г. Ким, Б.И. Мухамедов, И.И. Латипов. К вопросу о вассерманонегативном скрытом сифилисе. Дерматовенерология и эстетическая медицина, 2017, №3-4, 45-49*
6. *An Update on the Global Epidemiology of Syphilis Noah Kojima, Jeffrey D Klausner Curr Epidemiol Rep. Author manuscript; available in PMC 2019 Mar 1.Published in final edited form as: Curr Epidemiol Rep. 2018 Mar; 5(1): 24–38. Published online 2018 Feb 19.*
7. *Chris Richard Kenyon, Kara Osbak, Achilleas Tsoumanis PLoS Negl Trop Dis. 2016 May; 10(5): e0004711. Published online 2016 May 11. doi: 10.1371/journal.pntd.0004711The Global*

Epidemiology of Syphilis in the Past Century – A Systematic Review Based on Antenatal Syphilis Prevalence .

УДК: 616.31:616.329-002]-614.23:616.314

УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ О СВЯЗИ МЕЖДУ ЗДОРОВЬЕМ ПОЛОСТИ РТА И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ольга Бекжанова[1] , Севара Алимова[2]
Ташкентский государственный стоматологический институт
[1]д.м.н. профессор,
[2]ассистент
Ташкент, Узбекистан
abekjanovaolga@mail.ru bsevara_36@mail.ru

LEVEL OF COMPETENCE OF DENTISTS ON THE RELATIONSHIP BETWEEN ORAL HEALTH AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Olga Bekjanova[1] , Sevara Alimova[2]
1Doctor of Medicine, Professor, Tashkent State Dental Institute
2Assistant, Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan
abekjanovaolga@mail.ru , bsevara_36@mail.ru

OG'IZ BO'SHLIG'I SOG'LIG'I VA GASTROEZOFAGIAL REFLYUKS KASALLIGI O'RTASIDA BOG'LIQLIK BO'YICHA STOMATOLOG-SHIFOKORLARNING KOMPETENTLIK DARAGASI.

Ольга Бекжанова[1],[a],Севара Алимова[2,b]
1т.ф.д. профессор, Тошкент давлат стоматология институти
2 ассистент, Тошкент давлат стоматология институти Тошкент, Ўзбекистон
[a]bekjanovaolga@mail.ru , [b]sevara_36@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Стоматологи часто первыми диагностируют системное заболевание, устанавливая его проявление в ротовой полости. Одним из таких заболеваний является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), о наличии которой могут свидетельствовать разнообразные жалобы и симптомы как со стороны полости рта, так и желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, анкета-опросник, уровень осведомлённости врачей-стоматологов, эрозия зубов

ANNOTATION

Dentists are often the first to diagnose a systemic disease by establishing its manifestation in the oral cavity. One of these diseases is gastroesophageal reflux disease (GERD), the presence of which can be indicated by a variety of complaints and symptoms from both the oral cavity and the gastrointestinal tract.

Key words: gastroesophageal reflux disease, questionnaire, level of awareness of dentists, dental erosion

ANNOTATSIYA

Stomatologlar ko'pincha og'iz bo'shlig'ida uning namoyon bo'lishini aniqlash orqali tizimli kasallikni birinchi bo'lib tashxislashadi. Ushbu kasalliklardan biri gastroezofagial reflyuks kasalligi (GERK) bo'lib, uning mavjudligi og'iz bo'shlig'ida ham, oshqozon-ichak traktida ham turli shikoyatlar va alomatlar bilan namoyon bo’lishi mumkin.

Kalit so'zlar: gastroezofagial reflyuks kasalligi, anketa, stomatologlarning xabardorlik darajasi, tish eroziyasi.

Своевременность и адекватность стоматологической помощи пациентам с ГЭРБ очень важна, так как причиной стоматологической патологии в этом случае может быть соматическое заболевание, в этом случае для высокопрофессионального оказания медицинской помощи необходимо междисциплинарное взаимодействие.

Качество диагностики пациентов с ГРЭБ на стоматологическим приёме зависит от уровня осведомлённости врачей-стоматологов первичного звена о совокупности вне ротовых проявлений заболевания. Поскольку врачи общей практики первыми, кто контактируют с пациентами их знания является определяющими в терапии междисциплинарной патологии. Профессиональный

уровень и компетентность врача определяет адекватный отбор пациентов группы риска для дальнейшего углублённого обследования.

ГЭРБ обусловлена слабостью мышц нижнего пищеводного сфинктера, вследствие чего кислое содержимое желудка перемещается вверх по пищеводу в ротовую полость. У здоровых людей большая часть желудочного сока возвращается в желудок за счет перистальтики, стимулируемой глотанием. Оставшаяся жидкость выводится за счет вторичной перистальтики, стимулируемой прямым контактом сока со слизистой оболочкой пищевода. Напротив, у пациентов с ГЭРБ кислотный клиренс задерживается, а желудочная кислота непроизвольно проходят через пищевод в ротовую полость. Типичными проявлениями ГЭРБ являются изжога, регургитация, дисфагия и загрудинная боль.

Нетипичные проявления, такие как астма, хронический кашель, охриплость голоса, несердечная боль в груди и зубная эрозия, часто недооцениваются и плохо понимаются. Стоматологи обычно являются первыми, кто может диагностировать ГЭРБ по наличию эрозии зубов, поскольку большинство людей не подозревают о наличии у них заболевания.

Цель исследования. Оценить осведомлённость врачей-стоматологов первичного звена при диагностике и лечении стоматологической патологии у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материалы и методы. Для адекватной оценки осведомлённости врачей нами разработана анкета-опросник и осуществлена её стандартизация.

С этой целью осуществлён отбор высокопрофессиональных экспертов, 4 из которых были докторами наук и 7 кандидатов наук по специальности стоматология. Экспертами осуществлена проверка валидности выбранных показателей, которая производилась путем интервьюирования, когда эксперты осуществляли корректировку вопросов и вносили дополнительные пункты в анкету. Результаты тестирования оценивались коэффициентом корреляции

Спирмена, величина W = 0.65 говорит о наличии согласованности мнений экспертов.

Оценка значимости коэффициента конкордации определена по критерию Пирсона, величина χ^2 равна 135.59 ≥ табличного (30.14353), то W = 0.65 - величина не случайная, а потому разработанные вопросы имеют смысл и могут использоваться в дальнейших исследованиях.

Первые 4 вопроса анкеты представлены паспортными данными и не вошли в опросник. Второй раздел анкеты посвящен жалобам. С учётом полиморфизма и многообразия жалоб пациентов, они группированы в 5 разделов:

2.1. жалобы на патологию полости рта (жжение в полости рта, ксеростомия, галитоз, металлический привкус во рту);

2.2. Патология желудочно-кишечного тракта (изжога, регургитация, тошнота, рвота, боли в верхней части живота и/или грудной клетки, боли и жжение за грудиной, тошнота и рвота при приёме жирной пищи);

2.3. Патологию ЛОР органов Хронический ларингит, фарингит, ринит, синусит, отит (осиплость голоса, нарушение звучности голоса, хриплый кашель, покашливание, боли в горле, «ком» в горле, апное);

2.4. Кардиологические проявления ИБС, стенокардия, гипертония, аритмия, загрудинная боль, нарушения сердечного ритма и проводимости, стенокардия, экстрасистолия и вегетативная дисфункция (страх, озноб, жар, головокружение, потливость, одышка, эмоциональная латентность) ;

2.5. Легочные заболевания. Бронхиальная астма, хронический бронхит, хроническая пневмония. Жалобы: хриплый кашель, приступы удушья.

При этом результаты осмотра полости рта выделены в отдельный третий раздел, в котором каждая патология полости рта имеет свой номер:

3.1. Множественный пришеечный кариес;

3.2. Эрозии зубов;

3.3. Эритема мягкого нёба;

3.4. Глоссит;

3.5. Афтоз;

3.6. Кандидоз;

3.7. КПЛ;

3.8. Изьязвления СОПР;

3.9. Лейкоплакия;

3.10. Подслизистый фиброз;

3.11. Тяжёлый пародонтит.

Четвертый раздел опросника посвящён оценке компетентности врачей о необходимости дополнительных обследований буферной ёмкости, pH и минерализрующего потенциала ротовой жидкости.

Пятый раздел оценивает знания о необходимости междисциплинарного взаимодействия стоматологов и врачей смежных специальностей (гастроэнтерологов, терапевтов и т.д).

Шестой раздел оценивает знания о необходимости специального лечения (использование мягких зубных щеток, реминерализирующей терапии, специальных композитных материалов).

Седьмой раздел оценивает знания врачей о наличии фактором риска, усугубляющих течение стоматологических проявлений ГЭРБ (употребление газированных напитков, кислых соков и продуктов, курение, злоупотребление жирной пищей).

Оценка компентентности врачей – стоматологов основана на тщательном анализе соответствующей литературы, особенностях стандартизации. Таким образом, анкета состояла из 24 вопросов (в том числе 20 вопросов оценивали знания респондентов: 5 – знания о специфических стоматологических жалобах и соматических заболеваниях и сопутствующих им жалобах пациентов с ГЭРБ, 11 - знания о особенностях патологии полости рта и 4 вопроса посвящены оценке компетентности врачей в выполнении лечебно-диагностических мероприятий междисциплинарного взаимодействия, необходимости специального лечения и факторах риска.

Правильный ответ на вопрос или надлежащее выполнение лечебно-диагностических мероприятий получали оценку 1; а неправильный ответ или неправильные мероприятия и назначения оценивались 0. Максимально возможное количество баллов 20. Общее число набранных врачом баллы оценивалось на «Отлично» при сумме баллов >80% от максимально возможного числа баллов; «Хорошо» (70-80%); «Удовлетворительно» (60-69%) или плохо (60% ≤).

Опрошено 55 врачей – стоматологов амбулаторно-поликлинического приема, в том числе 15 стоматологов имели стаж до 5 лет (27,27%); 22 (40,00%) - стаж от 5 до 10 лет и 18 (32,73 %) – более 10 лет [3,4,9].

Недостатком обследования была сравнительно небольшая численность выборки по сравнению с общим числом врачей, работающих в Узбекистане. Мы учитывали также, что врачей-стоматологов больше интересует оценка состояния полости рта. При проведении опроса не было предусмотрено никаких стимулов, которые могли бы вызвать конфликт интересов. Участие в опросе было полностью добровольным и предназначалось специально для врачей с целью выявления их знаний или компетентности в диагностике, обследовании и терапии стоматологической патологии у пациентов с ГЭРБ.

Результаты и обсуждения. Клинические показатели широко используются в клинических испытаниях из-за их простоты и удобства использования по

сравнению с эндоскопическими, гистопатологическими и визуализирующими методами.

Своевременность и адекватность стоматологической помощи пациентам с ГЭРБ очень важна, так как причиной стоматологической патологии в этом случае может быть соматическое заболевание, в этом случае для высокопрофессионального оказания медицинской помощи необходимо междисциплинарное взаимодействие [8,9].

Таблица 1

Общая оценка уровня знаний стоматологов о клинических проявлениях гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Уровень знаний	Число врачей	% от числа врачей
Всего	55	100 %
I Ответы по всем показателям		
1.1 Низкий < 60%	25	45,45
1.2 Средний 60% - 80%	13	23,64
1.3 Высокий >80	17	30,91
II Ответы по показателям соматической патологии		
2.1 Низкий < 60%	32	58,18
2.2 Средний 60% - 80%	15	27,27
2.3 Высокий >80	8	14,55
III Ответы по показателям стоматологической патологии		
3.1 Низкий < 60%	12	21,82

3.2 Средний 60% - 80%	19	34,55
3.3 Высокий >80	24	43,64
IV Ответы о необходимости специального стоматологического обследования		
4.1 Низкий < 60%	8	14,55
4.2 Средний 60% - 80%	20	36,36
4.3 Высокий >80	27	49,09
V Ответы о необходимости междисциплинарного взаимодействия		
5.1 Низкий < 60%	9	16,36
5.2 Средний 60% - 80%	32	58,18
5.3 Высокий >80	14	25,45
VI Ответы о необходимости специального стоматологического лечения		
6.1 Низкий < 60%	11	20,05
6.2 Средний 60% - 80%	10	18,18
6.3 Высокий >80	34	61,82
VII Ответы о знании сопряженных факторов риска		
7.1 Низкий < 60%	12	21,82
7.2 Средний 60% - 80%	17	30,91
7.3 Высокий >80	26	47,27

Анализ данных показал, что 45,45% опрошенных врачей имели низкий уровень знаний о клинических проявлениях гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, при этом знания 23,64% опрошенных оценивались удовлетворительно, а 30,92%

показали высокие знания. Анализ результатов опроса по отдельным пунктам опросника позволил выявить ключевые пункты, требующие дополнительного внимания. Так, оценка знаний по соматической патологии, ассоциированной с ГЭРБ (пункт II) показала, что большинство врачей 58,18% не осведомлены о наличии и диагностческой значимости внепищеводных проявлениях заболевания, средние знания по этому пункту продемонстрировали 27,27%% и лишь 14,55% опрошенных имели высокий уровень знаний о внепищеводных проявлениях ГРЭС [1,3,4].

В целом врачи были неплохо осведомлены о особенностях стоматологической патологии при ГЭРБ, хорошие знания по вопросу установлены у 43,64% опрошенных; средние – у 34,55% и низкий уровень продемонстрировали 21,82% опрошенных (пункт III) [4,10].

Так, неплохой уровень знаний обнаружен по вопросам о необходимости специального стоматологического обследования (пункт IV) при наличии соматической патологии в том числе и ГЭРБ. При этом 49,095 опрошенных продемонстрировали высокий уровень знаний о объёме и необходимости дополнительного обследования, 36,36% - средний уровень знаний и 14,55% не имели представления о необходимости дополнительного обследования (низкий уровень знаний) [2,8].

Несколько более низкий уровень знаний получен при анализе ответов о необходимости междисциплинарного взаимодействия стоматологов и врачей смежных специальностей (пункт V). Так, лишь 25,45% опрошенных врачей считают необходимым междисциплинарное взаимодействие при терапии стоматологической патологии у пациентов с ГЭРБ (высокий уровень знаний); 58,18% опрошенных показали средний уровень знаний по вопросу и 16,36% не имеют представления о междисциплинарном взаимодействии (низкий уровень) [5,7].

Наиболее значительные результаты получены при анализе ответов о необходимости специального стоматологического лечения (пункт VI), знания по вопросу продемонстрировали 61,88% опрошенных (высокий уровень знаний); 18,18% показали неполные знания (средний уровень) и 20,08% не имеют представления о специальных методах лечения (низкий уровень) [3,4].

47,27% опрошенных знали о наличии фактором риска, усугубляющих течение стоматологических проявлений ГЭРБ (пункт VII), 30,91% продемонстрировали неполные знания (средний уровень) и 21,82% не имели представления о наличии сопутствующих факторов риска (низкий уровень) [3,4].

Обсуждение. Отсутствие научных данных, информирующих о проблеме междисциплинарного взаимодействия в стоматологии, в том числе о внеротовых проявлениях ГЭРБ, надлежащем использовании клинического анализа, включенного в этот опрос, могло побудить респондентов больше полагаться на личный опыт и предпочтения пациентов при принятии ими клинических решений. Мы предполагаем, что важно оценивать знания врачей относительно использования и интерпритации данных субъетивного осмотра, опроса и клинических исследований в принятии клинических решений. Последующие исследования, направленные на дальнейшее понимание того, как диагностическая информация влияет на решение о лечении, необходимы как для обучения, так и для практики квалифицированного принятия клинических решений, основанных на фактических данных.

Необходимо помнить, что у пациентов с ГЭРБ развивается специфический стоматологический симптомокомплекс, определяющий специфику терапии стоматологической патологии. Эта категория пациентов требует от стоматологов более ответственного подхода к сбору анамнеза, терапии стоматологической патологии, междисциплинарному взаимодействию и осуществлению профилактических мероприятий.

Результаты проса показали невысокий уровень осведомлённости врачей об особенностях внеротовых проявлений ГЭРБ. Результаты опроса дают ценную информацию об уровне знаний врачей и могут помочь в разработке методов исследований и составлении диагностических и прогностических матриц возможного наличия гастроэзофанеальной рефлюксной болезни у стоматологического пациента при различных комбинациях стоматологических и внепищеводных признаков и симптомов .

Литература/References

1. Айвазова Р.А., Поликанова Е.Н., Самсонов А.А., Юренев Г.Л., Еварницкая Н.Р., Шахбазян Л.Р., Андреев Д.Н. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: фокус на стоматологические симптомы // Фарматека. 2017. № 13. С. 48–52.

2. Алексеева Г.С. Социологические опросы врачей и пациентов как этап изучения организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1.

3. Алимова, С. Х., Бекжанова О. Е., Каюмова В. Р. Особенности заболеваний твердых тканей зубов у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии: Сборник научных статей X региональной научно - практической конференции с международным участием по детской стоматологии, Хабаровск, 09 октября 2020 года/Под редакцией А.А. Антоновой. – Хабаровск: Антар, 2020. – С. 7-8.

4. Бекжанова О., Алимова S., & Астанакулова М. (2022). Оценка распространенности и интенсивности кариеса у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Медицина и инновации, 1(4), 567–573. извлечено от https://inlibrary.uz/index.php/medicine_and_innovations/article/view/993

5. Маев И.В., Сельская Ю.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т., Боголепова З.Н., Кузнецова Е.И. Ларингофарингеальный рефлюкс: клиническое значение, современные подходы к диагностике и лечению. Медицинский совет. 2019; 3: 8-16.

6. Островская Л.Ю., Булкина Н.В. Состояние тканей пародонта у пациентов с постгастрорезекционными расстройствами. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 144(8):12–16

7. Сазанская Л.С. Персонализированный подход к разработке методов диагностики и лечения стоматологических заболеваний у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: Автореф. дис. ... канд.мед.наук, Москва, 2021. – 24С

8. Тумашевич О.О. Стоматологический синдром при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, его диагностика и профилактика: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. , Москва, 2021. – 24С

9. Alharthi R., Moazzez R., Bartlett D., Jafari J. Risk factors for Erosive Tooth Wear in patients with Gastroesophageal Reflux Disease (GORD) symptoms: a rospective cross-sectional case control study. P1982. UEG Journal,2019,V.7(8S)iv.Abstract issue,p.988

10. Geriatric Medicine Research Collaborative. A nationwide survey of confidence and knowledge of assessment and management oral conditions amongst a sample of physicians, United Kingdom. BMC Res Notes 12, 348 (2019). https://doi.org/10.1186/s13104-019-4359-

11. Labi, AK., Obeng-Nkrumah, N., Bjerrum, S. et al. Physicians' knowledge, attitudes, and perceptions concerning antibiotic resistance: a survey in a Ghanaian tertiary care hospital. BMC Health Serv Res 18, 126 (2018). https://doi.org/10.1186/s12913-018-2899-y

УДК: 616.33.1:577.27- 616.5-007.61

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПАРАМЕТРОВ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В КРОВИ И РОЗАЦЕА

Татьяна ХЕГАЙ [1], Баходир АЗИЗОВ.[2],Саида АГЗАМХОДЖАЕВА[2], Шахноза АЮПОВА[2]

[1] *Институт иммунологии и геномики человека РУз*

[2] *Ташкентский Государственный стоматологический институт*

saidakhon1234@gmail.com

STUDYING THE RELATIONSHIP OF PARAMETERS OF INFLAMMATORY MARKERS IN THE BLOOD AND ROSACEA

Tatyana KHEGAY T.R.[1], Bakhodir AZIZOV[2], Saida AGZAMKHODJAEVA[2], Shahnoza AYUPOVA[2]

[1] *Institute of Immunology and Human Genomics of the Republic of Uzbekistan*

[2] *Tashkent State Dental Institute*

saidakhon1234@gmail.com

QON YALLIG'LANISH MARKERLARINING PARAMETRLARINI VA ROSACEANI O'ZARO BOG'LIQLIGINI O'RGANISH

Tatyana KHEGAY[1], Bakhodir AZIZOV[2], Saida AGZAMKHODJAEVA[2], Shahnoza AYUPOVA[2]

[1] *O‘zbekiston Respublikasi Immunologiya va inson genomikasi instituti*

[2] *Toshkent davlat stomatologiya instituti*

saidakhon1234@gmail.com

АННОТАЦИЯ

Повышение эффективности прогнозирования результатов лечения больных розацеа одна из важных задач современной дерматологии. Была изучена прогностическая ценность иммунологических маркеров PLR (platelet-lymphocyte ratio - тромбоцито-лимфоцитарный индекс), NLR (neutrophil lymphocyte ratio - нейтрофильно-лимфоцитарный индекс) и SII (systemic immune-inflammation index - индекса системного иммунного воспаления) у пациентов с розацеа. В исследование были включены 38 пациентов с розацеа с эритемато-телеангиэктатическим и папуло-пустулезным подтипом заболевания в возрасте от 18 лет до 63. Группу контроля составили 20 здоровых. В сравниваемых группах

отмечена статистически значимая разница в среднем объеме тромбоцитов (PLT), в соотношении нейтрофилов и лимфоцитов (NLR), тромбоцитов и лимфоцитов (PLR), а также в показателях индекса системного иммунного воспаления (SII).
Ключевые слова: розацеа, маркеры воспаления крови

ABSTRACT

Increasing the efficiency of predicting the results of treatment of patients with rosacea is one of the important tasks of modern dermatology. The predictive value of the immunological markers PLR (platelet-lymphocyte ratio), NLR (neutrophil lymphocyte ratio) and SII (systemic immune-inflammation index) in patients with rosacea was studied. The study included 38 patients with rosacea with erythematotelangiectatic and papulopustular subtype of the disease, aged 18 to 63 years. The control group consisted of 20 healthy people. In the compared groups, there was a statistically significant difference in the average platelet volume (PLT), in the ratio of neutrophils and lymphocytes (NLR), platelets and lymphocytes (PLR), as well as in the index of systemic immune inflammation (SII).
Keywords: rosacea, blood inflammation markers

XULOSA

Rosacea bilan og'rigan bemorlarni davolash natijalarini bashorat qilish samaradorligini oshirish zamonaviy dermatologiyaning muhim vazifalaridan biridir.
Rosacea bilan og'rigan bemorlarda PLR (trombotsitlar-limfotsitlar nisbati), NLR (neytrofil limfotsitlar nisbati) va SII (tizimli immun-yallig'lanish indeksi) immunologik markerlarining prognozli qiymati o'rganildi. Tadqiqotda 18 yoshdan 63 yoshgacha bo'lgan eritematotelangiektatik va papulopustulyar turdagi rosacea bilan og'rigan 38 nafar bemor ishtirok etdi.Nazorat guruhi 20 nafar sog'lom odamdan iborat edi. Taqqoslangan guruhlarda trombotsitlarning o'rtacha hajmida (PLT), neytrofillar va limfotsitlar (NLR), trombotsitlar va limfotsitlar (PLR) nisbatida, shuningdek, tizimli immun yallig'lanish indeksida (SII) statistik jihatdan sezilarli farq bor edi.
Kalit so'zlar: rosacea, qon yallig'lanish belgilari

SUMMARY

Background. Rosacea is a chronic inflammatory facial skin condition that mainly affects fair-skinned people and usually begins in middle age. Increasing the efficiency of predicting the results of rosacea treatment is one of the tasks of modern dermatology.
Aims. To assess the prognostic immunological markers PLR (platelet-lymphocyte ratio), NLR (neutrophil-lymphocyte ratio) and SII (systemic immune-inflammatory index) in patients with rosacea. The state of indicators of cellular immunity with the identification of CD3+, CD4+, CD8 was also studied. The material for the study of indicators of cellular immunity was the peripheral blood of patients with the study of the above subpopulations.
Materials and methods. The study included 38 patients diagnosed with rosacea with erythematous-telangiectatic and papulopustular subtype, aged 19 to 63 years, the mean age was 37.5±14.7 years. The control group consisted of 20 healthy people, similar in age and sex. The duration of the disease ranged from 3 months to 16 years.
Results. In the compared groups, there was a statistically significant difference in the average platelet volume (PLT), in the ratio of neutrophils and lymphocytes (NLR), platelets and lymphocytes (PLR), as well as in the index of systemic immune inflammation (SII). In the study, in patients with rosacea, a deficiency in the T-cell link of immunity was revealed, characterized by a decrease in CD3+ and CD4+ cells, on the contrary, an increase in CD8+ cells, both absolute and relative values, was found. The CD4+/CD8+ ratio was lower in the study group - 1.24 relative to the control group - 1.75.
Conclusions. Our results suggest that inexpensive and simple analysis of inflammatory markers can be valuable in identifying high-risk patients with rosacea, predicting disease severity and treatment efficacy.

Розацеа - хроническое воспалительное заболевание кожи лица, которое главным образом поражает людей со светлой кожей и, как правило, начинается в среднем возрасте. В структуре дерматологической патологии розацеа составляет от 2% до 10% (Адаскевич В.П., 2005). Типичные клинические признаки включают эритему, приливы, телеангиоэктазии, папулы и пустулы, расположенные на центральной части лица. Хотя распространенность розацеа наиболее высока среди белого населения североевропейского происхождения, недавние исследования показали, что розацеа часто встречается у людей с широким спектром расового/этнического происхождения и типов кожи. Когда розацеа проявляется на

более темных типах кожи, диагностика часто бывает более сложной из-за маскировки черт лица повышенным уровнем эпидермального меланина. Отмечается поздняя диагностика заболевания из-за трудности распознавания эритемы и телеангиоэктазии на темной коже. Тем не менее, исследования, проведенные во всем мире, показали корреляцию между розацеа и такими факторами, как более жаркий климат и повышенное пребывание на солнце [1,2,3,16]. Не исключается провоспалительное действие ультрафиолетового излучения на кожу, а также присутствие клещей демодекса.

Целью исследования было изучить показатели общего анализа крови, маркеры системного воспаления и показатели иммунологического статуса у пациентов с розацеа.

Материалы и методы: В исследование были включены 38 пациентов с диагнозом розацеа с эритематозно-телеангиэктатическим и папуло-пустулезным подтипом в возрасте от 19 до 63 лет, средний возраст составил 37.5±14.7 лет. Группу контроля составили 20 здоровых человека, аналогичных по возрасту и полу. Давность заболевания составила от 3 месяцев до 16 лет.

В исследовании изучается прогностическое значение трех маркеров: отношения нейтрофилов к лимфоцитам (NLR), отношения тромбоцитов к лимфоцитам (PLR) и индекса системного иммунного воспаления (SII) при розацеа. Проводилось так же внутригрупповое исследование этих показателей при разных подтипах заболевания. Исследование было направлено на установление взаимосвязи между NLR, PLR, SII и тяжестью течения разных подтипов розацеа. NLR рассчитывали путем деления абсолютного количества нейтрофилов (ANC) на абсолютное количество лимфоцитов (ALC); PLR рассчитывали путем деления абсолютного количества тромбоцитов (PLT) на абсолютное количество лимфоцитов (ALC). Также изучалось состояние показателей клеточного иммунитета с идентификацией CD3+, CD4+, CD8. Материалом для исследования показателей клеточного иммунитета служила периферическая кровь пациентов с изучением вышеуказанных субпопуляций.

Результаты исследования: согласно классификации розацеа, предложенной G.Plewig и A.M.Kligman (1994), эритематозно-телеангиэктатический подтип регистрировался у 16 больных (42,1%), папуло-пустулёзный подтип - 20 (52,6%). Кроме того, у 2 больного (5,2%) диагностировано фиматозное состояние (ринофима). У 24 (63 %) пациентов с розацеа был обнаружен Demodex fol. Распределение больных по клиническим формам розацеа представлено в таблице 1.

Табл.1

Признак	**Исследуемая группа (N= 38)**	**Контрольная группа (N=20)**
Возраст – лет	37.5±14.7	35.2±9.1
Мужской пол – абс (%)	20 (53%)	11 (55%)
Женский пол – абс (%)	18 (47%)	9 (45%)
St.localis:		
эритема – абс (%)	38 (100%)	-
телеангиэктазии – абс (%)	34 (89%)	-
папулы – абс (%)	20 (53%)	-
пустулы – абс (%)	20 (53%)	-
Ринофима – абс (%)	2(5%)	-
Локализация:		
щеки – абс (%)	38 (100%)	-
лоб – абс (%)	20 (53%)	-
крылья носа – абс (%)	18 (47%)	-
подбородок– абс (%)	18 (47%)	-
Demodex fol.– абс (%)	24 (63%)	-
Жалобы:		
зуд – абс (%)	38 (100%)	-
жжение – абс (%)	20 (53%)	-
чувство стягивания – абс (%)	10 (26%)	-
повышенная чувствительность – абс (%)	10 (26%)	-
Астено-невротический синдром – абс (%)	16(21%)	2 (10%)

Сахарный диабет – абс (%)	4 (10.5%)	1 (5%)
Микоз стоп – абс (%)	4(10.5%)	-
ЖКТ:		
гастродуоденит – абс (%)	6 (16%)	2 (10%)
холецистит– абс (%)	6 (16%)	-
гастрит – абс (%)	4(10,5%)	2 (10%)

При изучении показателей крови были выявлены статистически значимые различия (p <0.05) по следующим показателям: общее количество тромбоцитов (PLT) в группе сравнения было выше, чем в группе контроля, и составило 297,7*10^9/L, отношение тромбоцитов к лимфоцитам (PLR) составило 169,4 в группе сравнения и 117,5 в группе контроля, соотношение нейтрофилов к лимфоцитам (NLR) - 2,92 в группе сравнения и 1,9 в группе контроля, IgA – 2,43 и 1,7 г/л, IgG – 11,84 и 10,23 г/л соответственно, индекс системного иммунного воспаления (SII) составил – 925,6. (рис.1, 2)

Рис.1 Значение индексов воспаления в исследуемой и контрольной группе **(p<0.05)**

Таким образом, в сравнении с контрольной группой индекс PLT у пациентов с розацеа был значительно выше. Кроме того, показатели PLR и NLR в группе больных были выше, чем у здоровых людей.

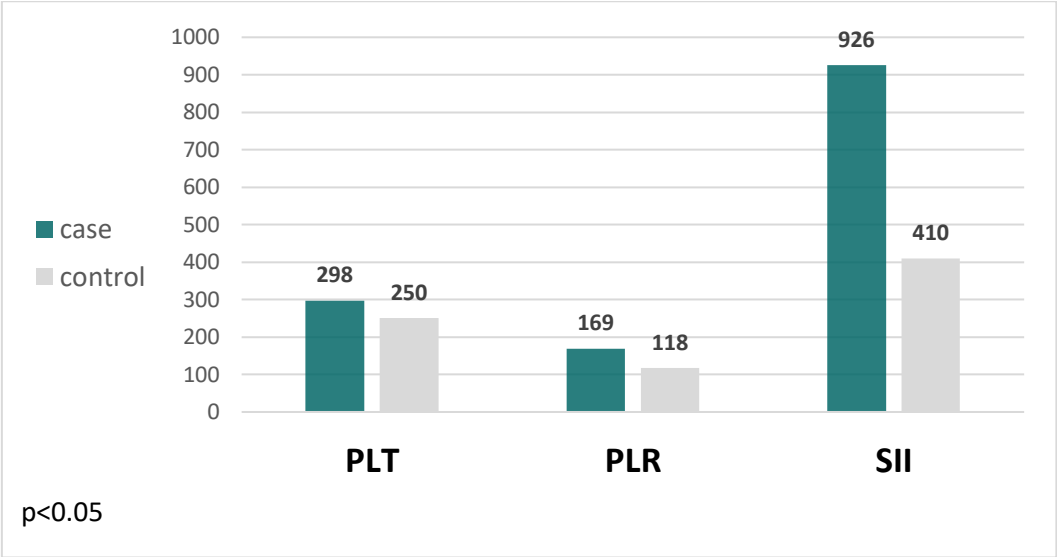


Рис.2 Роль тромбоцитов в патогенезе розацеа. Сравнение показателей, включающих тромбоциты, в исследуемой группе и группе контроля **(p<0.05)**

Анализ количества клеток и определение вида CD маркеров, позволяет характеризовать тип, силу и характер иммунного ответа. Нами исследованы CD маркеры общей популяции лимфоцитов - Т-лимфоциты (CD3+), а так же Т-хелперы (CD4+), Т-цитотоксические (CD8+), индекс соотношения CD4+/CD8+.

В проведенном исследовании у пациентов с розацеа выявлен дефицит в Т-клеточном звене иммунитета, характеризующийся снижением CD3+ и CD4+ клеток, напротив, установлено повышение CD8+ клеток как абсолютных, так и относительных величин. Соотношение CD4+/CD8+ оказалось ниже в исследуемой группе - 1,24 относительно группы контроля- 1,75. Также были выявлены различия в уровнях лимфоцитов, а именно количество CD3+ в исследуемой группе составило 50,99% и оказалось ниже, чем в контрольной группе- 59,5%. Количество CD4+ аналогично оказалось ниже в исследуемой группе - 29,42%, чем в группе контроля – 36,5%. Количество CD8+ напротив в исследуемой группе оказалось выше (24,32%), чем в группе контроля (22%). ИРИ оказался ниже в исследуемой группе -1,24 относительно группы контроля- 1,75. (рис.3)

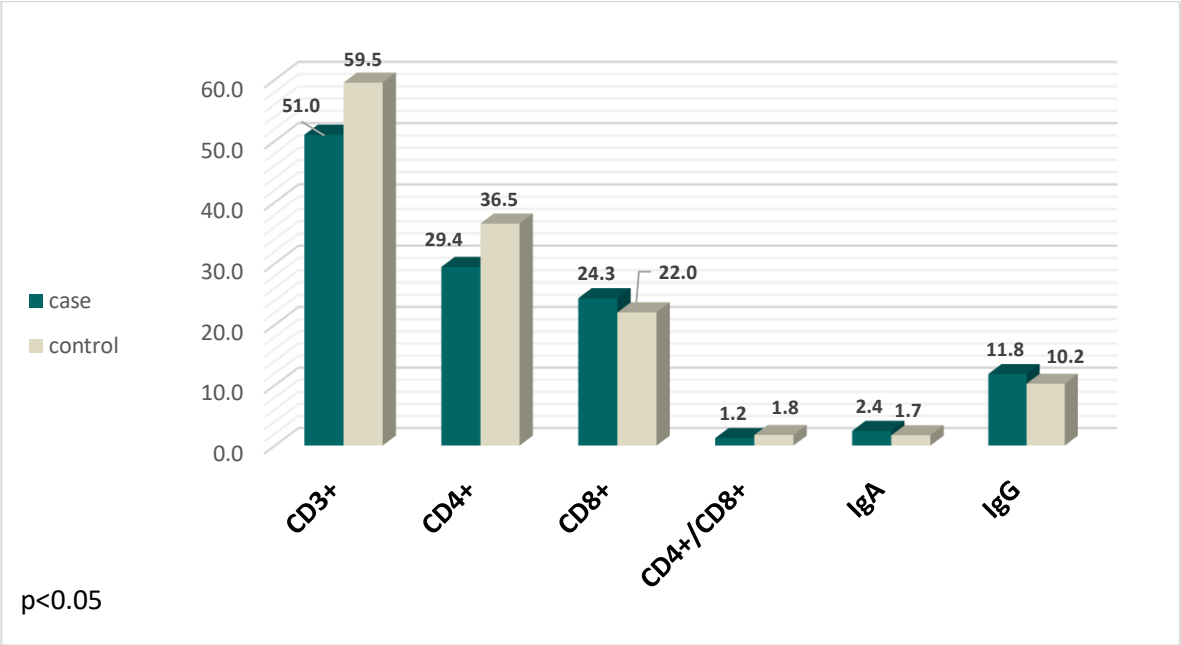
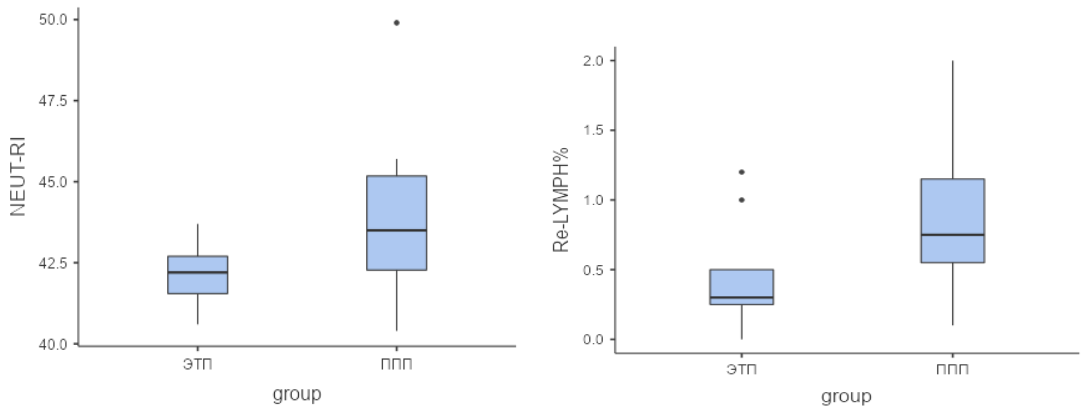


Рис.3 Уровень лимфоцитов в исследуемой группе и группе контроля **(p<0.05)**

Также исследуемая группа была разделена на 2 подгруппы по подтипу розацеа (ЭТП, ППП) и далее подгруппы сравнивались по показателям ИМГГ plus. В результате сравнения были выявлены статистически значимые различия, а также тенденции по следующим показателям: NEUT-RI, Re-LYMPH%, CD4+/CD8+, IG%, BASO%, PLT, которые имели статистически значимые различия. (рис.4)



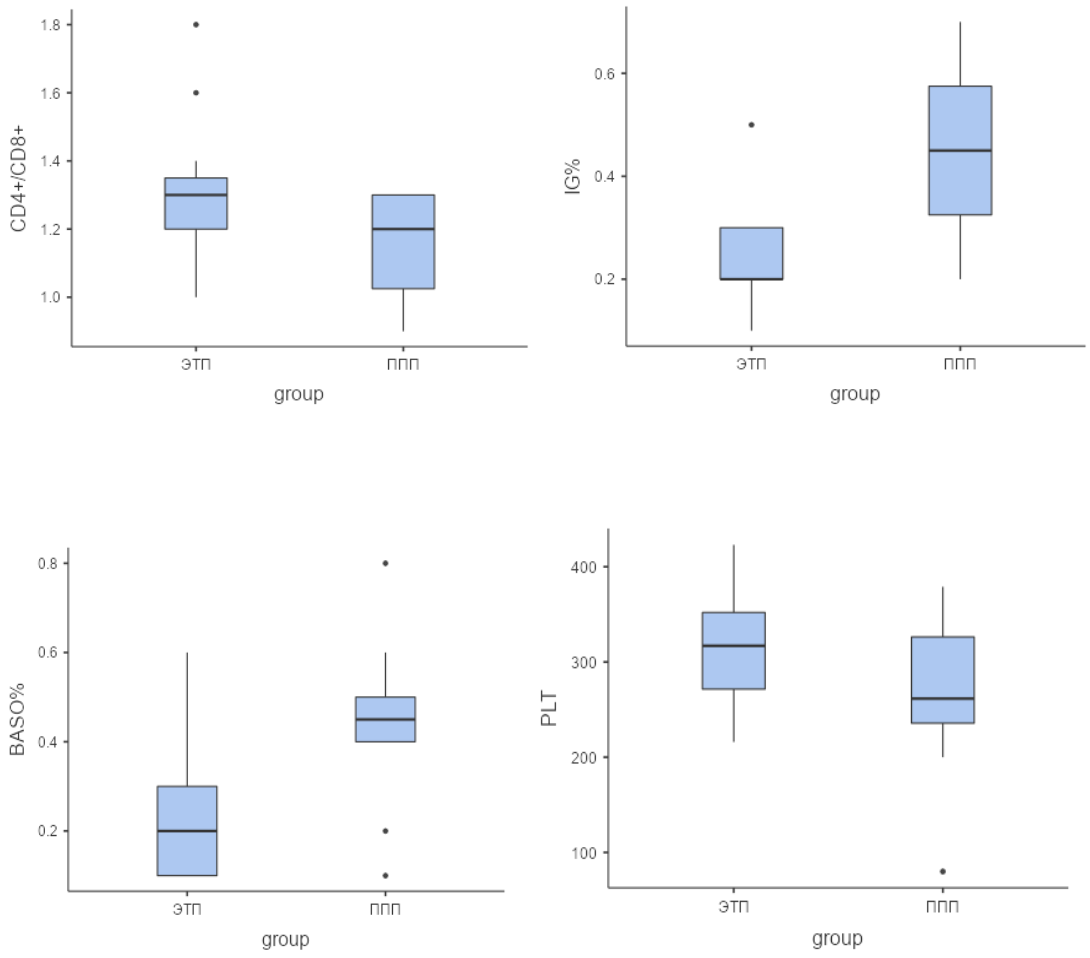


Рис.4 Внутригрупповые сравнения группы ЭТП с ППП. ($p<0.05$)

Обсуждение: Розацеа — это хронический воспалительный дерматоз лица, характеризующийся частыми рецидивами, сопровождающимися стойкой эритемой, телеангиэктазиями, появлением папул и пустул. Предполагается, что в развитии заболевания имеют значение нарушения в системе врожденного и приобретенного иммунитета, нейровоспалительные механизмы, воздействие УФ-излучения, нарушения в регуляции кровеносных и лимфатических сосудов. Хроническое воспаление играет ключевую роль в патогенезе розацеа и появлении клинических симптомов. Конкретная причина повышения уровня воспалительных медиаторов при заболевании, неизвестна [20,21].

В качестве диагностических биомаркеров многих заболеваний, связанных с воспалительными процессами, используются показатели общего анализа крови [10,12].

В литературе имеется множество исследований, изучающих параметры ОАК как маркеры системного воспаления. Сообщалось также, что соотношение нейтрофилов и лимфоцитов (NLR), соотношение тромбоцитов и лимфоцитов (PLR), соотношение лимфоцитов и моноцитов (LMR), уровень С-реактивного белка (CRP), ширина распределения эритроцитов (RDW), средний объем тромбоцитов (MPV), который определяется как маркер активации тромбоцитов, были связаны с прогнозом и клинической тяжестью течения различных заболеваний [7,9,18]. Отношение нейтрофилов к лимфоцитам (NLR), согласно недавним исследованиям, можно использовать как маркер воспаления при многих заболеваниях. Повышенный уровень RDW связан с увеличением количества цитокинов, включая IL1, IL6, IL10 и TNF-α [13,15].

В исследовании, проведенном İslamoglu et al., эти параметры изучались у больных гнездной алопецией и группы здоровых. Было установлено, что в группе больных и группе контроля не было статистически значимых различий по показателям RDW, MPV, LMR, NLR и PLR, в то время как значения CRP (С-реактивный белок) были значительно выше в группе больных [14].

Kim и коллеги обнаружили статистически значимую взаимосвязь между повышенными уровнями NLR и PLR и псориазом и псориатическим артритом. Кроме того, было обнаружено, что как NLR, так и PLR является прогностическим показателем развития псориатического артрита [11]. Zaragoza et al. сообщили, что повышенное значение NLR при карциноме Меркеля может быть связано с повышенным риском смертности [19]. Atas et al. обнаружили, что С-реактивный белок и NLR были статистически выше у пациентов с красным плоским лишаем по сравнению с контрольной группой [20].

Существует несколько исследований, изучающих параметры крови при розацеа. Akin Belli и соавторы в своем исследовании проанализировали соотношение нейтрофилов к лимфоцитам (NLR), моноцитов к холестерину липопротеинов высокой плотности (HDL) (MHC) и тромбоцитов к лимфоцитам (PLR) у 60 больных розацеа в сравнении с контрольной группой, а также изучили взаимосвязь между этими показателями и метаболическими нарушениями у

больных розацеа. Они сообщили, что NLR, показатели липопротеинов низкой плотности (LDL), общего холестерина, триглицеридов, С-реактивного белка, средних уровней систолического и диастолического артериального давления и наличие резистентности к инсулину были значительно выше у пациентов с розацеа по сравнению с контрольной группой. Они сообщили, что уровни NLR и резистентности к инсулину в их исследовании подтверждают предыдущие исследования, указывающие на повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с розацеа. Они также предположили, что коэффициент МНС можно использовать в качестве простого и недорогого метода прогнозирования метаболических нарушений у пациентов с розацеа [14].

В нашем исследовании мы изучали воспалительные параметры крови при розацеа. Были выявлены статистически значимые различия по показателям PLT, PLR, NLR, SII - в группе сравнения эти показатели оказались статистически значимо выше, чем в группе контроля. Показатели IgA составили 2,43 г/л в группе сравнения и 1,7 г/л в группе контроля, IgG – 11,84 и 10,23 г/л.

В проведенном нами исследовании у пациентов с розацеа выявлен дефицит в Т- клеточном звене иммунитета, характеризующийся снижением CD3+ и CD4+ клеток, напротив, установлено повышение CD8+ клеток как абсолютных, так и относительных величин. Соотношение CD4+/CD8+ оказалось ниже в исследуемой группе - 1,24 относительно группы контроля- 1,75.

Мы также исследовали эти показатели у пациентов с розацеа в зависимости от подтипа розацеа. Для этого пациенты с розацеа были разделены на 2 подгруппы - ЭТП и ППП. Было обнаружено, что различия в NLR и PLR у пациентов с ЭТП и ППП были статистически значимыми только по сравнению с контрольной группой, а NEUT-RI, Re-LYMPH%, CD4+/CD8+, IG%, BASO%, PLT в группах сравнения имели статистически значимые различия. По остальным показателям статистически значимой разницы между группами не было.

Таким образом, мы изучили взаимосвязь между биомаркерами системного воспаления и тяжестью течения заболевания. У всех больных розацеа были определены высокие значения изучаемых показателей. Однако, при сравнении

этих же показателей в подгруппах взависимости от подтипа розацеа статистических значимых различий не было обнаружено. Результаты исследования позволяют считать предварительные показатели NLR, PLR и SII полезными прогностическими индикаторами заболевания у пациентов с ранней стадией розацеа.

Заключение: Полученные результаты показывают, что системные воспалительные маркеры в образцах периферической крови могут иметь диагностическую ценность в группах высокого риска с розацеа. Существующие методы диагностики следует сочетать с оценкой маркеров системного воспаления в клинической практике. Необходимы дальнейшие проспективные исследования, включающие большее число пациентов, чтобы определить, можно ли использовать параметры воспаления в крови такие, как NLR, PLR и SII в качестве маркеров заболевания при розацеа. Кроме того, проспективные исследования, сравнивающие данные длительного наблюдения за больными розацеа, позволят оценить изменения уровней маркеров воспаления в течение заболевания.

Литература/References

1. *Адаскевич В.П. Акне: вульгарные и розовые. М.: Медицинская книга. Н. Новгород: Издательство НГМА, 2005. 160 е.: ил*
2. *Бекмуратова Э.Э., Каримова М.К. //Опыт применения секнидокса в комплексной терапии розацеа. // Новости дерматовене-рологии и репродуктивного здоровья. Ташкент.- №2.- 2014.- С.80-84*
3. *Мигель-Гомес Л., Фонда-Паскуаль П., Вано-Гальван С., Каррильо-Хихон Р., Муньос-Зато Э., Экстрафациальная розацеа с преимущественным поражением кожи головы., Индийский J Dermatol Venereol Leprol. 2015; 81: 511-513*
4. *Салимова И.У., Агзамходжваева С.С.// Современные аспекты патогнеза и клинического течения розацеа (обзор) // Сборник материалов I-научно-практической конференции Инновации в здравоохранении: тенденции и перспективы», Ташкент, 2020, С.94-102*
5. *Халед А., Хаммами Х., Зеглауи Ф. и другие. Розацеа: 244 случая в Тунисе. Tunis Med. 2010; 88 : 597-601*
6. *Ertam İ, Güler N. Etiopathogenesis of rosacea. Turkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics. 2018;11:1-8.*
7. *Mustafa Korkut, Hamit Hakan Armağan. Can NLR, PLR and LMR be used as prognostic indicators in patients with pulmonary embolism? Bosn J Basic Med Sci. 2021 Aug 1;21(4):501.*
8. *Bakar Ö, Demirçay Z. The etiopathogenesis and the new classification system of rosacea. Türkderm. 2007;41:77-80.*
9. *Falay Gur T, Erdemir AV, Gurel MS, Kocyigit A, Guler EM, Erdil D. The investigation of the relationships of demodex density with inflammatory response and*

oxidative stress in rosacea. Arch Dermatol Res.2018;310:759-767

10. *Akarsu M, Dikker O. The neutrophil lymphocyte rate and mpv relationship with helicobacter pyloripositivity. Dicle Med J. 2019;46:201-207.*
11. *Ucuz İ, Özcan Ö, Mete B, Arı A, Tetik B, Yıldırım K. Evaluation of inflammatory markers in childhood-onset psychiatric disorders by using artificial intelligence architectures. Anatolian Journal of Psychiatry. 2019*
12. *Asahina A, Kubo N, Umezawa Y, Honda H, Yanaba K, Nakagawa H. Neutrophil-lymphocyte ratio, platelet-lymphocyte ratio and mean platelet volume in Japanese patients with psoriasis and psoriatic arthritis: response to therapy with biologics. J Dermatol. 2017;44:1112-1121.*
13. *Yazici S, Yazici M, Erer B, et al. The platelet indices in patients with rheumatoid arthritis: mean platelet volume reflects disease activity. Platelets.2010;21:122-125.*
14. *Fan Z, Tang S. Mean platelet volume and platelet count are elevated in patients with subacute thyroiditis. Clin Lab. 2017;63:1487-1492.*
15. *İslamoğlu ZGK, Demirbaş A. Evaluation of complete blood cell and inflammatory parameters in patients with alopecia areata: their association with disease severity. J Cosmet Dermatol. 2019. https:// doi.org/10.1111/jocd.13131*
16. *Kim DS, Shin D, Lee MS, et al. Assessments of neutrophil to lymphocyte ratio and platelet to lymphocyte ratio in Korean patients with psoriasis vulgaris and psoriatic arthritis. J Dermatol. 2016; 43: 305-310.*
17. *Akin Belli A, Kara A, Ozbas GS. Can hematologic parameters be an indicator of metabolic disorders accompanying rosacea? Acta Dermatovenerol Croat. 2017;25:145-150*
18. *Erbağcı Z. Rosacea: current thoughts on classification and ethiopathogenesis. T Klinikleri J Dermatol. 2005; 15: 105-116.*
19. *Zaragoza J, Kervarrec T, Touzé A, et al. A high neutrophil-to-lymphocyte ratio as a potential marker of mortality in patients with Merkel cell carcinoma: a retrospective study. J Am Acad Dermatol. 2016; 5: 712-721.*
20. *Ataş H, Cemil BÇ, Kurmuş GI, Gönül M. Assessment of systemic inflammation with neutrophil-lymphocyte ratio in lichen planus. Postepy Dermatol Alergol. 2016; 33: 188-192.*
21. *Gökçe C, Aycan-Kaya Ö, Yula E, et al. The effect of blood glucose regulation on the presence of opportunistic Demodex folliculorum mites in patients with type 2 diabetes mellitus. J Int Med Res. 2013;41:1752-1758*

УДК:616.314-089.23:616.314.17-008. 1-02

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Назарова Нодира Шариповна[1], Саидмурадова Жамила Батыровна[2], Равшанов Исроил Равшанович[3]

[1]д.м.н., доцент кафедры стоматологии факультета последипломного образования Самаркандского государственного медицинского института
[2]ассистент кафедры детской стоматологии Самаркандского государственного медицинского института

[3]ассистент кафедры стоматологии факультета последипломного образования Самаркандского государственного медицинского

АННОТАЦИЯ

Зубочелюстные аномалии относятся к группе основных стоматологических заболеваний и характеризуются высокой распространенностью. В настоящее время распространенность зубочелюстных аномалий у детей и подростков в странах СНГ составляет 50-80%, при этом 37% населения, нуждаются в специализированной ортодонтической помощи (Л.С. Персин, 2014).

Внедрение в стоматологию новых технологий и материалов позволяют в процессе ортодонтического лечения с использованием несъемной техники добиться оптимальных функциональных и эстетических результатов (Арсенина О.И., 2018; Alexander W., 2018; McLaughlin R., 2015; Proffit W., 2013). Если раньше съемные аппараты применяли в 90% случаев, то в настоящее время они используются лишь в 16% наблюдений. Сегодня 84% пациентам проводят лечение с использованием несъемной аппаратуры (Н.М. Шулькина, В.А. Ускова, М.В. Шулькин, 2019).

Однако, несмотря на неоспоримые преимущества применения брекет-системы, фиксированные на зубах брекеты, кольца, дуги, проволоки, лигатуры, пружины значительно затрудняют гигиену полости рта, что приводит в 32,7% случаев к поражению твердых тканей зубов, в основном иммунных к кариесу поверхностей, и в 92% отмечается неблагополучное состояние пародонта.

Процент осложнений (изменение цвета эмали зубов вокруг брекетов, образование белых пятен и дефектов эмали, развитие воспалительных заболеваний пародонта - гингивит, пародонтит), выявленных в процессе ортодонтического лечения, остается еще высоким - от 32,7 до 50% (Кисельникова Л.П., Рамм H.L, 2016,; Медведовская Н.М., 2017).

Нарушения окклюзии зубных рядов повышают риск возникновения других стоматологических заболеваний и затрудняют процесс подготовки пищи к перевариванию и усвоению, создают эстетические и связанные с ними психологические проблемы. Действительные или воображаемые косметические недочёты, сопровождающие аномалии строения зубочелюстной системы, могут стать для человека источником моральных страданий и комплексов собственной неполноценности (Дмитриенко С.В., 2014; Селезнев Д.А., 2017).

Распространенность воспалительных заболеваний пародонта остается на высоком уровне (Домашева Н.Н., 2018; Bodet C., Chandad F., Grenier D., 2017), при этом клиническая картина хронического катарального гингивита, а также ранних стадий хронического генерализованного пародонтита характеризуется маломанифестным и латентным течением, что затрудняет своевременную диагностику и, следовательно, отдаляет начало проведения адекватных лечебных и реабилитационных мероприятий. Распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний у людей с ортодонтическими конструкциями более выражены, чем у пациентов, не использующих их.

Исследования, посвященные профилактике стоматологических заболеваний при ортодонтическом лечении многочисленны, но до сих пор нет четких критериев, оценки состояния твердых тканей пародонта, не дифференцированы комплексы профилактических мероприятий, необходимых для поддержания здоровья тканей пародонта в различных возрастных группах при использовании несъемной ортодонтической техники.

В связи с этим, разработка и совершенствование методов ранней диагностики и профилактики начальных форм кариеса зубов и воспалительных

заболеваний тканей пародонта в период ортодонтического лечения относится к числу актуальных задач, требующих своего разрешения. Вместе с тем, эта проблема, как и сведения о средствах предупреждения патологических изменений, возникающих в полости рта при лечении брекет-системами, остаются недостаточно изученными.

. **Целью** данного исследования является изучение морфологического и функционального состояния тканей пародонта при ортодонтическом лечении.

Современные ортодонтические конструкции в виде съёмных и несъёмных конструкций, стали все более широко внедряться в стоматологическую практику при лечении различных зубочелюстных аномалий.

Среди ортодонтических конструкций стала значительно чаще применяться несъемная ортодонтическая техника, что расширило возможности исправления зубочелюстных аномалий. По данным V. Ressi (2016), врач-стоматолог чаще проводит лечение больных, как часть комплексного лечения с участием других стоматологических специальностей и специальностей смежных областей, при этом отличные результаты ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий отмечают как у подростков, так и у взрослых лиц.

Ключевые слова: *Индекс стоматологического здоровья, заболевания пародонта, вкусовой анализатор, хронический генерализованный пародонтит*.

Материал и методы исследования. Для изучения морфологических и функциональных изменений в тканях пародонта было проведено углубленное стоматологическое обследование лиц с заболеваниями пародонта, находящиеся на ортодонтическом лечении в областной стоматологической поликлинике в количестве 38 человек - основная группа, а также 20 пациентов, которые не имеют зубочелюстные аномалии. Их взяли как группу сравнения.

Результаты и обсуждение

Ортодонтическое лечение, которое направлено на исправление беспорядочно расположенных зубов, их скученности, нормализацию

соотношения зубов, может выступать причиной, провоцирующей заболевания пародонта в результате изменения состояния тканей, которые окружают зубы.

Зубочелюстные аномалии характеризуются серьезными нарушениями соотношения зубов, выражающиеся в снижении эффективности функций височно-нижнечелюстного сустава, в развитии патологии жевательного аппарата, а также в появлении косметических дефектов, что снижает психическое равновесие больных, которое ведет к появлению комплексов, замкнутости и др

Лечение развитых зубочелюстных аномалий и деформаций челюстно-лицевой области в сегодняшнее время происходит как с помощью съемных ортодонтическескеских конструкций (СОК), так и несъемных ортодонтических конструкций (НОК).

Нами был проведен маркетинговый опрос по выяснению спроса людей на предлагаемое стоматологическое обслуживание (коррекция и нормализация прикуса). По данным сделанного маркетингового обследования ученые пришли к следующему выводу: больше половины опрошенных не имеют представления о слове «брекеты»; ради косметического благополучия и здоровых зубов 72% опрошенных, в основном респонденты женского пола были согласны протерпеть неудобства, но оплачиваь за это большие финансы согласны очень маленький контингент населения; население смирилось с тем, что использование брекетов при необходимости имеет большое значение для стоматологического состояния полости рта и красоты зубов, причем большинство из них думают, что это нужно; почти 45% обследованных думают, что и ровный прикус и красивые зубы не имеют ни-какого отношения для того, чтобы быть красивым.

Кровоточивость десен, наличие зубного налета, неглубокие зубодесневые карманы у лиц молодого возраста, не соблюдающих гигиену полости рта, особенно у лиц с ортодонтическими аппаратами, и не получающих соответствующую лечебную помощь, приводят в течение нескольких лет к выраженным и стойким заболеваниям пародонта (пародонтитам), требующим длительного и комплексного лечения.

В период ортодонтического лечения ухудшаются клинические и микробиологические показатели состояния гигиены полости рта. На поверхности ортодонтических аппаратов, кроме обычных представителей микробного пейзажа полости рта, вегетирует большое количество патогенных стафилококков и дрожеподобных грибов кандида.

Если микробная флора полости рта у здоровых людей обладает относительным постоянством, которое считается нормальным явлением, а также эта симбиотическая микрофлора выполняет роль барьера, препятствуя развитию в полости рта патогенных микроорганизмов, попадающих из внешней среды, то нарушение этого соотношения приводит к увеличению общего количества микроорганизмов и вегетированию в области рта штаммов микроорганизмов, не характерных для этой области организма человека. Снижение иммунитета при этом может привести к возникновению воспалительных процессов в полости рта.

Ортодонтическое лечение подавляет факторы местного иммунитета полости рта, проявляясь снижением активности лизоцима (на 99,8%, 26,6%, 10,89% и 53,5%, 10,09%, 4,08%, соответственно) и концентрации slgA в смешанной слюне (на 129,09%%, 62,29%, 22,89% и 83,51%, 34,42%, 14,59%, соответственно) в 1 и 2 группах на 7 сутки, через 1 и 3 месяца после фиксации несъемной аппаратуры.

При ортодонтических вмешательствах, сопровождающихся длительным использованием соответствующей аппаратуры, перегрузкой отдельных зубов, нередко развиваются тяжелые осложнения со стороны пародонта, питание тканей нарушается вследствие сдавления и тромбоза сосудов и расстройства венозного кровообращения. Ортодонтическая аппаратура способствует ретенции пищевых остатков налета. Наиболее часто страдает оральная поверхность десневого фая, особенно при пользовании пластинками с вестибулярными дугами, которые сдавливают ткани десны, травмируя их при микроэкскурциях протеза.

Функциональное состояние пародонта неоднородно в процессе ортодонтического лечения скученного положения зубов. Снижение этих параметров в последующем обусловлено адаптацией опорно-удерживающего аппарата зуба к прилагаемой нагрузке, что согласуется с данными в работах Лобанова Ю.С. (2014).

Таким образом, одним из основных факторов, играющих важную роль в возникновении болезней пародонта у лиц, пользующихся ортодонтическими аппаратами является само наличие этого аппарата, а также плохое гигиеническое содержание полости рта, которое приводит к увеличению контаминации полости рта различными условно-патогенными микроорганизмами, которые, в свою очередь, могут быть возбудителями воспалительных процессов в этой области.

что у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями на этапах аппаратурного лечения при использовании съемных и несъемных аппаратов развивается дисбаланс иммунной системы. Снижение эффективности профилактических мероприятий и средств у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями обусловлено развитием периодов иммунологического напряжения при использовании брекет-системы.

Исследование состояния пародонта в процессе ортодонтического лечения скученного положения зубов у пациентов в возрасте 13-18 лет, проведенное Панкратовой Н.В. и А.Б.Слабковской А.Б. (2016) позволило установить, что неправильное положение в зубном ряду снижает выносливость их пародонта к горизонтальной нагрузке.

Динамика показателей клеточного и гуморального звена иммунитета на этапах ортодонтического лечения связана с видом и сроком аппаратурного лечения. У детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями, находящихся на лечении с использованием съемных аппаратов периоды иммунологической дискоординации возникают через 5 и через 15 месяцев после фиксации ортодонтических аппаратов. Дети с зубо-челюстными аномалиями и

деформациями, находящиеся на лечении с использованием брекет-системы имеют те же периоды иммунологического напряжения, но при этом признаки дисбаланса выражены у них более значительно. Ортодонтическое лечение с использованием съемных и несъемных аппаратов оказывает негативное воздействие на ткани полости рта.Дети с зубочелюстными аномалиями и деформациями, находящиеся на лечении с использованием съемных и несъемных аппаратов, отличаются от детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями без ортодонтического лечения по динамике клинических показателей состояния полости рта. На этапах ортодонтического лечения (через 15, 24, 36, 48 месяцев) они имеют большие значения индексов гигиены, РМА, индексов КПУ(з) и КПУ(п), больший темп прироста кариеса зубов, большее значение ТЭР-теста, большую распространенность кариеса в стадии пятна.

Ортодонтическое лечение способствует снижению уровня гигиены полости рта на 26,8 % на седьмые сутки после фиксации несъемной аппаратуры.

Отрицательные последствия ортодонтического лечения (увеличение индекса РМА, размеров и интенсивности окрашивания кариозных пятен) более выражены у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями при использовании брекет-системы. Использование иммунокоррекции на этапах ортодонтического лечения позволяет предупредить развитие дисбаланса иммунной системы при лечении брекет-системой. Иммунокоррекция, проводимая с учетом периодов иммунологического напряжения через 5 и через 15 месяцев после фиксации брекетов, позволяет нормализовать показатели иммунной системы у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями на протяжении 48 месяцев аппаратурного лечения, включая ретенционный период.

Выводы. Профилактика пародонтита необходима для оптимального распределения функциональных напряжений в альвеолярной части челюсти, так как трехмерное математическое моделирование в сравнении с интактным зубным рядом выявило увеличение интенсивности напряжений в костной ткани на 7,0% и

36,2% при резорбции на 1/3 альвеол нагруженного моляра (соответственно при вертикальной и горизонтальной нагрузках) и на 28,9% и 68,1% при его удалении.

Трудоемкость стоматологического лечения и профилактики составляет по данным хронометража: курс лечения пародонтита – 3,1 часа, гингивита 1,08 часа, изготовление окклюзионной шины 0,86 часа у врача и 1,08 часа у зубного техника, наложение композитной пломбы 0,60 часа, изготовление керамической вкладки 1,10 часа у врача и 2,5 часа у зубного техника, эндодонтическое лечение с восстановлением зуба светокомпозитом 1,47 часа (с ревизией запломбированных корневых каналов 2,1 часа) (с восстановлением керамической вкладкой зуба при первичном и повторном эндодонтическом лечении 1,56 часа и 2,36 часа у врача и по 2,5 часа у зубного техника), удаление зуба 0,58 часа, профессиональная гигиена у гигиениста стоматологического 0,99 часа, ремтерапия 1,23 часа, диспансерный осмотр 0,31 часа.

Таким образом, морфо-функциональные методы определения изменений состояния пародонта у лиц. Находящихся на ортодонтическом лечении, являющийся экономичным, неинвазивным способом оценки бактериального контаминирования слизистой оболочки рта, рекомендуется для использования в практике врачей-ортодонтов.

Литература/References

1. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите. Вестник науки и образования 2020. № 14 (92).Часть 4. С 35-40.*
2. *Назарова Н.Ш., Рахманова Н.Р. "Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите". Достижения науки и образования - научно-методический журнал, 2020, №6(60), стр. 65-71*
3. *Назарова Н.Ш., Норбутаев А.Б., Исмаилова С.О. "Состояние твердых тканей зубов и парадонта у работающих в табаководстве". Достижения науки и образования - научно-методический журнал, 2020, №6(60), стр. 59-65.*
4. *Rizayev Jasur Alimdjanovich, Nazarova Nodira Sharipovna. Assessment Of Changes In The Condition Of Periodontal Tissues In Workers Exposed To Exposure To Epoxy Resin. The American journal of medical sciences and pharmaceutical research №2 P 14-17.*
5. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите. Вестник науки и образования 2020. № 14 (92).Часть 4. С 35-40.*
6. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Эффективность савокупного лечения болезней парадонта и слизистой оболочки работающих с вредными производственныыми факторами. Проблемы биологии и медицины.2020. №3 (119) . С 85-88.*

7. Н.Ш. Назарова, Т.А. Бердиев. Эпоксид смолалар таъсирига учраган ишчиларда пародонтал тукималар холатининг узгаришини бахолаш. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 566-570.
8. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш., Бердиев. Т.А. Шиша толали тузилмаларни ишлаб чикариишда NBF гингивал гелининг самарадорлиги. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь С 678-682.
9. Н.Ш. Назарова, Т.А. Бердиев. Эпоксид смолалар таъсирига учраган ишчиларда пародонтал тукималар холатининг узгаришини бахолаш. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 565-569.
10. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш.,. Бердиев. Т.А. Шиша толали тузилмаларни ишлаб чикариишда NBF гингивал гелининг самарадорлиги. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 565-569.
11. Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш.. Эффективность савокупного лечения болезней парадонта и слизистой оболочки работающих с вредными производственныыми факторами. Проблемы биологии и медицины. 2020. №3 (119) . С 85-88.

УДК: 616.314.11-089.23-615.462/.464-07

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЕРАМИЧЕСКИХ И КОМПОЗИТНЫХ ВИНИРОВ

Авзал АКБАРОВ [1,a], Мохинур ТОЛИПОВА [2,b],
[1] д.м.н. профессор, Ташкентский государственный стоматологический институт
[2] клинический ординатор, Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан
[a]avzal@mail.ru, [b]mokhinurtolipova@mail.com

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF CERAMIC AND COMPOSITE VENEERS

Avzal AKBAROV [1,a], Mohinur TOLIPOVA [2,b]
[1]Doctor of Medicine, Professor, Tashkent State Dental Institute
[2]Clinical resident, Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan
[a]avzal@mail.ru, [b]mokhinurtolipova@gmail.com

Керамика ва композит винирларнинг қийосий тавсифалари

Авзал АКБАРОВ [1,a], Моҳинур ТОЛИПОВА [2,b]
[1]т.ф.д. профессор, Тошкент давлат стоматология институти
[2] клиник ординатор, Тошкент давлат стоматология институти
Тошкент, Ўзбекистон
[a]avzal@mail.ru, [b]mokhinurtolipova@gmail.com

АННОТАЦИЯ

В последние 30 лет мировая стоматология совершила большой скачок вперед. Новые материалы и методики позволяют почти в любой ситуации воссоздать зубы, неотличимые от натуральных. Если в недалеком прошлом мы воспринимали возрастные эстетические проблемы как данность, то сегодня нарушение эстетики – это одна из главных причин, по которым к нам обращаются пациенты. И если раньше здоровые и красивые зубы были признаком молодости, то сегодня это признак внимательности к своему здоровью и грамотности врача. В данной статье мы подробно рассмотрим в сравнительном аспекте преимущества и недостатки композитных виниров с керамическими. Оценены их преимущества и недостатки. Результаты анализа изученной научной литературы в этом направлении показал, что применение виниров преследует эстетические цели по восстановлению красоты, «белизны» и анатомической правильности строения зубов. Выяснено, что на сегодняшний день виниры являются оптимальным эстетическим методом восстановления дефектов вестибулярной поверхности зубов.

Ключевые слова: эстетика, стоматология, протезирование, винир.

ABSTRACT

In the last 30 years, the world of dentistry has made a great leap forward. New materials and techniques make it possible to recreate teeth indistinguishable from natural ones in almost any situation. If in the recent past we took age-related aesthetic problems for granted, today the violation of aesthetics is one of the main reasons why patients come to us. Additionally, if earlier healthy and beautiful teeth were a sign of youth, today it is a sign of attentiveness to one's health and the literacy of a doctor. In this article, we will consider in detail in a comparative aspect the advantages and disadvantages of composite veneers with ceramic veneers. Their advantages and disadvantages are assessed. The results of the analysis of the studied scientific literature in this direction showed that the use of veneers pursues aesthetic goals in restoring the beauty, "whiteness" and anatomical correctness of the structure of the teeth. It has been

found that veneers are currently the optimal aesthetic method for restoring defects in the vestibular surface of teeth.

Key words: aesthetics, dentistry, prosthetics, veneer.

АННОТАЦИЯ

Сўнгги 30 йил ичида жаҳон стоматологиясида катта ривожланиш рўй берди. Янги техника ва материаллар тишларни ҳар қандай вазиятда табий тишлардан ажратиб бўлмайдиган даражада тиклашга имкон беради. Агар яқин ўтмишда биз инсоннинг йошига боғлик, эстетик муаммоларни оддий деб билган бўлсак, бугунги кунда эстетика бузилиши, беморларнинг бизга мурожат қилишининг асосий сабабларидан биридир. Бгунги кунда соғлом ва чиройли тишлар нафакат ёшлик белгиси – бу беморнинг ўз соғлигига этиборлиги ва шифокорнинг саводхонлигидан далолат беради.

Ушбу мақолада биз керамик ва композит винирларнинг афзалликлари ва камчиликларини қийосий жихатдан батафсил ўргандик. Бу йўналишда ўрганилган илмий адабиетлар тахлили натижаларига кўра, винирлар тишнинг гўзаллигини, “оклигини” ва анатомик тузилишини тиклайди. Малум бўлишича, бгунги кунда винирлар тишларнинг вестибулар юзасидаги нуқсонларни тиклашнинг оптимал эстетик усули деб хисобланади.

Калит сўзлар: эстетика, стоматология, протезлаш, винир.

Summary. In the last 30 years, the world of dentistry has made a great leap forward. New materials and techniques make it possible to recreate teeth indistinguishable from natural ones in almost any situation. If earlier healthy and beautiful teeth were a sign of youth, today it is a sign of attentiveness to one's health and the literacy of a doctor. Based on the literature data, this article discusses the effectiveness of the use of direct composite restorations and ceramic inlays.

Relevance. The rapid growth and pace of development of technologies, including in reconstructive - aesthetic dentistry, require the development and implementation of advanced methods for the restoration and reconstruction of teeth. Aesthetic dentistry is a field of dental science dedicated to the study of the aesthetics of the maxillofacial region. This section studies the norms, anomalies and deformations of the maxillofacial region, as well as methods for their elimination and prevention. In other words, it is a branch of dentistry that works for the aesthetic beauty of the human face [1-4]. To date, the pathology of hard dental tissues remains an important problem in the practice of a dentist. The section of orthopedic aesthetics is the theory of artistic modeling, in particular the use of veneers. Changing the color and shape of teeth is one of the most requested procedures by patients at the dentist. The demand for cosmetic services in dentistry has increased dramatically in recent years everywhere, and restorations are the most high-quality option for changing a smile [5].

Results and discussion. Improved materials and restoration methods allow us to meet the highest aesthetic requirements of patients. The task of the dentist is to choose the appropriate method of restoration, taking into account the condition of the teeth and the desires of patients. However, despite of aesthetics, specifically the beauty of teeth and smiles contribute to the achievement of self-confidence, at the same time should not forget that the key point is still the overall improvement of teeth.

Veneers are the thinnest (up to 0.3 mm) porcelain plates that are attached with transparent cement to a slightly processed front surface of the tooth. Veneers are lined with the front surfaces of the teeth included in the smile line. Veneers allow to restore the shape and color of a single tooth or a group of teeth, but unlike crowns, they do not cover the entire tooth, only one or two of its surfaces. At the same time, the enamel remains intact, as well as the gums, with which the veneers do not come into contact. Veneers mask defects such as chips, roughness, grooves, wide interdental gaps and allow to achieve a perfect even color. The reflective properties of porcelain in veneers are close to the properties of natural teeth, at the same time it is strong, durable, do not darken and do not cause allergic reactions [28].

Firstly, Pincus CL introduced the technique of treatment with veneers in 1937 year. In the middle of 1970s, with introduction adhesive techniques and composite materials, veneers became widespread. Three methods of veneer fabrication were mainly used: direct composite restorations, prefabricated composite veneers, and individual ceramic veneers [29].

Porcelain veneers are a widely used method of correcting aesthetic disorders of the teeth. Restoration with ceramic veneers is an indirect method. In this case, the patient needs to visit the dentist several times. Porcelain veneers have a thickness of 0.5 to 0.9 mm and require grinding of the tooth to install them. An impression is taken of the treated tooth and a model is made, according to which the veneer is made in the dental laboratory. Porcelain veneers have a several of properties. For instance, they are resistant to staining, unlike composite materials, which change the color of their restorations while eating foods with staining properties. Ceramic has great biocompatibility with soft tissues due to low allergenicity and cytotoxicity. Additionally, on the surface of ceramic, the viability of microorganisms is much less, therefore, the accumulation of plaque will be less. This can be explained by the smooth surface of the ceramic, which prevents bacteria from attaching. The ability of ceramic veneers to transmit light makes it possible to achieve a high aesthetic result. The light that hits the surface of the veneer penetrates to varying depths inside the ceramic, and then reflects off the dental tissues, thereby creating a depth of color and giving the restoration a natural transparency. As for the duration of the service of this restoration, with proper care and following the recommendations of the dentist, ceramic veneers will last you 10-15 years.

Indications for veneers can be: [27].

- Discoloration of various etiologies;
- Violation of the position of the tooth in the dentition;
- The presence of cracks and chips;
- Irregular shape of the tooth;
- Tremas and diastemas

Contraindications for the use of veneers:

-Bruxism;

- Occlusal disorders (straight or deep bite);

- Periodontal disease;

- The presence of carious processes;

- Pathological abrasion of teeth of the second degree or more;

- Lack of sufficient thickness of the enamel, i.e. veneers should not be used unless we ensure that at least 50% of the enamel is preserved during the preparation.

An alternative to ceramic veneers is the use of a composite system. In this case, the aesthetic restoration of the tooth takes place directly in the patient's mouth and can be performed in one visit. The patient can take part in choosing the color and shape of the restoration. While working with this system, there is no need for laboratory steps. Recently, the “Componeer” composite system has become widespread. “Componeer” is a standardized overlay that is industrially fabricated from a proprietary, polymerized, highly filled nanohybrid composite. This is a development of the Swiss company “Coltene/Whaledent”. The manufacturer provides us with three sizes: large, medium and small, and two varieties of opaque plates (white and universal). “Componeer” is available as a premium system-kit containing 84 veneers or as a basic system-kit with 36 veneers. The kits also include additional materials: templates, holder, “componeer” installation tool, modeling tool, synergy D6 and synergy D6 Flow nano-filled microhybrid composite material, “One Coat Bond” one-component adhesive system, polishing discs, strips and heads of different abrasiveness and brushes made of natural bristles. “Componeer” enamel overlays are quite thin. They have a thickness of 0.3 (in the cervical region) to 0.7 mm. (in the area of the cutting edge), so the amount of tissue removed is minimal. During manufacture, a smooth microtexture is applied to the outer surface of the “componeer”, which is mirror-symmetrical for paired teeth. In Synergy D6 composite, the dentin is the carrier of color, and the enamel masses are designed according to the properties of the enamel to create translucency and color depth effects. According to the official website of the “componeer” system, 92.5% of all samples showed no ink penetration; 7.5% illustrated only minimal color change around the edge.

Their durability has not been fully elucidated, because, the “componeer” system was presented in 2011 at the International Dental Show (Cologne, Germany). Presumably, their service life is at least 10 years [27].

In half of the positions “componeer” veneers have a clear advantage over ceramic veneers, they are able to compete with them quite well [27

Table 1.

(according to Donskova A.V.)

Comparative characteristics of aesthetic structures

Indicator	**Ceramic veneers**	**«Componeer» composite veneers**
Structure thinkness	0,5- 0,9 mm	0,3-0,7 mm
Personnel involved in working process	Dentist, assistant, dental technician	Dentist, assistant
Number of visits	4-5	1
Predictability of the final result	-	+
Possibility of allergic reactions to the material	-	+
Aesthetics	Color and shape stability, smooth surface, permanent gloss	Relative color and shape stability, smooth surface, permanent gloss
Service life	10-15 years	Presumably 10 years or more

The use of composite veneers in the anterior region to correct the shape and color of teeth, replace inadequate restorations and align the dentition requires good technical skills and artistic ability from the denstist to recreate adequate contour, shape and texture of the tooth surface. Another important factor is the ability to work with the optical characteristics of the material, which determines the exact reproduction of the color of the restoration [30].

Color is an optical property that mainly determines how a tooth is visually perceived.

The clinician needs a good understanding of the three-dimensional color coordinate system, including hue, saturation, and brightness, as well as aspects of light transmission and opacity.

The nature of the tooth structure is such that optical properties such as translucency, opalescence and fluorescence must also be taken into account.

The visual perception of a tooth is highly dependent on these properties and is determined by how the tooth reflects light, which is then perceived by the observer's eye.

In order to mimic the light reflection of a natural tooth, “GC Gradia Direct” has a microfilled composite matrix including silicates and prepolymerized fillers. The number of each component and the range of particle size distribution are selected in such a way that together they create multiple reflective surfaces with different properties in the material. The result is the appearance of a complex internal structure with a large number of reflective facets - similar to the structure of a natural tooth, which, due to multiple internal reflections, reproduces the optical properties of a living tooth and provides a natural aesthetics of the restoration.

For a large proportion of restorations, “Gradia Direct” can be used in a single shade technique. However, to create truly esthetic and natural-looking composite veneers, multiple shades and translucencies need to be applied. So, if only correction of the shape and position of the tooth is performed, the imitation of a natural tooth is created by creating the inner surface of the dentin layer with a more opaque composite (shade Inside Special), while the outer surface of the dentin layer is performed using the “Standard Shade” shade.

At the end of the procedure, the enamel layer is reproduced with a more translucent composite (Outside Special shade), which gives the restored tooth a vital natural look.

Whle working with a strong discoloration tooth, a different layering technique is used. In this situation, the use of Opaque Dentin (Inside Special) and Dentin Standard Shade will not completely mask the discoloration. An opaquer is required - materials from the Gradia Lab Kit can be used for this.

Shade must be consistently built up during the restoration process by using composites of varying degrees of translucency of opaquer, opaque dentine, dentine and enamel. As you move from the preparation area to the restoration surface, the opacity of the materials used should decrease. In this case, an adequate shade depth of the restoration can be achieved. In order to avoid the appearance of an excessive thickness of the restoration, a space of 1-1.2 mm should be sufficient for applying the mentioned four composite layers [30].

One of the frequent causes of extensive defects in crowns is irreversible processes of destruction in hard tissues resulting from the complication of caries and the death of the pulp of the tooth, pathological abrasion, wedge-shaped defects, traumatic injuries, etc. Filling cavities located on the approximate surfaces of the tooth is considered one of the most difficult tasks, since the greatest number of difficulties arise when restoring contact surfaces.

Due to progress in the field of adhesion, composites are actively used in the restoration of chewing groups of teeth. They consist of an organic matrix reinforced with an inorganic filler. These phases are interconnected, but the connection between them is the weak point of the material, because has low strength. Over the past decade, a variety of filling materials have been developed that differ in the composition of the organic matrix and the dispersion of the filler. Basically, scientific research was aimed at creating composites that, in addition to good polishability, would have good strength and wear resistance. Thus, first hybrid, then microhybrid, and finally highly filled microhybrid composites appeared, which contain 80% by weight of a mineral filler based on glass with an average particle size of 0.04 to 0.3 μm [9]. To achieve optimal polishability and abrasion resistance, as well as physical and chemical characteristics, particles of different sizes are distributed in a certain order. With the achievements of modern dentistry, composites have good aesthetic properties, but they also have disadvantages, first of all, this is a violation of the marginal fit, the main reason is depressurization due to shrinkage of the material during polymerization. This can lead to exfoliation of the composite from the walls of the cavity and the appearance of microcracks, microcracks and, as a consequence, the development of secondary caries

[10,11]. Composite restorations become defective early: after six months, 30% of fillings fail, after a year - more than 50%, after 2 years - 70% [12]. In 34.6% of patients, the reason for tooth extraction was poor-quality treatment, repeated loss of composite restorations, the presence of secondary caries, which most often occurs on contact surfaces [14]. Frequent replacement of restorations leads to an increase in the size of the cavity, and repeated preparation thins the walls [13]. Larger cavities require more material, and even when using a layered composite technique, excessive stress between the bonded surfaces cannot be avoided. In his study, Watts D. noted that the so-called C-factor (cavity configuration factor) is defined as the ratio of the number of surfaces that interact with the material during polymerization to the number of free ones. The lower the C-factor, the lower the possibility of tearing due to internal stresses, and when the C-factor is high (as, for example, in cavities located on the proximal surfaces of the tooth), only adhesively cemented restorations can reduce this risk [15,16].

Based on the indicated shortcomings of direct composite restorations, the best method for restoring large cavities (especially Class 2 according to Black), recreating the tubercle structure, would be the production of ceramic inlays. The rigidity of the ceramic allows restoration of the strength of the crown and good marginal fit due to the precise milling of the restoration. Many authors note the advantages of inlays - these are high strength, no shrinkage and non-polarized bonds (from 5 to 20% are present in composite materials), biocompatibility with the human body, color fastness, abrasion resistance and long service life. From the point of view of hygiene, it does not accumulate plaque, and it is inert to the tissues of the oral cavity. [17].

The analysis showed that clinicians note the greatest number of problems at the final stage of restoration (formation of the enamel layer, application of a “microrelief”, finishing) due to the occurrence of visual aberrations, i.e. "eye blurring" with extensive restorations, including 4-6 teeth.

The main task in aesthetic dentistry is to recreate the natural appearance of the tooth, but composite restorations become defective early and after 6 months, 30% of the fillings are untenable, after 12 months - more than 50%, and after 2 years - 70% [12].

Recently ceramic inlays made on the CEREC apparatus have gained great popularity in dentistry.

CEREC (Chairside Economical Restorations of Esthetic Ceramic) is a device for economic and aesthetic ceramic restoration [18, 19], which is used to fabricate porcelain inlays, crowns, bridges and veneers [20, 21]. The device consists of two parts: the first is a personal computer for receiving and processing personal data and the second is a grinding unit in which the future inlay is made. To obtain a three-dimensional image, the device has an intraoral camera. Due to computer modeling, a more accurate restoration of the destroyed crown part of the tooth is possible. Depending on which defect needs to be restored, different types of inlays are used: “Inlay” - located only inside, “Onlay” - microprostheses covering the occlusal surface of the tooth and at the same time entering at different depths into its hard tissues, and “Overlay” - covering a large area from the outside part of the tooth crown [22]. The dental restoration process takes place in one visit. The preparation of teeth for an inlay made using the CEREC apparatus is the same as for any one [23]. The prepared cavity is covered with a thin layer of anti-reflective powder, and a picture is taken using a 3D camera. A picture of the tooth appears on the monitor screen, and the doctor begins to model the missing part. The 3D image, enlarged by 12 times, allows you to model the structure more accurately. After drawing all the lines, the computer calculates the volume of the inlay and transfers this data to the grinding block; after 10–20 minutes, the inlay is ready and you can start fitting and fixing it [24, 25]. CEREC porcelain inlays do not require special care, it is enough to follow basic hygiene rules and doctor's advice.

In the study conducted under the guidance of A. K. Amanov, Z. E. Isin, the main and additional examination materials were used: survey, examination, palpation, percussion, electroodontometry, temperature diagnostics. Patients were examined in two groups of 5 people. In the first group there were patients with composite restorations (treatment duration - 3 years), in the second group - with ceramic restorations (treatment duration - 3 years).

During examining patients of group I: in 2 patients, the fillings stand out, the border between the filling and the tooth, painted in brown, emphasizes the difference, in

1 patient, composite fillings cover the entire front surface: monophonic, matte, which does not look at all aesthetically pleasing. In 2 patients, there was a recurrence of caries in the cervical part, completely destroyed teeth were noted - as a result of breaking off the filling. All patients had an indicative fact of plaque accumulation on the border between the composite filling and the tooth, chronic gingivitis. While examining the II group of patients: the teeth look satisfactory. Because of poor hygiene, 2 patients had a slight brown coating on the neck of the teeth. The appearance of ceramics in all patients: absolutely did not lose either luster or color. The gum around the teeth is healthy. No chips were noted. Patients are satisfied with the aesthetic appearance and functional characteristics of the restorations [26].

In the scientific work of Korsun D. I compiled a rating of dental restorations, where all types of restorations presented in the work were evaluated according to such criteria as durability, strength, shrinkage, discoloration over time, aesthetics, promoting the accumulation of plaque, the ability to restore deep defects hard tissues and the ability to eliminate tooth discoloration, as well as functional rehabilitation [7].

If IDOST (index of destruction of the occlusal surface of the tooth) is equal to 0.2–0.4 or erosion, discoloration of the hard tissues of the teeth after eruption in a small amount, the use of direct composite restoration is recommended [6]. In the event that IDOST is equal to 0.4–0.6 or enamel hypoplasia, as well as a crown fracture within the enamel, a low clinical height of the crown part of the tooth, the use of ceramic veneers and inlays is recommended [8]. While IDOST is more than 0.6, the teeth are pulpless or there are significant non-carious lesions of the teeth, the use of crowns is recommended, often in combination with a pin stump tab.

Conclusion

Composite veneers are a minimally invasive, fast and relatively low-budget restoration of the shape and color of anterior teeth. However, obtaining a highly aesthetic and long-term result is possible only when using prefabricated composite veneers or prefabricated composite teeth for removable dentures and indirect preparation and fitting techniques. Currently, there are no long-term clinical studies on the effectiveness of treatment using prefabricated composite veneers and comparing

direct and indirect methods of their application. Thus, despite the development of modern composite materials when filling large cavities, the dentist faces a number of disadvantages, and lower porosity, high strength, abrasion resistance, good marginal fit and long service life provide a number of advantages when choosing between direct composite restoration and ceramic inlay in the direction of making the inlay by the indirect method.

Литература/References

1) Рабинович М.И., Липкинд Ж.А. Клинический опыт применения новой системы cotropeer для прямой реставрации фронтальной группы зубов // Клиническая стоматология – 2013. N 1. С. 40-41.

2) Козицына С.И., Грицай И.Г., Макарова А.Н., Кириенко А.Ю., Дмитриева Н.Г. Что такое виниры и ультравиниры? // Клиническая стоматология – 2011. N. 3. С. 42-45.

3) Любомирский Г.Б. Применение системы Cotropeer для прямой реставрации зубов фронтальной группы // Кафедра Cathedra – 2015. N. 52. С. 36-37.

4) Флейшер Г.М. Неинвазивное протезирование люминирами // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук – 2016. N. 2-4. С. 122-130.

5) «Эстетическая реставрация зубов с применением нанокомпозитов» м.А. Смирнова, Ж.П. Хиора.

6) «Слои» атлас послойных композитных реставраций Йорди манатута, Анна Салат.

7) Корсун Д. И. Сравнительная характеристика предпочтительных методов реставрации при различных заболеваниях твердых тканей зубов // FORCIPE. 2019. № Приложение. С. 784. URL: http://ojs3.gpmu.org/index.php/forcipe/article /view/1948/1950

8) «Керамические виниры; Искусство и наука» Галип Гюрель.

9)Жолудев Д.С., Медведев А.Н., Жолудев С.Е. Обоснование применения керамических вкладок при лечении кариозных поражений 2 класса по Блэку жевательной группы зубов // Ортопедическая стоматология, 2013. N 3. С. 40-45.

10)Воробьева Ю.Б., Шумилович Б.Р., Иванов С.Г., Красавин В.Н. Применение BULKFILL композитов при реставрациях коронковой части жевательной группы зубов // Вестник новых медицинских технологий, 2015. N 2. С. 2-14.

11)Кисельникова Л.П., Ковальчук М.А., Мастерова И.В., Плюхина Т.П., Лебеденко И.Ю. Клиническая и лабораторная оценка эффективности применения прямых икомпозитных реставраций и керамических вкладкок, изготовленных на аппарате Cerec,у детей //Российский стоматологический журнал,2013.N 3.С.32-35.

12)Николаев А.И. Какой композит лучше? // Институт стоматологии,2000. N 4. С. 48—50

13)Гаранци Г. Прямые реставрации жевательных зубов — методики эффективной фиксации // DentaliQ, 2005. N 5. С. 58-67.

14)Braga R.R. Influence of cavity demonsions and derivatives (volume and «C» factor) on shrinkage stress development and microleakage of composite restorations // Dental Materials, 2008. V.22. N 9. P. 818-823.

17) Жабина Ю. А. Сравнительная характеристика прямого и непрямого методов реставрации // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2017. Т. 7. № 10. С. 1520-1522. URL: https://medconfer.com/node/12871

18)Haller B., Ernst C.P., Hugo B. [et al.] Assment of ceramic restorations according to the Cerec method // Int. J. Comput. Dent, 2006. N 2. P. 153-155.

19)Barnes D., Gingel J.C., George D. [et al.] Chairside vs. labside ceramic inlays: Effect of temporary restoration and adhesive luting on enamel cracks and marginal integrity // Dental Materials, 2011. N 9. P. 92-98.
20)Kerstein R.B. Computerized occlusal analysis tehnology and CEREC case finishing // Intern. J. Computerized Dent, 2008. N 1. P. 51-63.
21)Otto T. Schneider Long-term clinical results of chairside Cerec CAD/CAM inlays and onlays: a case series // Int. J. Prosthodont, 2008 N 1. P. 53-59.
22)Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. 512 с.
23)Арутюнов С.Д., Жулев Е.Н., Волков Е.А. Одонтопрепарирование при восстановлении дефектов твердых тканей зубов вкладками.- М.: Молодая гвардия, 2007. 136 с.
24)Туркина А.Ю., Акимова И.В., Акимова М.Ю. Реставрация окклюзионной поверхности моляров с использованием термопластического ключа // Clinicai dentistry, 2013. N 3. С. 10-13.
25)Касаева А.И., Козырева А.К., Мрикаева О.М. Сравнительная оценка цветоустойчивости современных композиционных материалов, используемых в терапевтической стоматологии // The Journal of scientific articles "Health and Education Millennium", 2016. Vol. 18. N 1. С.94-96.
26) Аманова А. К., Исина З. Е. Сравнительная характеристика реставрации композиционными материалами и керамическими вкладками // Опыт и перспективы развития медицинского образования в странах Центральной Азии : материалы международной науч.-практ. конф, 26-27 апреля 2012 года. Караганда, 2012. С. 24-25. URL: http://webirbis.kgmu.kz/irbis64r_11/books/конференции_КГМА_пбд/опыт_и_перспективы_развития_медицинского_образования_в_странах_Центральной_Азии.pdf#page=24
27) Донскова А. В. Система композитных виниров как альтернатива керамическим // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2017. Т. 7. № 10. С. 1523-1525. URL: https://medconfer.com/node/12878
28) Мусаев Р. А. Виниры: композитные и керамические // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 11. С. 1298. URL: https://medconfer.com/files/archive/2015-11/2015-11-5-T-5418.pdf
29) Pincus CL. «Building mouth personality». A paper presented at:California State Dental Association, 1937:San Jose, California.
30)Уханов М. М., Селягина А. С. Готовые композитные виниры : обзор // Электронный инновационный вестник. 2019 .№4. С.22-34. URL: https://www.researchgate.net/profile/Mikhail-Ukhanov/publication/330205071_refabricated_Composite_Veneers_An_Overview/links/5ce92834a6fdccc9ddcd2be7/Prefabricated-Composite-Veneers-An-Overview.pdf

УДК: 612.662.9:618.17-008.8:616.31-07-093/-098-092

POSTMENOPAUZA DAVRIDAGI AYOLLARDA STOMATOLOGIK KASALLIKLARINING KLINIK VA MİKROBILOGIK KO'RSATMALARI VA MEXANIZMLARI.

Nazarova Nodira Sharipovna[1], Islomova Nilufar Bustanovna[2]
[1]Diplomdan keyingi ta'lim fakulteti stomatologiya kafedrasi dotsenti, t.f.d.
[2]Ortopedik stomatologiya kafedrasi assistenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Annotatsiya. Menopauza davrida tuxumdonlarning gormonal funktsiyasida qaytarilmas o'zgarishlar ro'y beradi, estrogenlarning kontsentratsiyasi kamayadi.

Aynan shu davrda turli kasalliklarning progressiv o'sishi qayd etilgan [8].

Menopauzadagi ayollarda tish holatini o'rganish estrogen kontsentratsiyasining pasayishi va tish kasalliklarining keskin oshishi o'rtasidagi bog'liqlik mavjudligini isbotladi [4]. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va tuprik bezlari 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 tuprik bezlarida estrogen mRNK va immunoreaktiv oqsil mavjudligini tasdiqladilar, bu ham uning biologik rolini tasdiqlaydi [11].

Shunday qilib, klimakterik davr og'iz bo'shlig'i to'qimalarida metabolizm va funktsiyalarning buzilishi bilan tavsiflanadi [6]. Natijada, tishlarning yo'qolishi, parodont kasallik, alveolyar jarayonlarning suyak rezorbsiyasi kuchayishi kuzatiladi.

Kalit so'zlar: menopauza, umumiy parodontit, postmenopozal davr, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklari.

Tadqiqot maqsadi: postmenopozal ayollarda tish kasalliklarining klinik va mikrobiologik ko'rinishlari va rivojlanish mexanizmlarini o'rganish.

Material va usullar: biz og'iz bo'shlig'ining turli kasalliklari bilan og'rigan 40 nafar postmenopozal ayollarni tekshirdik. Bemorlarning nazorat guruhi tish kasalliklari bilan postmenopozal davrda bo'lmagan ayollar edi.

Natijalar va muhokamalar: Tadqiqotning barcha ishtirokchilari keng qamrovli tekshiruvdan o'tkazildi: gigienik va parodont indekslar (OHI-S gigiena indeksi, PI parodont indeks), aralash so'lakning pH darajasi o'lchandi, M.M. usuli bo'yicha sialometriya o'tkazildi. Pozharitskaya, og'iz bo'shlig'i mikroflorasini PCR (polimeraza zanjiri reaktsiyasi) bilan o'rgangan.

Anamnezni yig'ishda ma'lum bo'lishicha, ko'pincha I guruh ayollari milklarning qon ketishi (13,3%) va og'izdan yomon hid (6,7%) haqida shikoyat qiladilar. II guruh bemorlari milklarning qon ketishi (66%), og'izdan yomon hid (43,9%), tish ildizlarining ta'sirlanishi (15,3%), tishlarning harakatchanligi (16,1%), ayollarning 40%i quruq og'izdan shikoyat qilgan. Menopauzadan keyin HRT qabul qilgan ayollarning 26,7 foizi

tish go'shti qon ketishidan shikoyat qilgan bo'lsa, 18,1 foizi quruq og'iz va yomon hiddan shikoyat qilgan.

So'rov natijalariga ko'ra, HRT qabul qilgan postmenopozal ayollar, HRT qabul qilmaydigan ayollarga qaraganda (63%; mos ravishda 40%) tish go'shti qon ketishidan (27,7%) va og'izda quruqlikdan (17,1%) 2,3 baravar kamroq shikoyat qilganlar. HRT qabul qilgan ayollarning 18,1 foizi yomon hidni qayd etdi, bu HRT qabul qilmaydigan ayollarga qaraganda 2,5 baravar kam (43,9%), lekin nazorat guruhiga qaraganda 3 baravar ko'p (5,8%). Postmenopozal ayollar, HRT qabul qiladimi yoki yo'qligidan qat'i nazar, nazorat guruhidagi ayollarga (6,7%) nisbatan tilda oq qoplama (mos ravishda 18,1%, 15,3%) 3 barobar ko'proq bo'lgan. Og'iz bo'shlig'ida yonish hissi II guruhdagi ayollarning 5,7% va III guruhdagi 3,9% tomonidan qayd etilgan.

TMJga ham e'tibor qaratilib, og'izni ochganda yuzning simmetriyasi va pastki jag'ning harakatlari, pastki jag'ni harakatlantirganda og'riq, pastki jag'ning vertikal va lateral harakatlari diapazoni qayd etilgan. I 49 guruhning 22,6 foizida, II guruhning 40 foizida va III guruh ayollarining 45,7 foizida og'ish kuzatildi, bu pastki jag'ning boshida yon tomonga siljishi va o'rtada o'rta chiziqqa qaytishi bilan namoyon bo'ldi. og'izni 2 mm ga ochish. Mavzularning hech birida vertikal va lateral harakatlar chegarasi yo'q. 2,9% - I guruh, 14,3% - II guruh va 11,5% - III guruh pastki jag'ning harakati paytida ba'zan sekin urishni qayd etdi.

Og'iz bo'shlig'ini tekshirishda tishlarning eroziya kabi kariy bo'lmagan shikastlanishlari qayd etilgan, ular II guruhdagi ayollarning 2,8 foizida aniqlangan. Takoz shaklidagi nuqsonlar I guruhning 17,1 foizida, II guruhning 54,3 foizida va III guruh ayollarining 62,8 foizida qayd etilgan. Patologik tishlarning aşınması II guruhning 17,1 foizida va III guruh ayollarining 14,2 foizida aniqlangan, ammo guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar yo'q ($p > 0,05$).

Klinik tekshiruv KPU indeksini, OHI-S gigiena indeksini, PI parodont indeksini, aralash so’lakning pH darajasini o'lchashni, sialometriyani va og'iz bo'shlig'i mikroflorasini PMZ (polimeraza zanjiri) bilan baholashni o'z ichiga oladi. reaktsiya).

Kariyes tomonidan tishlarning parchalanishi intensivligini o'rganishda I guruhda KPU indeksining o'rtacha qiymati = 13,58 ± 6,35 (kariyes intensivligining o'rtacha

darajasi), II guruhda KPU = 18,8 ± 6,17 (juda) ekanligi aniqlandi. kariyes intensivligining yuqori darajasi) , III guruhda esa KPU indeksi = 16,45±6,2 (kariyes intensivligining yuqori darajasi).

Og'iz bo'shlig'i gigienasi darajasini o'rganayotganda, Blyashka miqdorini ham, tosh toshini ham hisobga oladigan OHI-S gigiena indeksi I guruhda 1,83 ± 1,1, II guruhda - 2,89 ± 0,89, III guruhda aniqlandi. - 3,24±1,6. I va II guruhlar, II va III guruhlar (p<0,05) o'rtasida statistik jihatdan ahamiyatli farq topildi va guruh parametrlari qiymatlariga nisbatan I va III guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar topilmadi (p> 0,05).

Parodont kasalligining og'irligini aniqlash uchun PI parodont indeksidan foydalanildi, bu HRT qabul qilmaydigan ayollarda uning qiymati 2,31 ± 1,29 ni tashkil qiladi, bu parodont patologiyaning o'rtacha darajasiga to'g'ri keladi va qabul qiluvchi ayollarga qaraganda 2 baravar ko'pdir. HRT va nazorat guruhiga qaraganda 5 baravar ko'p. HRT olgan ayollarda parodont indeks PI qiymati 1,16 ± 0,75 ni tashkil qiladi, bu parodont patologiyaning boshlang'ich va engil darajasiga to'g'ri keladi va nazorat guruhida - 0,46 ± 0,56.

Bemorlarning ob'ektiv tekshiruvi so’lakning yopishqoqligining oshishini ko'rsatdi, bu HRT qabul qilmaydigan ayollarning 51,4 foizida va HRT qabul qilgan ayollarning 25,7 foizida ko'pik paydo bo'lishi bilan birga.

M.M. Pozharitskaya usuli bo'yicha sialometriya. aralash qo'zg'atilmagan so’lak miqdorini aniqlash imkonini beradi. Og'iz bo'shlig'ida eng katta giposalivatsiya HRT ni qabul qilmaydigan ayollarda kuzatildi va guruh uchun o'rtacha 4,1 ml tezlikda 2,1 ± 0,28 ml ni tashkil etdi.

I guruhdagi ayollarda aralash so’lakning pH qiymatini o‘rganishda o‘rtacha ko‘rsatkich 7,04±0,35, II guruhda pH=6,48±0,33, III guruhda o‘rtacha pH=6,94±0,36 ga yetdi.

Parodontal cho‘ntaklar tarkibidagi namunalar tahlili shuni ko‘rsatdiki, A. actinomycetemcomitans gram-manfiy harakatsiz fakultativ anaerob kokkobakteriyalar I guruh ayollarining 22,9 foizida, II guruhda 51,4 foizida va III guruhda 37,1 foizida aniqlangan. Aniqlanishicha, A. actinomycetemcomitans HRT qabul qilmaydigan

ayollarda uni qabul qiluvchi ayollarga nisbatan 1,4 marta va nazorat guruhiga qaraganda 2,2 marta tez-tez uchraydi.

Shu bilan birga, sezilarli farq (p <0,05) faqat I va II guruhlar o'rtasida kuzatiladi. Boshqa bakteriyalar, ayniqsa P. gingivalis va T. forsythia bilan assotsiatsiyani tashkil etishga qodir bo‘lgan T. denticolaning paydo bo‘lish chastotasi I guruhda 37,1%, II guruhda 54,3% va III guruhda 51,4% ni tashkil qiladi, ammo yo‘q. guruhlar o'rtasida sezilarli farq (p> 0,05) topildi. Hujayra apoptozini eng kuchli targ‘ib qiluvchi T. forsitiya I guruhda 51,4%, II guruhda 80%, III guruhda 45,7% aniqlangan. I va II, II va III guruhlar o'rtasida sezilarli farq aniqlandi.

Parodont patogen P. gingivalis eng agressiv bakteriya sifatida I guruhdagi ayollarning 11,4 foizida, II guruhda 77,1 foizida va III guruhda 28,6 foizida aniqlangan. P. gingivalis II guruhda I guruhga qaraganda 6,7 marta, III guruhga qaraganda 2,7 marta tez-tez uchraydi.

P. intermedia I guruhdagi ayollarning 11,3 foizida, II guruhda 74,3 foizida va III guruhda 25,7 foizida aniqlangan. P. intermedia II guruhda I guruhga qaraganda 6,6 marta, III guruhga qaraganda 2,9 marta ko‘p uchraydi. Shu bilan birga, I va II, II va III guruhlar o'rtasida P. gingivalis va P. intermedia (p <0,05) o'rtasida sezilarli farq mavjud. I va III guruhlarda (nazorat va HRT qabul qiluvchi ayollar guruhi) parodont cho'ntaklar mikroflorasining sifat tarkibi o'rtasida sezilarli farq yo'q (p> 0,05).

Ko'pincha, HRT ni qabul qilmaydigan ayollarda, HRT olgan ayollardan farqli o'laroq, P. gingivalis, P. intermedia va T. forsythia aniqlangan. A. actinomycetemcomitans va T. denticola subgingival mikrofloraning bir qismi sifatida HRT qo'llanilishidan qat'iy nazar topildi va bemorlarning kamroq sonida aniqlandi.

Tadqiqot shuningdek, I guruhdagi ayollarning 11,4 foizida, II guruhdagi 20 foizida va III guruhdagi 17,1 foizida Epstein-Barr virusi aniqlangan. Herpes simplex virusi I guruh ayollarining 17,1 foizida, II guruhning 25,7 foizida va III guruhning 28,6 foizida aniqlangan. Candida albicans I guruh ayollarining 5,7 foizida, II guruhning 25,7 foizida va III guruhning 20 foizida topilgan va I va II, II va III guruhlar o'rtasida sezilarli farq aniqlangan (p <0,05).

Parodontopatogen aniqlangan nazorat guruhidagi barcha bemorlarda uning miqdori nisbatan past va 105 birlik/ml dan oshmagan.

Klinik ko'rsatkichlar darajasi va parodont cho'ntaklar mikroflorasining tarkibi o'rtasidagi bog'liqlikni aniqlash uchun Spirmanning darajali korrelyatsiya usuli qo'llanildi.

OHI-S indeksi (r=0,503027) bo'yicha og'iz bo'shlig'i gigienasi past bo'lgan parodont cho'ntak tarkibidagi A. aktinomitsetemkomitanlar sonining ko'payishi va parodontitning og'irligi (r=0,505208) o'rtasidagi bog'liqlik aniqlandi. Aralash so’lakning pH qiymati bilan salbiy korrelyatsiya kuzatildi (r=-0,456773).

T. denticola

Parodont cho'ntaklardagi T. denticola miqdori va klinik ko'rsatkichlar o'rtasida hech qanday bog'liqlik topilmadi.

P. gingivalis

P. gingivalis

tarkibi og'iz bo'shlig'i gigienasi darajasi bilan o'rtacha darajada bog'liq (r=0,469771). P. gingivalis tarkibi va aralash so’lakning pH darajasi (r=-0,491576) o'rtasida salbiy munosabat aniqlandi.

T. forsitiya

Parodont cho'ntaklar tarkibidagi T. ning miqdori og'iz bo'shlig'i gigienasi darajasi (r=0,376309) va ko'proq darajada parodontitning og'irligi (r=0,552702) bilan o'rtacha darajada bog'liq. Aralashtirilgan so’lakning pH darajasi bilan ham salbiy korrelyatsiya aniqlandi.

P. intermedia

P. intermedia darajasi parodontitning og'irligiga bog'liq (r=0,416681).

Tadqiqot natijalariga ko'ra, og'iz bo'shlig'i gigienasi va parodontitning og'irligi II guruhdagi parodontopatogenlarning miqdoriy tarkibi bilan statistik jihatdan ahamiyatli bog'liqlik aniqlandi ($p < 0,05$).

Topilmalar. Shunday qilib, yuqoridagi indekslarning katta sezuvchanligi menopauzaning patogenezining o'ziga xos xususiyatlari, ya'ni estrogen etishmovchiligi bilan bog'liq. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi estrogen retseptorlarining tarkibi tish kasalliklarining rivojlanishida bevosita rol o'ynaydi [9]. Menopauza davrida

estrogenlarning angioprotektiv ta'siri zaiflashadi, so'ngra gemokrosirkulyatsiya to'shagining tuzilmalariga zarar yetkaziladi. Shuningdek, bu davrda osteoklastlar ishlab chiqarish ko'payadi, osteoblastlar ishlab chiqarish kamayadi, ichakda kaltsiyning so'rilishi kamayadi, D vitamini etishmasligi, bu suyaklarning rezorbsiyasining kuchayishiga olib keladi.

Estrogen etishmovchiligi tufayli organizmda kaltsiyning ichak orqali so'rilishi pasayadi, bu esa o'z navbatida kaltsiy-fosfat almashinuvini tartibga solishning buzilishiga olib keladi va kaltsiyning nafaqat qon zardobiga, balki so'lakka ham ko'payishiga olib keladi [6] . Shu sababli, menopauzadagi ayollarning tupurigida kaltsiyning yuqori konsentratsiyasi blyashka tezroq minerallashishiga va natijada gingivit va parodontitning rivojlanishiga bevosita ta'sir ko'rsatadigan tosh shakllanishining ko'payishiga olib kelishi mumkin [9;1]. Shunday qilib, menopauzaning patogenezi og'iz bo'shlig'ining barcha tuzilmalarining holatiga ta'sir qiladi.

Литература/References

1. *Alisher Berdikulovich Norbutaev, Mukhiddin Kamariddinovich Shamsiev, Nodira Sharipovna Nazarova. Clinical and functional changes in hard tissues of teeth in patients with hemophilia. The American journal of medical sciences and pharmaceutical research Volume 2 Issue 12, 2020, P 29-34*
2. *Rizayev Jasur Alimdjanovich, Nazarova Nodira Sharipovna. Assessment of changes in the condition of parodont tissues in workers exposed to exposure to epoxy resin. The American journal of medical sciences and pharmaceutical research №2 P 14-17. 2020.*
3. *Zhasur Alimdzhanovich Rizaev, Rahimberdiev Rustam Abdunosirovich, Nazarova Nodira Sharipovna. Ways to improve the organization of dental services for chemical industry workers. The American journal of medical sciences and pharmaceutical research. Volume 2 Issue 12, 2020, P 35-39.*
4. *Nazarova Nodira Sharipovna, Rakhmberdiev Rustam Abdunosirovich, Bakirov Asadullo Abdikodirovich, Sultonov Odiljon Raimovich. The intensity of dental caries in workers is harmful industry. The American journal of medical sciences and pharmaceutical research.Volume 03 Issue 07-2021, P-68-72.*
5. *Rustam Rakhmberdiev, Gulchekhra Musaeva, Nodira Nazarova. Ways to improve the organization of dental care for workers in the chemical industry. Society and innovations. Volume 01 Issue 1-2021, P 139-144.*
6. *Nazarova N.SH, Musayeva G.A, Ravshanov I.R. Evaluation of Effectiveness of Combined Oral and Dental Therapy in Tobacco Growers. Journal of Research in Medical and Dental Science 2021, Volume 9, Issue 8, Page No: 241-246.*
7. *Rustem Hayaliev, Sabir Nurkhodjaev, Nodira Nazarova, Jasur Rizayev, Rustam Rahimberdiyev, Tatyana Timokhina, Ivan Petrov. Interdisciplinary Approach of Biomedical Engineering in the Development of Technical Devices for Medical Research. Journal of Biomimetics, Biomaterials and Biomedical Engineering Submitted: 2021-05, Vol. 53, pp 85-92 Accepted: 2021-05-11.*

8. *Alisher Norbutaev, Nodira Nazarova. Assessment of the results of the level of oligopeptides of average molecular mass in the oral fluid of employees in the production of ammonium and nitrate saltpeter. Frontline medical sciences and pharmaceutical journal 1(8): 2021, 24-34.*
9. *Rizayev Jasur Alimjanovich, Nazarova Nodira Sharipovna, Nasreddinova Maxzuna Taxsinovna. (2021). Improving The Treatment Of Paradontic Diseases With The Help Of Immunomodulating And Probiotic Drugs. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 3(08), 44–50.*
10. *Rizayev Jasur Alimdjanovich, Nazarova Nodira Sharipovna. Assessment of changes in the condition of parodont tissues in workers exposed to exposure to epoxy resin. The American journal of medical sciences and pharmaceutical research 2019, №2 P 14-17.*
11. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите. Вестник науки и образования 2020. № 14 (92).Часть 4. С 35-40.*
12. *Alisher Norbutaev, Nodira Nazarova. Ammiak va nitrat selitrasi ishlab chiqarishda ishlaydiganlar og‘iz suyuqligida o‘rta molekulyar og‘irlikdagi oligopeptidlar darajasining natijalarini baholash . Society and innovations. 25 October 2021, P. 168-176.*

УДК: 616.314.163/.165-002.1-06-07

ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

М.И. Азимов[1], К.Э. Шомуродов[1], Р.Г. Шаева[2], Р.С. Мирхусанова[1]
[1] *Ташкентский государственный стоматологический институт, Яшнабадский район, ул. Махтумкули, 103, 100047, Ташкент.*
[2] *Бухарский государственный медицинский институт, улица Навои, 1, 200118, Бухара.*

PROBLEMS OF EARLY DIAGNOSIS OF ACUTE INFLAMMATORY DISEASES OF PERIAPICAL TISSUES AND THEIR CONSEQUENCES

M.I. Azimov[1], K.E. Shomurodov[1], R.G. Shaeva[2], R.S. Mirkhusanova[1]
[1] *Tashkent State Dental Institute, Yashnabad district, 103 Makhtumkuli str., 100047, Tashkent.*
[2] *Bukhara State Medical Institute, 1 Navoi Street, 200118, Bukhara.*

АННОТАЦИЯ

Неуклонный рост одонтогенных воспалительных заболеваний, утяжеление клинического течения, склонность к генерализации процесса, септическим осложнениям и неблагоприятным исходам связаны с ошибками в диагностике и лечении острой зубной боли в догоспитальном периоде, которые приводят к распространению воспалительного процесса в окружающие ткани и утяжелению гнойного процесса. Осуществлён анализ данных о тесной взаимосвязи общего состояния со сроком госпитализации больных и длительностью лечения в

отделении, а также затрат на лечение одонтогенных воспалительных заболеваний. Доказано значение своевременной и правильной помощи при острой зубной боли в догоспитальном периоде, а также важность формирования у врачей-стоматологов чётких представлений о динамике распространения гнойного воспалительного процесса.

Ключевые слова: *одонтогенные воспалительные заболевания, госпитализация, инвалидизация, периапикальные ткани, острая зубная боль.*

ABSTRACT

The steady growth of odontogenic inflammatory diseases, the aggravation of the clinical course, the tendency to generalize the process, septic complications and unfavorable outcomes are associated with errors in the diagnosis and treatment of acute toothache in the pre-hospital period, which lead to the spread of the inflammatory process into the surrounding tissues and the aggravation of the purulent process. The analysis of data on the close relationship of the general condition with the duration of hospitalization of patients and the duration of treatment in the department, as well as the costs of treatment of odontogenic inflammatory diseases, was carried out. The importance of timely and proper care for acute toothache in the pre-hospital period, as well as the importance of forming clear ideas about the dynamics of the spread of purulent inflammatory process among dentists, is proved.

Keywords*: odontogenic inflammatory diseases, hospitalization, disability, periapical tissues, acute toothache.*

В последние годы число больных одонтогенным остеомиелитом, с абсцессами и флегмонами прилежащих мягких тканей значительно увеличилось. Появилась отчётливая тенденция к росту числа атипичных, торпидных форм воспалительных заболеваний с переходом в хронические, выросло количество осложнений и рецидивов этих заболеваний. Наблюдается неуклонный рост этих болезней, утяжеление клинического течения, склонность к генерализации процесса, септическим осложнениям и неблагоприятным исходам [1, 2].

В настоящее время вопросы одонтогенных инфекций рассматриваются не только как чисто хирургическую проблему, так как частота воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области во многом зависит от своевременности диагностики и эффективности лечения кариеса и его осложнений. Поспешность при сборе анамнеза, значительные упущения, неверный подход при анализе результатов исследований приводят к тому, что локальный патологический процесс становится разлитым, занимающим челюстную кость и прилежащие мягкие ткани [3, 4].

Социально незащищенные и малообеспеченные слои населения плохо информированы о кариесе и его осложнениях. Они боль в зубе лечат обезболивающими таблетками тем самым создают условия для распространения гноеродной инфекции в кость и прилежащие мягкие ткани. Отсутствие необходимых специалистов в отдалённых областях вынуждают больных из сельской местности ехать в административные центры или в большинстве случаев в столицу, что также отнимает ценное время, усугубляет патологический процесс, затягивает весь процесс оказания неотложной медицинской помощи и в дальнейшем снижает эффективность проводимого лечения. Все это способствует увеличению числа больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями с агрессивным течением и распространением инфекции на клетчаточные пространства лица и шеи. Пациенты теряют трудоспособность на долгий срок, что также негативно отражается на их материальном и социальном положении. Нередко происходит генерализация инфекции и развиваются такие опасные, угрожающие жизни осложнения как медиастинит, тромбофлебит лицевых вен, тромбоз кавернозного синуса, сепсис и др. Наблюдаются и случаи смерти пациентов от вышеперечисленных тяжёлых осложнений [5, 6, 7].

В большинстве случаев даже при успешном лечении последствия вышеперечисленных осложнений приводят к инвалидизации населения, длительной или полной потере трудоспособности, что усложняет финансовое положение всей семьи. К тому же препараты, применяемые в процессе данного лечения, чаще всего по ценовой категории наносят ущерб не только семье, но и

бюджету государственных лечебных учреждений. Из этого следует, что проблема ненадлежащей профилактической работы, нехватки специалистов в сельской местности, отсутствие оборудования для неинвазивных методов диагностики и правильного лечения одонтогенных воспалительных заболеваний имеет не только медицинское, но и важное социально-экономическое значение.

Цель исследования. Изучить ошибки в диагностике и лечении острой зубной боли в догоспитальном периоде и их последствия.

Материал и методы. В течение 2019-2020 гг. под нашим наблюдением в клинике взрослой хирургической стоматологии (ВХС) Ташкентского государственного стоматологического института (ТГСИ) находились 441 пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. 90% больных поступили в клинику по экстренным показаниям. При поступлении в клинике собирался подробный анамнез жизни и заболевания, пациентам проводили общеклинические лабораторные анализы, необходимые для оказания неотложной помощи. Все больные осматривались дежурным хирургом-стоматологом, челюстно-лицевым хирургом. При сборе анамнеза уделялось большое внимание развитию заболевания. Выясняли, когда и как возникла острая боль в зубе, на какой день больной обратился к стоматологу, какие манипуляции были выполнены, было ли облегчение после вмешательства, какие назначения были выполнены, на какой день после вмешательства ухудшилось состояние и был госпитализирован в клинику. План оперативного вмешательства обсуждался совместно с анестезиологом, по показаниям проводили дополнительные специальные исследования. При тяжёлом состоянии больного до оперативного вмешательства проводили инфузионную терапию, направленную на нормализацию функций жизненно важных органов и систем организма. Оперативное вмешательство как правило проводилось после премедикации и под внутривенным наркозом. Во время оперативного вмешательства хирург уточнял локализацию патологического процесса в челюсти, её характер, объём поражения, распространённость в мягких тканях. По завершении оперативного вмешательства с учётом анамнеза и объективных данных устанавливали

клинический диагноз. Все больные в остром периоде получали стационарное лечение на протяжении 7-10 дней. В восстановительный период после операции проводилась противовоспалительная, дезинтоксикационная, общеукрепляющая, десенсибилизирующая терапии и т.д. По показаниям им проводили дополнительные клинико-лабораторные исследования и коррекцию лечения. Нами проведён анализ всей медицинской документации; статистическими методами определялись средняя длительность периода лечения и потери пациентом трудоспособности, средняя стоимость лечения воспалительных заболеваний ЧЛО в зависимости от распространённости патологического процесса и количества поражённых анатомических зон; подсчитывался материальный ущерб бюджету, нанесённый вследствие несвоевременного лечения заболеваний зубочелюстной системы в догоспитальный период.

Результаты и обсуждение. В период 2019-2020 гг. в клинику взрослой хирургической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института поступили 441 больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Из них 74 пациента из города Ташкента, 209 пациентов из Ташкентской области, 158 – из других областей республики, т.е. городское население составило 16,8%.

Распределение больных в зависимости от формы воспалительного процесса, пола и возраста представлено в Таблице 1.

Таблица 1.

Распределение больных в зависимости от формы воспалительного процесса, пола и возраста

Форма острого одонтогенного воспалительного заболевания	**2019-2020 гг.**						**ВСЕГО**
	19-30 лет		**31-50 лет**		**50 лет и старше**		
	Ж	**М**	**Ж**	**М**	**Ж**	**М**	
Острый серозный остит	4	2	8	9	4	6	**33**
Острый гнойный остит	3	2	7	8	4	4	**28**
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 1-2	4	3	10	8	4	5	**34**

анатомических пространств							
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 2 и более анатомических пространств	49	61	72	87	33	44	**346**
ВСЕГО	**60**	**68**	**97**	**112**	**45**	**59**	**441**

Таблица 2. Распределение больных по срокам госпитализации и общему состоянию больных

Форма острого одонтогенного воспалительного заболевания	**Сроки госпитализации**								
	2-3 день			**4-6 день**			**7< день**		
	удовл	средн	тяж	удовл	средн	тяж	удовл	средн	тяж
Острый серозный остит	19	-	-	8	-	-	6	-	-
Острый гнойный остит осложнённый периоститом	8	-	-	12	2	-	6	-	-
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 1-2 анатомических пространств	1	8	1	4	12	1	-	5	2
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 2 и более анатомических пространств	-	20	-	-	115	11	-	171	29
ВСЕГО	**28**	**28**	**1**	**24**	**129**	**12**	**12**	**176**	**31**

Из 74 больных из города Ташкента 51 больных на 2-3 день после появления острых болей в зубе обратились к стоматологу по месту жительства. Из анамнеза установлено, что при обращении к стоматологу у всех больных имелись признаки

острого серозного остита: припухлость на лице, мягкая на ощупь, малоболезненная при пальпации, болезненный отёк переходной складки, подвижность поражённого зуба. Всем больным оказана помощь – дан отток через корневой канал с промыванием очага антисептиками (в подавляющей части случаев гипохлоритом натрия), в некоторых случаях была оставлена повязка с антисептиком. Больные почувствовали временное облегчение, через 6-12 часов боль возобновилась, припухлость стала нарастать, повысилась температура тела, ухудшилось общее состояние, что свидетельствует о развитии гнойного воспалительного процесса в костной ткани в пределах пародонта причинного зуба. Проведённые лечебные мероприятия при остром серозном остите не только оказались малоэффективными, но и способствовали распространению гнойного процесса в прилежащие ткани.

Больным в большинстве случаев помощь была ограничена оттоком через корневой канал, назначением полоскания полости рта антисептиками. Из 74 больных только 5 были назначены антибиотики внутрь. 11 больных занимались самолечением: принимали обезболивающие, антибиотики, прикладывали тепло или нагревающие повязки. Со слов больных это снимало боль, но способствовало нарастанию припухлости, её уплотнению, увеличению болезненности.

Остальные больные повторно не обратились лечащему врачу и на 3-4 день обратились в клинику ТГСИ и были госпитализированы в стационар.

Таблица 3. Продолжительность лечения в зависимости от формы острого одонтогенного воспалительного заболевания и затраты на стационарное лечение

Форма острого одонтогенного воспалительного заболевания	**Удовлетворительное**		**Средней тяжести**		**Тяжёлое**	
	Койко-дней	Затраты на лечение (сум)	Койко-дней	Затраты на лечение (сум)	Койко-дней	Затраты на лечение (сум)
Острый серозный остит	-	-	-	-	-	-
Острый гнойный остит осложнённый	-	-	1	315 000	-	-

периоститом						
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 1-2 анатомических пространств	3	636 000	5	1 018 000	7	1 251 000
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 2 и более анатомических пространств	-	-	5	1 329 000	7	1 569 000

В отделении пациентам проводили необходимые обследования (ОАК, ОАМ, рентгенография, ЭКГ и др.), для оказания неотложной помощи. Все больные осматривались дежурным хирургом-стоматологом, челюстно-лицевым хирургом, анестезиологом, совместно обсуждался объём оперативного вмешательства, по показаниям проводили дополнительные специальные исследования и консультации других специалистов при наличии сопутствующих заболеваний.

После госпитализации в отделение для выполнения операции вскрытия флегмоны и удаления причинного(ых) зуба(ов) некоторым больным по показаниям была выполнена премедикация. В среднем пребывание пациента в отделении ЧЛО длилось 6-7 дней. После выписки в течении 3-4 дней больным проводилась перевязка в поликлинике ВХС, далее данная процедура выполнялась в поликлинике по месту жительства в течении 5-7 дней. По подсчётам только средняя стоимость лекарств, используемых в процессе лечения флегмон, составила 402 400 сум. Сумма варьирует в зависимости от тяжести воспалительного процесса, количества поражённых анатомических областей,

общего состояния организма пациента, а также от длительности лечения и комплекса проводимой медикаментозной терапии. В нашем случае стоимость варьировала от 239 000 сум до 729 000 сум (напоминаем, что в сумму не входила оплата за обследования (ЭКГ, рентген и др.), лабораторные анализы (ОАК, ОАМ и др.), пребывание в отделении). Следует отметить, что приём медикаментов продолжался и после выписки, что также составило определённую сумму.

Наблюдались случаи повторного обращения пациентов в клинику ТГСИ с такими осложнениями как острый остеомиелит или обострение хронического остеомиелита, что было связано с несоблюдением правил асептики и антисептики (занесением инфекции в процессе перевязок) и рекомендаций лечащего врача по уходу за поражённой областью и приёму необходимых лекарств. В таких случаях приходилось назначать пациенту лекарственную (противовоспалительную, дезинтоксикационную, общеукрепляющую, десенсибилизирующую и т.д.) терапию и ждать некоторое время образования секвестров для выполнения операции секвестрэктомии, что также приводило к временной потере трудоспособности пациента. После секвестрэктомии было необходимо оперативное вмешательство для устранения дефекта костной ткани челюсти, что также требовало определённого количества времени и материальных средств. Следует отметить, что данная категория пациентов в дальнейшем имела проблемы с височно-нижнечелюстным суставом и нуждалась в помощи ортодонта (срок лечения составил в среднем 1 год).

Также отмечены случаи распространения инфекции в другие смежные области еще до вскрытия флегмоны, что приводило к такому грозному осложнению, как медиастинит, который требовал немедленной дислокации пациента и госпитализации в отделение гнойной хирургии Ташкентской медицинской академии. В среднем лечение медиастинита заняло 18-20 дней. Следует отметить, что в 2019-2020 гг. было зафиксировано 4 случая неблагоприятного исхода данного заболевания (летальный исход).

Выводы. Результаты исследования показали, что наиболее распространёнными причинами несвоевременного лечения острой зубной боли и

развития в дальнейшем осложнений воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области являются поспешность и упущения при сборе анамнеза, неверный подход и значительная потеря времени с момента появления симптомов заболевания до оказании неотложной хирургической помощи и направления больных к необходимым специалистам. Данная проблема требует формирования у врачей-стоматологов чётких представлений о динамике распространения гнойного воспалительного процесса. Необходимо чётко представлять, что с каждым часом острый гнойный процесс имеет тенденцию к вовлечению окружающих тканей и ответственность за несвоевременно и некачественно оказанную помощь несёт врач, который первым принял пациента – не оказал квалифицированную помощь, потерял время, поздно направил больного в соответствующее лечебное учреждение.

Литература/References

1. *Шомуродов К.Э. Особенности баланса цитокинов в десневой жидкости при одонтогенной флегмоне челюстно-лицевой области / Шомуродов К.Э. // Врач-аспирант. – 2010. – №42(5.1). – С. 187-192.*
2. *Азимов М.И., Ризаев Ж.А., Азимов А.М. К вопросу классификации одонтогенных воспалительных заболеваний // Вестник проблем биологии и медицины. – 2019. – № 4, том 1 (153). – С. 278-282.*
3. *Лепский В.В. Ошибки врача стоматолога при определении показаний к лечению заболеваний зубов и операции удаления зуба (Клинические наблюдения) // Вестник проблем биологии и медицины. – 2015. – № 4, том 1 (124). – С. 293-295.*
4. *Isomov M.M., Shomurodov K.E., Olimjonov K.J., Azimov I.M. Features of etiopathogenesis and the course of inflammatory processes of periapical tissues in women during pregnancy (review of literature) / Isomov M.M., Shomurodov K.E., Olimjonov K.J., Azimov I.M. // Biomedicine and practice. – 2020. – №SI-2. – Pp. 833-838.*
5. *Мусаев У.Ю., Ризаев Ж.А., Шомуродов К.Э. Новые взгляды на проблему стигм дизэмриогенеза зубочелюстной и лицевой системы с позиции их формирования в инвалидизации населения // Среднеазиатский научно-практический журнал "Stomatologiya". – 2017. – №3. – С. 9-12.*
6. *Абдуллаев Ш.Ю., Шомуродов К.Э. Использование низкочастотного ультразвука и актовегина в лечении одонтогенной флегмоны челюстно-лицевой области // Врач-аспирант. – 2011. – 46 (3.3). – С. 454-459.*
7. *Вагина И. Л., Истомина Н. С., Хеллинская Н. М., Глазков Ю. Б. Современный подход в комплексном лечении пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области // Лазерная медицина. – 2013. – Т.17. – № 3.– С. 20-23.*

УДК: 616.9: 578.825.1-092

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕРПЕВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 1, 2 типов

Фируза Миродилова[1,a], Гули Исмаилова[2,b]
[1] *К.м.н. доцент, Ташкентская медицинская академия*
[2] *Д.м.н. профессор, Ташкентская медицинская академия*
Ташкент, Узбекистан
[a] *fira0672@mail.ru*, [b] *ismailovaguli1955@mail.ru*

ETIOLOGICAL AND PATHOGENETIC ASPECTS OF HERPESVIRUS INFECTION TYPES 1, 2

F. Mirodilova, G. Ismailova
[1] *Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Tashkent Medical Academy*
[2] *Doctor of Medical Sciences, Professor, Tashkent Medical Academy*
Tashkent, Uzbekistan
[a] *fira0672@mail.ru* , [b] *ismailovaguli1955@mail.ru*

АННОТАЦИЯ

Значение герпетической инфекции как актуальной медико-социальной проблемы с каждым годом все более возрастает в связи с персистенцией в латентной форме, возможной частой реактивацией и с предполагаемой онкогенностью вируса простого герпеса. Вирус простого герпеса чрезвычайно широко распространены в популяции и вызывают широкий спектр патологии человека. Семейство герпесвирусов имеет ряд общих свойств, которые отличают их от других вирусов патогенных для человека. Клинические проявления герпетической инфекции в большей степени зависят от состояния иммунитета зараженного организма, чем от собственно патогенных свойств возбудителя и развиваются только в условиях иммунодефицита, вызванного различными неблагоприятными факторами.

Ключевые слова: вирус простого герпеса, иммунодефицит, патогенез

АННОТАЦИЯ

Herpetik infektsiyaning dolzarb tibbiy va ijtimoiy muammo sifatida ahamiyati har yili yashirin shaklda davom etishi, tez-tez qayta faollashishi va gerpes simplex virusining taxmin qilingan onkogenligi tufayli ortib bormoqda. Herpes simplex virusi aholi orasida juda keng tarqalgan va inson patologiyasining keng doirasini keltirib chiqaradi. Herpesviruslar oilasi ularni boshqa inson patogen viruslaridan ajratib turadigan bir qator umumiy xususiyatlarga ega. Herpetik infektsiyaning klinik ko'rinishi patogenning haqiqiy patogen xususiyatlariga qaraganda infektsiyalangan organizmning immunitet holatiga ko'proq bog'liq va faqat turli xil salbiy omillar ta'sirida immunitet tanqisligi sharoitida rivojlanadi.

Kalit so'zlar: gerpes simplex virusi, immunitet tanqisligi, patogenez

ABSTRACT

The importance of herpes infection as an urgent medical and social problem is increasing every year due to persistence in a latent form, possible frequent reactivation and with the alleged oncogenicity of the herpes simplex virus. Herpes simplex virus is extremely widespread in the population and causes a wide range of human pathologies. The herpesvirus family has a number of common properties that distinguish them from other pathogenic viruses for humans. Clinical manifestations of herpes infection depend to a greater extent on the state of immunity of the infected organism than on the pathogenic properties of the pathogen itself and develop only under conditions of immunodeficiency caused by various unfavorable factors.

Keywords: herpes simplex virus, immunodeficiency, pathogenesis

1. Об инфекциях, вызванных вирусом простого герпеса (ВПГ), сообщалось с древнегреческих времен [1,2].

2. ВОЗ объявила о пандемии ГВИ в мире, что подчеркивает медико-социальное значение проблемы [3].

3. Различные штаммы ВПГ неоднородны по антигенным свойствам. При изучении большого количества штаммов вируса были выделены две основные антигенные группы инфекции – типы ВПГ-1 и ВПГ-2. Они имеют общий группоспецифический нуклеокапсидный антиген, однако отличаются типоспецифическими антигенами, которые связаны как с нуклеокапсидом, так и с липопротеиновой оболочкой. Последнее обеспечивает их различие по вирулентности и патогенности. В тоже время цитопатический эффект, который является результатом размножения вируса, морфологически и клинически неразличим при обоих типах инфекции [4,5].

4. Вирус простого герпеса типа 1 (ВПГ-1) и вирус простого герпеса типа 2 (ВПГ-2) представляют собой вирусы, принадлежащие к семейству *Herpesviridae*, подсемейству Alphaherpesvirinae и *роду Simplexvirus* .

5. ВПГ-1 и ВПГ-2 являются высококонтагиозными патогенами для человека. По данным различных авторов, ВПГ-1 инфицировано 3,7 миллиарда человек во всем мире, при этом передача происходит преимущественно перорально [6,7,8]. ВПГ-2 инфицировано полмиллиарда человек во всем мире [6].

6. Показатели инфицирования ВПГ в различных возрастных группах отличаются [9].

7. Как ВПГ-1, так и ВПГ-2 являются широко распространенными вирусами со значениями около 90% для ВПГ-1 и 12–20% для ВПГ-2 во взрослом населении промышленно развитых стран, достигая 80% для ВПГ-2 в развивающихся странах [10,11].

8. По данным Bradley H, Markowitz LE, Gibson T, McQuillan GM. И др. от 30% до 60% населения мира инфицировано ВПГ1 и от 10% до 25% - ВПГ2 [7, 12,] и приблизительно 23 миллиона новых случаев заражения ВПГ-2 регистрируют ежегодно [14].

9. Тем не менее, не у всех людей, инфицированных ВПГ-1 и ВПГ-2, проявляются симптомы. Подсчитано, что рецидивы герпеса, вызванные ВПГ, встречаются в широком диапазоне частот, варьируя от 20–50% до 80–90% для инфекций ВПГ-1 и ВПГ-2, соответственно, после первичной инфекции [15] означает, что у 50–80% 10–20% лиц с инфекцией ВПГ-1 и ВПГ-2 соответственно не будет проявляться клинических симптомов инфекции. Тем не менее, важно отметить, что эти люди будут выделять инфекционные вирусные частицы со слизистых оболочек, то есть могут заражать других людей [16,17]. С другой стороны, до одной трети лиц, у которых были клинические симптомы во время первичной инфекции, имеют частые реактивации, которые происходят в среднем шесть раз в год [18].

10. В настоящее время подсчитано, что у 10-25% людей, инфицированных ВПГ, проявляются симптомы заболевания, особенно поражения кожи в различных формах (лабиальный герпес, генитальный герпес, герпетическая экзема, зостериформный герпес и т. д.) [19].

11. Все больше данных свидетельствующих об эпидемиологическом переходе к ВПГ-1 в Европе, Северной Америке (20,21,22) и в Азии (23), связанном со снижением орального пути заражения в детстве и увеличением сексуальных контактов (посредством орального секса) во взрослом возрасте [21,22]. Во многих западных странах ВПГ- 1 уже является основной

причиной первого эпизода генитального герпеса, превосходя роль ВПГ-2 [21,22,25] . Эпидемиологический переход определяется здесь как значительное изменение частоты возникновения инфекции и/или способов ее передачи.

12. Пятьдесят процентов первичных инфекций генитального герпеса в богатых ресурсами странах вызваны ВПГ-1. Успешные меры общественного здравоохранения позволили снизить риск заражения оральным ВПГ-1 в молодом возрасте, что делает многих людей восприимчивыми к генитальному ВПГ-1 в этих регионах [7].

13. По данным Looker KJ, Johnston C, Welton NJ, James C, Vickerman P, Turner KME, et al. генитальной инфекцией вируса простого герпеса типа 1 (ВПГ-1) страдает 190 миллионов человек [27].

14. Активные инфекции ВПГ-1 обычно связаны с оральным или лицевым герпесом, в то время как ВПГ-2 преимущественно вызывает генитальные инфекции. Реактивированные инфекции ВПГ-2 часто проявляются болезненными поражениями половых органов, что обеспечивает более высокий риск других заболеваний, передающихся половым путем, и инвазивной карциномы шейки матки [28].

15. Распространенность антител к ВПГ-1 (серопревалентность), по-видимому, очень высока во всем мире, при этом у большинства пораженных лиц происходит сероконверсия к моменту достижения половой зрелости [7,30]. Однако с продолжающимся улучшением гигиены и условий жизни распространенность серотипа, по-видимому, снизилась, по крайней мере, в западных странах [30,31]. Около половины молодых людей начинают половую жизнь до того, как подвергаются (неполовому) контакту с ВПГ-1 и, таким образом, подвергаются риску заражения генитальным путем [32]. Имеющиеся данные указывают на растущую роль ВПГ-1 как инфекции, передающейся половым путем (ИППП), и как ведущей причиной начальных эпизодов генитального герпеса в западных странах [32,33]. Иммуноглобулины класса G к ВПГ-2 выявляются у 10–40 % взрослого населения в зависимости от региона и социально-экономических условий жизни [34].

16. Обычно ВПГ-2 передается половым путем. Частота выявления сероположительных лиц увеличивается с возрастом и коррелирует с числом половых партнеров. При одинаковом количестве последних женщины заражаются ВПГ-2 чаще, чем мужчины. Вероятность передачи вируса от мужчины женщине шестикратно превышает риск заражения мужчины от женщины [35].

По оценкам James C, Harfouche M, Welton NJ, et al, в 2016 г. 491 миллион человек в возрасте 15–49 лет были инфицированы ВПГ-2, почти все из которых передаются половым путем. (36) ВПГ-1, хотя и является преимущественно оральной инфекцией, все чаще становится причиной генитального герпеса в некоторых условиях [37,38,39].

По данным авторов в 2016 г. генитальный ВПГ-1 был инфицирован 192 миллиона человек [36].

Что касается распространенности ВПГ в зависимости от пола, то эта инфекция чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Однако в подавляющем большинстве случаев инфицированность ВПГ ассоциирована с количеством сексуальных партнеров. Кроме этого, факторами риска развития ВПГ-инфекции у женщин до беременности являются этническая принадлежность, нищета, злоупотребление алкоголем и наркотическими средствами, раннее начало половой жизни, активное сексуальное поведение и бактериальный вагиноз (40) ГВИ являются одной из СПИД-индикаторных инфекций (41) Установлено, что вирусы герпеса могут активировать геном вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), находящийся в стадии провируса, и являются кофактором прогрессирования ВИЧ-инфекции и СПИДа [42].

Доказано, что активация ГВ у ВИЧ-инфицированных больных помимо общего усиления репликации ВИЧ сопровождается повышенным выделением вирионов ВИЧ в местах герпетических кожных высыпаний, которые не всегда имеют характерный для герпеса вид [43]. Наиболее важно то, что при этом могут образовываться частицы смешанного фенотипа — вирионы ВИЧ, "одетые" в оболочку герпеса. Такие "закамуфлированные" частицы в отличие от обычных вирионов ВИЧ способны инфицировать различные типы клеток, включая

эпителиальные клетки и фибробласты, давая при этом продуктивную ВИЧ-инфекцию, иными словами становится возможным заражение ВИЧ через контакты с кожей и слизистой оболочкой.

С ВПГ-2 связывают малигнизацию шейки матки (вероятность возникновения которой достигает 10–15 %) и предстательной железы [44].

Рост заболеваемости ГГ увеличивает потенциальный риск заражения половых партнёров, особенно при бессимптомных и атипичных формах заболевания, что может серьёзно сказываться на снижении качества жизни больных [45,46,47].

Рецидивирующий ГГ чаще развивается у сексуально активных людей молодого и среднего возраста, входящих в группы риска: у проституток, гомосексуалистов, а так лиц, имеющих несколько половых партнеров [48]. При ГГ рецидивы заболевания возникают в 50-75% случаев, что значительно выше частоты обострения при экстрагенитальной локализации инфекции [49].

Среди онкологических больных у 50% лиц отмечены рецидивы герпетической инфекции (ГИ), при ВИЧ-инфекции и СПИДе — в 95-100% случаев (50). 38% пациентов с ГГ имеют 6 и более рецидивов в год (тяжелое течение), у 60% больных по 1-5 рецидивов) [51].

Генитальный герпес у матери в анамнезе является тревожным симптомом. До 50% новорожденных, рожденных через естественные родовые пути от матерей с первичными генитальными инфекциями, сами заболевают инфекцией [52].

В период вирусемии у беременной женщины, страдающей любой формой простого герпеса при первичной инфекции, плод может быть заражен и трансплацентарно. Различные варианты инфицирования приводят к патологии плода и беременности: поражению плодных оболочек, преждевременному прерыванию беременности, невынашиванию беременности, риску антенатальной гибели плода, к порокам развития плода при инфицировании на ранних сроках беременности, при инфицировании плода на поздних сроках беременности - к

вариативности течения инфекции от рождения ребенка с бессимптомной инфекцией до тяжелого течения с летальным исходом [53].

Все это представляет серьезную опасность для репродуктивного здоровья населения и обусловливает социально-экономическую значимость инфекции. Комитет экспертов ВОЗ включил генитальную герпетическую инфекцию в число заболеваний, при которых значительно повышается риск инфицирования ВИЧ, что обусловлено способностью герпесвируса в качестве кофактора активизировать геном ВИЧ, находящийся в стадии провируса, и стимулировать прогрессирование иммунодефицита [54].

ВПГ-1 и ВПГ-2 являются причинами глазных инфекций, чаще ВПГ-1 у новорожденных. Подавляющее большинство женщин, которые передают инфекцию ВПГ своему ребенку, не имеют документально подтвержденного генитального герпеса в анамнезе, отчасти из-за тонкости их клинических симптомов и последующего неправильного диагноза [55].

И проблема заболеваемости ГГ заключается не только в том, что вирус характеризуется быстрой репликацией, но и в распространении бессимптомной и недиагностированной форм болезни, что способствует формированию вторичного иммуносупрессивного состояния. Рецидивирующие формы ГГ (РГГ) оказывают негативное воздействие на иммунную систему больного, привод к астении, нервнопсихическим расстройствам, вызывая в 30% случаев спонтанные аборты на ранних сроках беременности, свыше 50% поздних выкидышей, и занимают второе место после вируса краснухи по тератогенности [56].

Доказана роль герпетической инфекции в ускорении интеграции вируса папилломы человека (ВПЧ) в геном клетки хозяина, что повышает риск онкопатологии полости рта, шейки матки, влагалища и прямой кишки. При этом коинфекция ВПГ и ВПЧ при дисплазии в 34 раза повышает риск малигнизации и в 61 раз – вероятность трансформации в плоскоклеточный рак. Стоит также отметить роль ВПГ как ко-фактора в развитии канцерогенеза женской половой сферы. В последние два десятилетия учеными обсуждается вопрос о возможной роли ВПГ в этиопатогенезе рака шейки матки. Однако прямых доказательств нет.

Считается, что ВПГ-инфекция сопровождается развитием фоновых процессов шейки матки (30%) [57,58].

Причины столь разных результатов после инфицирования и реактивации ВПГ неизвестны, но связаны с взаимодействием между вирусом и иммунным ответом.

Ведущая роль в патогенезе вирусных инфекций принадлежит иммунной системе, поэтому и клинические проявления, и рецидивирующее течение могут иметь иммунозависимый механизм развития [59,60].

После начальной репликации и диссеминации в эпителиальной ткани ВПГ инфицирует окончания сенсорных нейронов, иннервирующие ткань [61,62]. Как только вирус достигает ганглиев тройничного нерва или ганглиев задних корешков, вирус устанавливает латентность на всю жизнь хозяина. Вирус периодически реактивируется из латентной в репликативную стадию, перемещаясь антероградно обратно в эпителиальную ткань, где происходит рецидивирующая инфекция и передача, проявляя сопутствующие симптомы заболевания [63]. Во время этих многочисленных циклов латентности и реактивации вирус может повторно инфицировать нервную систему или передаваться новому хозяину, находя многочисленные шансы расширить свой генетический репертуар для последующих циклов реактивации [64,65].

Важным для понимания процессов инфицирования ВПГ 1-го и 2-го типов является тот факт, что первичное заражение всегда сопровождается вирусемией, что ведет к инфицированию многих органов и систем. Вирусемия сопровождается снижением активности иммунной системы, что позволяет развиваться вторичному инфицированию [66].

Функциональные нарушения иммунитета, предшествующие реактивации герпес-вирусов, могут касаться любых клеток иммунной системы: Т- и В-лимфоцитов, нейтрофилов, макрофагов, NK-клеток, системы комплемента, цитокинов и пр.[67].

Изучение врожденных и специфических механизмов защиты является важным и может иметь значимость для предупреждения развития тяжелой

системной инфекции. Первая линия защиты представлена врожденными факторами (клетки моноцитарно-макрофагального ряда, естественные киллеры). Активация комплемента ускоряет мобилизацию и способствует направленному движению клеток к очагу воспаления. Быстро синтезируются α- и β-интерфероны, что переводит чувствительные клетки в состояние резистентности к ВПГ, под их влиянием усиливается функция макрофагов и естественных киллеров, в результате чего разрушаются инфицированные клетки. Эта система защиты вступает в действие с первых дней контакта с вирусными антигенами [68].

Патологическое вмешательство в врожденный иммунный ответ и адаптивный иммунный ответ посредством кодируемых вирусом молекул, изменяющих или блокирующих распознавание антигена Т-клетками [69,70] приводят к высокой частоте клинических случаев латентной инфекции, клинических рецидивов и повторного заражения [71,72].

Иммунный ответ, индуцированный у инфицированных людей, который обычно включает специфические нейтрализующие антитела и цитотоксические реакции, не способен защитить от вирусной реинфекции или латентной реактивации вируса. Сообщается, что эта вирусная характеристика является стратегией уклонения от иммунитета [73] и, вероятно, связана с вирусным вмешательством в иммунную систему с помощью различных кодируемых вирусных белков [74].

Существуют определенные различия в инфицировании эпителиоцитов и лимфоцитов ВПГ. В эпителиоцитах вирус проходит полную репликацию с образованием большого количества вирионов, лизисом эпителиоцитов с последующим заражением соседних клеток. При инфицировании В-лимфоцитов лишь в небольшом количестве клеток вирус реплицируется, а в остальных — находится в латентном состоянии. На ранних этапах возможно инфицирование Т- и NK-лимфоцитов с развитием хронической инфекции с персистенцией вируса в лимфоцитах на протяжении всей жизни. Способность к персистенции указывает на то, что вирус вырабатывает механизм ускользания от иммунного ответа [75].

Заражение достаточного количества эпителиальных клеток приводит к активации сначала врожденного, а потом приобретенного иммунитетов и формированию цитотоксических CD8+ Т-клеток, которые элиминируют инфицированные клетки эпителия [76].

Иммунная система распознаёт вирусные пептиды, которые экспрессированны локально на зараженных клетках организма в комплексе с молекулами главного комплекса гистосовместимости I класса. Увеличении количества зараженных клеток в одном месте приводит к синтезу цитокинов и хемокинов инфицированными клетками, которые в свою очередь активируют эндотелий сосудов в данном конкретном месте, куда по градиенту хемокинов и интегринов эндотелия сосудов попадают активированные Т-клетки. Снижение количества вирусов приводит к формированию клеток и остановке иммунной реакции эффекторной фазы. Наличие клеток памяти обеспечивает защиту эпителиальных барьеров, но не влияет на латентные вирусы, что связано с механизмами функционирования адаптивного иммунитета. При попадании ГВ 1-го и 2-го типов в нервные ганглии останавливается репликация вирусов, для которой требуется деление клеток, отсутствующие в нервной ткани. Соответственно отсутствуют сигналы, необходимые для элиминации латентных вирусов: нет градиента вирусных пептидов, синтеза достаточного количества хемокинов для привлечения Т-клеток, а также достаточного уровня экспрессии интегринов, необходимых для миграции Т-клеток в ганглии [77, 78].

ВПГ нацеливается на NK- и NKT-клетки, а также на макрофаги, поскольку эти клетки, вероятно, играют ключевую роль в борьбе с инфекцией ВПГ. Дендритные клетки являются важными иммунными клетками, которые стимулируют и регулируют иммунные реакции, модулируя активность врожденных и адаптивных иммунных клеток. Затем они могут активировать CD4+ и CD8+ Т-клетки. Эти и другие клетки, которые участвуют в реакции организма на вирусы, либо разрушаются, либо инактивируются [79,80,81].

ФНО-α играет ведущую роль в противовирусном иммунитете. Получено достаточно доказательств усиления системой ИФН действий ФНО-α (82). Одним

из возможных механизмов кооперативного действия ФНО-α и ИФН-γ является способность последнего регулировать экспрессию рецепторов ФНО-α. При этом ФНО-α участвует в активации Т-лимфоцитов, видоспецифично усиливает пролиферацию реактивированных лектинами и антигенами Т-лимфоцитов, увеличивая экспрессию рецептора ИЛ-2. Кроме того, ФНО-α является одним из наиболее эффективных факторов, действие которого распространяется и на активацию апоптоза, что особенно значимо при вирусных инфекциях [83]. ИЛ-2, ИЛ-15, α-интерфероны являются активаторами NK-клеток. NK-лимфоциты лизируют клетки, инфицированные любыми вирусами. Наряду с этим вирусы повышают цитотоксичность NK-клеток. Во время инфекции NK-клетки скапливаются в местах поражения и действуют в качестве факторов местного иммунитета. Их роль особенно велика в раннем периоде инфекции – они ограничивают и контролируют распространение вируса в первые часы и дни после заражения. Очень важным показателем иммунного ответа при вирусных инфекциях является активность NK-клеток. При острых вирусных инфекциях их активность резко повышается, а при хроническом течении – снижается при повышении их общего количества, что является неблагоприятным прогностическим признаком [84]. Выявлена прямая корреляция между глубиной нарушений системы ИФН и цитотоксичности NKлимфоцитов и тяжестью течения заболевания в первую очередь частотой рецидивов. Показано, что у пациентов с редкими рецидивами (1–2 раза в год) и у части пациентов с умеренной частотой обострений (до 3—5 раз в год) нарушения иммунитета носят транзиторный характер. Глубокие изменения иммунной системы, соответствующие вторичному иммунодефицитному состоянию, наблюдаются при частых манифестациях ВПГ (6—10 раз в год и более) [85].

Хемокины являются важными элементами противовирусного ответа. Они составляют семейство хемотаксических цитокинов, которые управляют миграцией лейкоцитов к местам повреждения или инфекции [86].

Экспрессия некоторых хемокинов повышается при инфицировании HSV-1 и HSV-2 (87,88), что приводит к инфильтрации лейкоцитов, которая может быть столь же патогенной, как и вирусная инфекция.

Герпесвирусы экспрессируют белки, которые нарушают функцию хемокинов, играя важную роль в вирусном цикле, уклонении от иммунного ответа и патогенезе [89]. Одна из стратегий интерференции хемокинов включает экспрессию секретируемых вирусных белков, которые связывают хемокины и ингибируют функцию хемокинов [90].

Активация врожденного иммунитета индуцирует адаптивный иммунитет. Передача сигналов TLR обеспечивает важную связь между врожденным противовирусным иммунитетом и адаптивным [91].

Наиболее значимыми паттерн-распознающими рецепторами в распознавании вируса простого герпеса являются Toll-like receptors (TLR), которые распознают вирусную ДНК, а в некоторых случаях непосредственно связывают вирусный гликопротеин. Решающая роль в этой группе рецепторов принадлежит TLR3, который экспрессируется на эпителии маточных труб, эндометрия, шейки матки, а также на стромальных фибробластах влагалища и шейки матки и натуральных киллерах матки. Основной сигнальный путь, активируемый при связывании лигандов TLR, приводит к экспрессии активационного фактора NF-κB и активации провоспалительных генов – цитокинов, молекул адгезии и костимуляции, факторов бактерицидности. Таким образом, через TLR в клетку поступают сигналы, включающие «гены воспаления», что инициирует запуск противовирусной программы организма человека [92].

Доказано, что при рецидивирующей ГВИ, обусловленной ВПГ-1/2, снижены общее число $CD3^+$ и $CD4^+$клеток и иммунорегуляторный индекс, угнетена активность ЕК-клеток и антителозависимая клеточная цитотокцичность, а также способность лимфоцитов к синтезу эндогенных ИФН-α/β и ИНФ-γ. Т-клетки, в том числе Т клетки-памяти, ЕК-клетки и цитотоксические лимфоциты – основные участники противовирусных реакций, поэтому многие вирусы

приобрели механизмы, позволяющие избегать распознавания их антигенов эффекторными клетками либо модулировать активность последних [93,94]. В фазе рецидива герпеса показано усиление окислительно-восстановительного потенциала нейтрофилов, повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов и снижение содержания катионных белков, свидетельствующее об их активном вовлечении в защитные реакции организма [95].

Таким образом, при ГВИ угнетены и разбалансированы системы Т- и В-клеточного иммунитете. Вместе с тем, наблюдается функциональная неполноценность системы неспецифической резистентности организма. Выявленные нарушения в иммунном гомеостазе регистрируются в фазе рецидива и ремиссии заболевания, тем самым во многом предопределяя и объясняя длительное персистирование в организме человека и рецидивирующее течение болезни [93].

Поддержание ВПГ-1 в латентном состояние представляет собой сложный процесс с задействованием различных регуляторных механизмов. Во время спорадической спонтанной реактивации ВПГ-1 в латентно инфицированных нейронах сенсорных ганглиев происходит выделение вируса в кровоток, что приводит к повторному инфицированию эпителиальных тканей организма (фаза продуктивной, или литической репликации). Это может сопровождаться появлением клинической картины заболевания в очаге первичного инфицирования (область гениталий, эпителий и кожа губ и ротовой полости, роговица глаз), нередко протекающего с более тяжелым течением. Кроме того, реактивация вируса часто сопровождается асимптомным течением, когда вирус может выделяться и инфицировать других лиц. Латентное состояние ВПГ-1 в нейронах может поддерживаться пожизненно, характеризуется обнаружением в ядрах вирусной РНК LAT (latency-associated transcript — транскрипт ассоциированный с латентностью), и полным отсутствием экспрессии генов литического цикла.

Латентное состояние вируса является обратимым, а пусковым механизмом к реактивации ВПГ-1 могут быть УФО-облучение, лихорадка, стрес, сниженный иммунный статус организма, повреждение нервов, а также различные инфекции. Как и в случае первичной ВПГ-1 инфекции особое значение для купирования рецидива имеют CD8+ Т клетки. На модели ВПГ-1 инфекции у мыши было показано, что CD8+ Т клетки могут полностью подавлять реактивацию вируса, что частично опосредовано продукцией ими ИФН-g (некоторые нейроны рефрактерны к его действию). Кроме того, для иммунного контроля важен был также продукт литических гранул Т клеток, гранзим В [97].

Латентный ВПГ-1 периодически реактивируется, продуцируя инфекционный вирус, который может привести к рецидивирующим поражениям у некоторых людей. Как первичное, так и рецидивирующее заболевание может привести к клиническим расстройствам различной степени тяжести или даже смерти, что подчеркивает неудовлетворенную потребность в профилактических и терапевтических вакцинах [98].

Латентное состояние ГВ 1-го и 2-го типов может сохраняться пожизненно. Реакция означает резкое повышение количества вирионов в эпителиальной ткани. Для ГВ 1-го типа это чаще лицевая область, для 2-го типа – генитальный тракт, промежность, ягодицы, верхняя часть бедер, перианальная область, для 3-го типа – кожа. Локализация связана с местом латентного депонирования ГВ: ГВ 1-го типа сохраняются в латентном состоянии в ганглиях тройничного нерва, а ГВ 2-го типа – в ганглиях дорсальных нейронов, располагающихся в позвоночнике. ГВ 3-го типа могут находится как ганглиях черепного, так и дорсального нервов, однако этот тип вирусов распространяется вдоль нерва и размножается в тканях, иннервируемых соответствующими нейронами [99].

1. Латентное состояние не означает, что вирус не реплицируется. Наблюдается постоянное перемещение вирусных частиц из ганглиев в эпителиальные ткани. Так, M. Ramchandani и соавт. [100] показали, что у асимптомных сероположительных по ГВ 1-го типа индивидуумов вирионы идентифицируются в низком титре в слизистой оболочке полости рта, в меньшей

степени – в слезной жидкости и назальном эпителии. К сожалению, идентификация вирионов в жидкостях и смывах организма не является прогностическим фактором и не позволяет предсказать возможность реактивации вируса [101]. Наличие Т-клеток памяти обеспечивает постоянную санацию эпителиальных тканей. Снижение иммунитета, вызванное иммунодепрессантами (например, при трансплантации органов), приводит к повышению количества вирусных частиц в эпителиальных тканях, что может закончиться манифестацией процесса [102]. Предрасполагающим к реактивации ГВ факторами являются острые инфекционные заболевания, длительный стресс, значительное повреждение эпителия половых органов, а также применение ряда препаратов. Существует определенная генетическая предрасположенность к ГГ.

2. Все сказанное выше подтверждает тот факт, что иммунные реакции играют существенную роль в развитии, клинических проявлениях и реактивации ВПГ. Оценка состояния системы иммунитета в клинической практике важна для прогнозирования течения инфекции и оценки эффективности проводимой противовирусной терапии, а также для обоснования необходимости включения иммунотропных препаратов для комплексной терапии ГВИ.

Литература/References

1. *Ройзман Б., Найп Д., Уитли Р. Вирусы простого герпеса . В Knipe D, Howley P (ed), Fields Virology, LWW, Philadelphia, 2013; 2 : 1823–1897.*
2. *Ройзман Б., Уитли Р.Дж.: Девять возрастов вируса простого герпеса. Герпес. 2001 г.; 8 (1): 23–7.*
3. *World Health Organization (WHO) (2004). Adolescent friendly health services: An agenda for change. Protecting young from HIV and AIDS: The role of health services. Geneva: WHO. http://www.who.int/whostat/2004/en/.*
4. *Исаков В.А., Борисова В.В., Исаков Д.В. Патогенез и лабораторная диагностика герпеса. //Руководство для врачей. СПб. 1999. –205с.*
5. *Росс Д.Д., Смит И.В., Элтон Р.Х. Эпидемиология вируса простого герпеса типов 1 и 2 инфекции половых путей в Эдинбурге 1978-91.// Genitourin Med. 2003. № 69. С. 381-383.*
6. *Джеймс С., Харфуш М., Велтон Н., Тернер К.М., Абу-Раддад Л.Дж., Готлиб С.Л., Лукер К.Дж. Вирус простого герпеса: глобальная распространенность инфекции и оценки заболеваемости, 2016 г. Бюлл. Всемирной орган. здравоохранения. 2020; 98:315–329.*
7. *Лукер К.Дж., Магарет А.С., Мэй М.Т., Тернер К.М.Э., Викерман П., Готтлиб С.Л., Ньюман Л.М. Глобальные и региональные оценки распространенности и инцидентности инфекций, вызванных вирусом простого герпеса типа 1, в 2012 г. PLoS ONE. 2015;10:e0140765.*
8. *Лукер К.Дж., Магарет А.С., Тернер К.М., Викерман П., Готтлиб С.Л., Ньюман Л.М. Глобальные оценки распространенных и новых случаев инфицирования вирусом простого герпеса типа 2 в 2012 г.*

9. McQuillan G, Kruszon-Moran D, Elaine W, Flagg EW, Ryne Paulose-Ram R. *Распространенность вируса простого герпеса 1 и 2 типа у лиц в возрасте 14–49 лет: США, 2015–2016 гг. Краткий обзор данных NCHS . 2018;304:1–8.*
10. Wutzler P, Doerr HW, Farber I, Eichhorn U, Helbig B, et al. *(2000) Серопревалентность вируса простого герпеса типа 1 и типа 2 в выбранных немецких популяциях - значимость для заболеваемости генитальным герпесом. J Med Virol 61: 201–207.*
11. Paz-Bailey G, Ramaswamy M, Hawkes SJ, Geretti AM (2007)*Вирус простого герпеса типа 2: эпидемиология и варианты лечения в развивающихся странах. Sex Transm Infect 83: 16–22.*
12. *Брэдли Х., Марковиц Л.Е., Гибсон Т., Маккуиллан Г.М. Распространенность вируса простого герпеса типов 1 и 2 — США, 1999–2010 гг. J дис . 2014;209(3):325-333.*
14. Looker KJ, Magaret AS, May MT, et al. *Первые оценки глобальной и региональной заболеваемости неонатальной герпесной инфекцией. Ланцет Глоб Здоровье . 2017;5(3):e300-e309.*
15. *Флеминг Д.Т., Маккуиллан Г.М., Джонсон Р.Е., Нахмиас А.Дж., Арал С.О., Ли Ф.К. и др. (1997). Вирус простого герпеса типа 2 в США, 1976–1994 гг. N. Engl. Дж. Мед. 337 1105–1111.*
16. *Джонстон К., Кори Л. (2015). Современные представления о вирусной инфекции генитального простого герпеса: диагностика и патогенез выделения из половых путей. клин. микробиол. Ред. 29, стр. 149–161. 10.1128/CMR.00043-15.*
17. *Рамчандани М., Конг М., Тронштейн Э., Селке С., Михайлова А., Магарет А. и др. (2017). Слизистая оболочка полости рта здоровых взрослых. Дис. 43 756–760.*
18. *Бенедетти Дж., Кори Л., Эшли Р. (1994). Частота рецидивов генитального герпеса после симптоматического первого эпизода инфекции. Анна. Стажер Мед. 121 847–854.*
19. *Флеминг Д.Т., Маккуиллан Г.М., Джонсон Р.Е., Нахмиас А.Дж., Арал С.О., Ли Ф.К. и др. (1997). Вирус простого герпеса типа 2 в США, 1976–1994 гг. N. Engl. Дж. Мед. 337 1105–1111.*
20. *Бернстайн Д.И., Беллами А.Р., Хук Э.В. 3-й, Левин М.Дж., Уолд А., Юэлл М.Г. и соавт. Эпидемиология, клиническая картина и реакция антител на первичную инфекцию вирусом простого герпеса 1 и 2 типа у молодых женщин. Клин Инфект Дис . 2013;56(3):344–51.*
21. *Робертс С.М., Пфистер Дж.Р., Спир С.Дж. Увеличение доли вируса простого герпеса типа 1 как причины инфекции генитального герпеса у студентов. Секс Трансм Дис . 2003;30(10):797–800.*
22. *Аюб Х.Х., Чемайтелли Х., Абу-Раддад Л.Дж. Характеристика переходной эпидемиологии вируса простого герпеса типа 1 в Соединенных Штатах: прогнозы на основе моделей. на рассмотрении. 2018.*
23. *Хадр Л., Харфуш М., Омори Р., Шварцер Г., Чемайтелли Х., Абу-Раддад Л.Дж. Эпидемиология вируса простого герпеса 1 типа в Азии: систематический обзор, метаанализы и метарегрессии. Клин Инфект Дис . 2018. Эпублик 2018/07/19. 10.1093/cid/ciy562.*
25. Gilbert M, Li X, Petric M, Krajden M, Isaac-Renton JL, Ogilvie G, et al. *Использование централизованных лабораторных данных для мониторинга тенденций инфекции, вызванной вирусом простого герпеса 1 и 2 типа, в Британской Колумбии и изменения этиологии генитального герпеса. Может J Общественное здравоохранение . 2011;102(3):225–9.*
27. Looker KJ, Johnston C, Welton NJ, James C, Vickerman P, Turner KME, et al. *Глобальное и региональное бремя генитальной язвенной болезни, вызванной вирусом простого герпеса: исследование моделирования естественного течения болезни. BMJ Глоб Здоровье. 2020;5(3):e001875. Эпаб 2020/03/24. пмид:32201620; Центральный PMCID в PubMed: PMC7061890.*

3. *Акиньи Б., Одиамбо К., Отиено Ф., Инзауле С., Осваго С., Керубо Э., Ндиво Р., Зех С. Распространенность, заболеваемость и корреляты инфекции ВПГ-2 у подростков и взрослых с ВИЧ-инфекцией. когортное исследование в западной Кении. ПЛОС ОДИН. 2017;12:e0178907.*
4. *Смит Дж.С., Робинсон Н.Дж. Возрастная распространенность инфекции вирусом простого герпеса типов 2 и 1: глобальный обзор. J Infect Dis 2002; 186 (дополнение 1): S3–28.*
5. *Сюй Ф., Штернберг М.Р., Коттири Б.Дж. и соавт. . Тенденции серопревалентности вируса простого герпеса типа 1 и типа 2 в Соединенных Штатах. ЯМА 2006; 296: 964–73.*
6. *Бернштейн Д.И., Беллами А.Р., Хук Э.В. III и др. . Эпидемиология, клиническая картина и реакция антител на первичную инфекцию вирусом простого герпеса 1 и 2 типа у молодых женщин. Clin Infect Dis 2013; 56:344–51.*
7. *Gilbert M, Li X, Petric M, et al. . Using centralized laboratory data to monitor trends in herpes simplex virus type 1 and 2 infection in British Columbia and the changing etiology of genital herpes. Can J Public Health 2011; 102:225–9.*
8. *Семенова Т.Б. // Русский мед. журн. 2001. Т. 9. № 6. С. 237–242.*
9. *Лукер К.Дж., Гарнетт Г.П., Шмид Г.П. // Bull. Всемирный орган здравоохранения. 2008. № о . 86. Pp . 805–812.*
10. *Джеймс С., Харфуш М., Велтон Н.Дж. и др. . Глобальные и региональные оценки распространенности и заболеваемости вирусом простого герпеса в 2016 г. Bull World Health Organ . В прессе2020.*
11. *Пенья К.С., Адельсон М.Е., Мордехай Э. и др. . Вирус простого генитального герпеса 1 типа у женщин: обнаружение в цервикально-влагалищных образцах из гинекологической практики в США. J Clin Microbiol 2010;48:150–3.10.1128/JCM.01336-09.*
12. *Туокко Х., Блоигу Р., Хукканен В. Вирус простого герпеса 1 типа генитального герпеса у молодых женщин: текущая тенденция в северной Финляндии. Sex Transm Infect 2014; 90:16010.1136/sextrans-2013-051453.*
13. *Дурукан Д., Фэрли К.К., Брэдшоу К.С. и соавт. . Увеличение доли вируса простого герпеса типа 1 среди женщин и мужчин с диагнозом первого эпизода аногенитального герпеса: ретроспективное обсервационное исследование за 14 лет в Мельбурне, Австралия. Sex Transm Infect 2019; 95:307–13.10.1136/sextrans-2018-053830.*
14. *Сюй Ф., Штернберг М.Р., Коттири Б.Дж. и соавт. Тенденции серопревалентности вируса простого герпеса типа 1 и типа 2 в Соединенных Штатах. ЯМА 2006; 296 (8): 964–73.*
15. *Исаков В.А., Архипов Г.С., Исаков Д.В. Патогенез и клинические особенности респираторных инфекций у часто болеющих пациентов. Материалы конференции. Великий Новгород, 2014;92-100.*
16. *Рахманова А. Г., Пригожина В. К., Неверов В. А. Инфекционные болезни: руководство для врачей общей практики. — М.; СПб., 1995. — 302 с.*
17. *Masopust D, Choo D, Vezys V. et al. Dynamic T cell migration program provides resident memory within intestinal epithelium. J Exp Med. 2010 Mar 15;207(3):553-64.*
18. *Суслопаров М.А., Суслопаров И.М., Загоруйко Т.Ю. и др. // Молекулярная генетика, микробиология.*
19. *Hashido M, Lee FK, Naihmias AJ, et al. An epidemiologic study of herpes simplex virus type 1 and 2 infection in Japan based on type specific serological assays. Epidemiol Inf. 1998; 120:179-186.*
20. *Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. Исследование клинической эффективности комплексной терапии генитального герпеса у мужчин с применением иммунотропного препарата Иммуномакс. Здоровье мужчины. 2009;1:188-191.*

21. Wang K, Merin A, Rendina HJ, Pachankis JE. Genital herpes stigma: Toward the Measurement and Validation of a highly prevalent yet hidden public health problem. Stigma Health. 2018;3(1):27-34.
22. 26-Молочков В.А., Семенова Т.Б., Киселев В.И., Молочков А.В. Генитальные вирусные инфекции. М., 2009, 208 с.
23. Исаков В.А., Архипов Г.С., Исаков Д.В. Патогенез и клинические особенности респираторных инфекций у часто болеющих пациентов. Материалы конференции. Великий Новгород, 2014;92-100], 50[28-Исаков В.А., Ермоленко Д.К., Исаков Д.В. Перспективы терапии и профилактики простого герпеса с монотонных типов рецидивирования. Терапевтический архив 2011; 11:44-7.
24. Самгин М. А., Халдин А. А. Простой герпес (дерматологические аспекты). — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 160 с.
25. Исаков В. А., Архипова Е. И., Исаков Д. В. Герпесвирусные инфекции человека (2-е изд., перераб., доп.): Руководство для врачей /Под редакцией профессора В. А. Исакова. — СПб., СпецЛит. 2013. — 670 с.
26. Ваггонер-Фаунтен Л.А., Гроссман Л.Б. Вирус простого герпеса. Педиатр, ред. 2004 г.; 25 (3): 86–93.
27. Марданлы С.Г., Кирпичникова Г.И., Неверов В.А. Герпетическая инфекция (простой герпес). Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, лечение. - Электрогорск: ЗАО «ЭКОлаб», 2011. - 48 с.
28. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними: 2006–2015 годы: разрыв цепочки передачи.
29. Скотт Х.Дж., Кимберлин Д.В. Инфекция вируса простого герпеса новорожденных: эпидемиология и лечение. Клин Перинато. 2015;42(1):47–59.
30. Стэнберри Л.Р. Генитальные и перинатальные инфекции, вызванные вирусом простого герпеса. В: Стэнберри Л., Розенталь С., ред. Заболевания, передающиеся половым путем. Вакцины, профилактика и контроль. Академическая пресса; 2013; 273-313.
31. Cao S., Gan Y., Dong X., Lu Z. Вирус простого герпеса типа 2 и риск рака шейки матки: метаанализ обсервационных исследований. Арка Гинекол. Обст. 2014; 290(6): 1059-66.
32. Vergou T. Herpes simplex virus infection (Orofacial). In: Katsambas A., Lotti T., Dessinioti C., D'Erme A.M., eds. European handbook of dermatological treatments. Springer; 2015: 373-7.
33. Соловьёв А.М., Перламутров Ю.Н., Корсунская И.М. Состояние иммунной системы у больных рецидивирующими инфекциями урогенитального тракта. Иммунология, аллергология, инфектология. 2013;4:49-56.
34. Штейнбах А., Ример А.Б. Иммунные механизмы уклонения от вируса папилломы человека: обновление. Инт Джей Рак. 2018;142(2):224-229.
35. Knipe DM, Cliffe A. Хроматиновый контроль литической и латентной инфекции вируса простого герпеса. Nat Rev Microbiol . 2008;6(3):211–21.
36. Кавагути Ю., Мори Ю., Кимура Х. Вирусы герпеса человека: Springer; 2018.
37. Ройзман Б., Найп Д.М. и Уитли Р. Вирусы простого герпеса. Вирусология Филдса. 6-е изд. Филадельфия, Пенсильвания: Липпинкотт Уильямс и Уилкинс; 2013. с. 1823–97.
38. Кеннеди П.Г., Ровнак Дж., Бадани Х., Корс Р.Дж. Сравнение латентности и реактивации вируса простого герпеса типа 1 и вируса ветряной оспы . Джей Ген Вирол . 2015 г.; 96 (часть 7): 1581–602.
39. Либерман П.М. Эпигенетика и генетика вирусной латентности. Клеточный микроб-хозяин . 2016; 19 (5): 619–28. doi: 10.1016/j.chom.2016.04.008.
40. Генитальный герпес. Клинические рекомендации. РОДВК. М . 2016. По состоянию на 08 февраля 2020 г. Режим доступа: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus.
41. Pellett PE, Roizman B. Herpes viridae. В: Knipe DM, Howley PM, Griffin DE, Lamb RA, Martin MA, Roizman B., eds. Вирусология Филдса. Филадельфия: Липпинкотт Уильямс Уилкинс; 2013. Том. 2: 1802–2080 гг.

42. *Malmgaard L. и Paludan SR Интерферон (IFN)-/, интерлейкин (IL)-12 и IL-18 координированно индуцируют продукцию IFN- во время инфекции вирусом простого герпеса типа 2. J. Gen. Virol. 2003. Т. 84. С.: 2497-2500.*
43. *Джаханбан-Эсфахлан Р., Сейди К., Маджидиния М., Каримян А., Юсефи Б., Набави С.М. и др. Толл-подобные рецепторы как новые терапевтические мишени для вирусной инфекции простого герпеса. Преподобный Мед Вирол. 2019;29(4):e2048.*
44. *Дай Х.С., Калиджиури М.А. Молекулярные основы распознавания вируса простого герпеса типа 1 клетками-естественными киллерами человека. Фронт Иммунол. 2018; 9:183.*
45. *Ли С., Айвс А.М., Бертке А.С. Вирус простого герпеса 1 реактивируется из вегетативных цилиарных ганглиев независимо от сенсорных ганглиев тройничного нерва, вызывая рецидивирующее глазное заболевание. Дж Вирол. 2015;89(16):8383–91.*
46. *Franzen-Rohl E, Schepis D, Atterfelt F, Franck K, Wikstrom A, Liljeqvist JA, et al. Специфический Т-клеточный ответ вируса простого герпеса в когорте с первичной генитальной инфекцией обратно пропорционален частоте последующих рецидивов. Секс Трансм Инфекция. 2017;93(3):169–74.*
47. *Коянаги Н., Имаи Т., Синдо К. и др. Уклонение вируса простого герпеса-1 от накопления CD8+ Т-клеток способствует вирусному энцефалиту. Джей Клин Инвест . 2017;127(10):3784-3795.*
48. *Yang Y, Wu S, Wang Y, et al. The Us3 protein of herpes simplex virus 1 inhibits T cell signaling by confining linker for activation of T cells (LAT) activation via TRAF6 protein. J Biol Chem. 2015;290(25):15670-15678.*
49. *Терещенко А.В., Соловьев А.М., Задионченко Е.В. Герпетический стоматит: этиология, клиника, лечение. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2007;2:10-13.*
50. *Hensel MT , Peng T , Cheng A , et al . Селективная экспрессия CCR10 и CXCR3 циркулирующими Т-клетками CD8, специфичными к вирусу простого герпеса человека. Дж Вирол. 2017 12 сентября; 91.*
51. *Голдман Г.С., Кинг П.Г. Обзор универсальной программы вакцинации против ветряной оспы в США: показатели заболеваемости опоясывающим герпесом, экономическая эффективность и эффективность вакцины, основанные, главным образом, на данных проекта активного эпиднадзора за ветряной оспой в долине антилоп. вакцина. 2013 25 марта; 31 (13): 1680-1694.*
52. *Бриссон М., Гей Н.Дж., Эдмундс В.Дж., Эндрюс Н.Дж. Воздействие ветряной оспы повышает иммунитет к опоясывающему герпесу: значение для массовой вакцинации против ветряной оспы. вакцина. 2002;20:2500-2507.*
53. *Bahr I., Spielmann J., Quandt J., Kielstein H. Obesity-associated alterations of natural killer cells and immunosurveillance of cancer. Front Immunol. 2020; 11:245.*
54. *Schiffer JT, Swan DA, Roychoudhury P, Lund JM, Prlic M, Zhu J, et al. Фиксированная пространственная структура CD8(+) Т-клеток в ткани при хронической инфекции ВПГ-2. Дж Иммунол. 2018;201(5):1522–35. Эпаб 2018/07/27.*
55. *Roychoudhury P, Swan DA, Duke E, Corey L, Zhu J, Davé V, et al. Резидентные в тканях цитокины, полученные из Т-клеток, элиминируют клетки, инфицированные вирусом простого герпеса-2. Журнал клинических исследований. 2020;130(6):2903–19.*
56. *Снимщикова И.А., Юдина С.М., Медведев А.И. Эффективность ультразвуковой кавитации в сочетании с локальной иммунокоррекцией при гнойно-воспалительных заболеваниях. Медицинская иммунология. 2003;3(3-4).*
57. *Новицкий В.В., Рязанцева Н.В., Жукова О.Б. Молекулярные основы дизрегуляции программированной гибели лимфоцитов при хронической вирусной инфекции. Бюллетень сибирской медицины. 2006;2:23- 30.*

58. *Шульженко А.Е., Зуйкова И.Н. Иммунотерапия герпесвирусных инфекций. Иммунотерапия. Руководство для врачей. Под ред. Р.М. Хаитова, Р.И. Атауллаханова. М., «ГЭОТАР-Медиа». 2011, 672 с.*
59. *Халдин А.А. Иммунологическое обоснование дифференцированных подходов к терапии простого герпеса: Дис. ... д-ра мед. наук. М. 2001.*
60. *Baggiolini M (1998) Chemokines and leukocyte traffic. Nature 392: 565– 568.*
61. *Tse MC, Lane C, Mott K, Onlamoon N, Hsiao HM, et al. (2009) ICAM-5 модулирует продукцию цитокинов/хемокинов в ЦНС во время инфекции, вызванной вирусом простого герпеса 1 типа. Дж. Нейроиммунол 213: 12–19.*
62. *Thapa M, Carr DJ (2008) Хемокины и рецепторы хемокинов, имеющие решающее значение для резистентности хозяина после инфекции генитального вируса простого герпеса типа 2 (HSV-2). Открытый Иммунол J 1: 33–41.*
63. *Алками А., Лира С.А. (2010) Модуляция активности хемокинов вирусами. Curr Opin Immunol 22: 482–487.*
64. *Alcami A, Saraiva M (2009) Chemokine binding proteins encoded by pathogens. Adv Exp Med Biol 666: 167–179.*
65. *Goethals S., Ydens E., Timmerman V., Janssens S. Toll-like receptor expression in the peripheral nerve. Glia. 2010, v. 58, p. 1701-1709.*
66. *Лебедева О.П., Калуцкий П.В., Пахомов С.П. и соавт. Toll-подобные рецепторы женского репродуктивного тракта и их лиганды. Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация. 2010, № 22, с. 31-35.*
67. *Исаков В.А., Архипов Г.С., Исаков Д.В. Патогенез и клинические особенности респираторных инфекций у часто болеющих пациентов. Материалы конференции. Великий Новгород, 2014;92-100.*
68. *Jiang X, Chentoufi AA, Hsiang C, et al. The herpes simplex virus type 1 latency associated transcript (LAB) can protect neuronal derived C1300 and Neuro2A cells from Granzyme B induced apoptosis and CD8 T-cell killing. J Virol. 2010 Dec 22.*
69. *Исаков В.А., Борисова В.В., Исаков Д.В. Патогенез и лабораторная диагностика герпеса. СПб, 1999, 205 с.*
70. *Jiang X., Chentoufi AA, Hsiang C. et al. Транскрипт, ассоциированный с латентностью вируса простого герпеса типа 1 (LAT), может защищать нейрональные клетки C1300 и Neuro2A от индуцированного гранзимом B апоптоза и уничтожения T-клеток CD8. Дж Вирол. 2010 22 декабря.*
71. *Roizman B, Knipe D, Whitley RJ (2007) Вирусы простого герпеса. В: Knipe DM, Howley PM, редакторы. Вирусология Филдса; 5-е издание. Филадельфия, Липпинкотт Уильямс и Уилкенс. стр. 2503–2601.*
72. *Гершон А.А., Брейер Дж., Коэн Дж.И. и соавт. Заражение вирусом ветряной оспы. Праймеры Nat Rev Dis. 2015 2 июля; 1:15016.*
73. *Рамчандани М., Конг М., Тронштейн Э. и др. Выделение вируса простого герпеса типа 1 со слезами и слизистой оболочкой полости рта у здоровых взрослых. Секс Трансм Дис. 2016 декабрь; 43 (12): 756-760.*
74. *Дханкани В., Куц Дж. Н., Шиффер Дж. Т. Выделение вируса простого герпеса-2 из половых путей у инфицированных людей невозможно предсказать в течение нескольких месяцев или лет. PLoS Comput Biol. 2014 6 ноября; 10 (11): e1003922.*
75. *Абад Ч.Л., Разонабле Р.Р. α Инфекции, вызванные вирусом герпеса, у реципиентов почечного трансплантата. Семин Нефрол. 2016 сен; 36 (5): 344-350.*

УДК:616.314.17-089.23 : 612.017.3-008

ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ЛИЦ, ПОЛУЧАЮЩИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Назарова Нодира Шариповна[1], Саидмурадова Жамила Батыровна[2]

д.м.н., доцент кафедры стоматологии факультета последипломного образования Самаркандского государственного медицинского университета
ассистент кафедры детской стоматологии Самаркандского государственного медицинского университета

АННОТАЦИЯ

Зубочелюстные аномалии относятся к группе основных стоматологических заболеваний и характеризуются высокой распространенностью. В настоящее время распространенность зубочелюстных аномалий у детей и подростков в странах СНГ составляет 50-80%, при этом 37% населения, нуждаются в специализированной ортодонтической помощи (Л.С. Персин, 2014).

Внедрение в стоматологию новых технологий и материалов позволяют в процессе ортодонтического лечения с использованием несъемной техники добиться оптимальных функциональных и эстетических результатов (Арсенина О.И., 2018; Alexander W., 2018; McLaughlin R., 2015; Proffit W., 2013). Если раньше съемные аппараты применяли в 90% случаев, то в настоящее время они используются лишь в 16% наблюдений. Сегодня 84% пациентам проводят лечение с использованием несъемной аппаратуры (Н.М. Шулькина, В.А. Ускова, М.В. Шулькин, 2019).

Однако, несмотря на неоспоримые преимущества применения брекет-системы, фиксированные на зубах брекеты, кольца, дуги, проволоки, лигатуры, пружины значительно затрудняют гигиену полости рта, что приводит в 32,7% случаев к поражению твердых тканей зубов, в основном иммунных к кариесу поверхностей, и в 92% отмечается неблагополучное состояние пародонта. Процент осложнений (изменение цвета эмали зубов вокруг брекетов, образование белых пятен и дефектов эмали, развитие воспалительных заболеваний пародонта - гингивит, пародонтит), выявленных в процессе ортодонтического лечения,

остается еще высоким - от 32,7 до 50% (Кисельникова Л.П., Рамм H.L, 2016,; Медведовская Н.М., 2017).

Нарушения окклюзии зубных рядов повышают риск возникновения других стоматологических заболеваний и затрудняют процесс подготовки пищи к перевариванию и усвоению, создают эстетические и связанные с ними психологические проблемы. Действительные или воображаемые косметические недочёты, сопровождающие аномалии строения зубочелюстной системы, могут стать для человека источником моральных страданий и комплексов собственной неполноценности (Дмитриенко С.В., 2014; Селезнев Д.А., 2017).

Распространенность воспалительных заболеваний пародонта остается на высоком уровне (Домашева Н.Н., 2018; Bodet C., Chandad F., Grenier D., 2017), при этом клиническая картина хронического катарального гингивита, а также ранних стадий хронического генерализованного пародонтита характеризуется маломанифестным и латентным течением, что затрудняет своевременную диагностику и, следовательно, отдаляет начало проведения адекватных лечебных и реабилитационных мероприятий. Распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний у людей с ортодонтическими конструкциями более выражены, чем у пациентов, не использующих их.

Исследования, посвященные профилактике стоматологических заболеваний при ортодонтическом лечении многочисленны, но до сих пор нет четких критериев, оценки состояния твердых тканей пародонта, не дифференцированы комплексы профилактических мероприятий, необходимых для поддержания здоровья тканей пародонта в различных возрастных группах при использовании несъемной ортодонтической техники.

В связи с этим, разработка и совершенствование методов ранней диагностики и профилактики начальных форм кариеса зубов и воспалительных заболеваний тканей пародонта в период ортодонтического лечения относится к числу актуальных задач, требующих своего разрешения. Вместе с тем, эта проблема, как и сведения о средствах предупреждения патологических

изменений, возникающих в полости рта при лечении брекет-системами, остаются недостаточно изученными.

. **Целью** данного исследования является изучение морфологического и функционального состояния тканей пародонта при ортодонтическом лечении.

Современные ортодонтические конструкции в виде съёмных и несъёмных конструкций, стали все более широко внедряться в стоматологическую практику при лечении различных зубочелюстных аномалий.

Среди ортодонтических конструкций стала значительно чаще применяться несъемная ортодонтическая техника, что расширило возможности исправления зубочелюстных аномалий. По данным V. Ressi (2016), врач-стоматолог чаще проводит лечение больных, как часть комплексного лечения с участием других стоматологических специальностей и специальностей смежных областей, при этом отличные результаты ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий отмечают как у подростков, так и у взрослых лиц.

Ключевые слова: Индекс стоматологического здоровья, заболевания пародонта, вкусовой анализатор, хронический генерализованный пародонтит.

Материал и методы исследования. Для изучения морфологических и функциональных изменений в тканях пародонта было проведено углубленное стоматологическое обследование лиц с заболеваниями пародонта, находящиеся на ортодонтическом лечении в областной стоматологической поликлинике в количестве 38 человек - основная группа, а также 20 пациентов, которые не имеют зубочелюстные аномалии. Их взяли как группу сравнения.

Результаты и обсуждение

Ортодонтическое лечение, которое направлено на исправление беспорядочно расположенных зубов, их скученности, нормализацию соотношения зубов, может выступать причиной, провоцирующей заболевания пародонта в результате изменения состояния тканей, которые окружают зубы.

Зубочелюстные аномалии характеризуются серьезными нарушениями соотношения зубов, выражающиеся в снижении эффективности функций

височно-нижнечелюстного сустава, в развитии патологии жевательного аппарата, а также в появлении косметических дефектов, что снижает психическое равновесие больных, которое ведет к появлению комплексов, замкнутости и др

Лечение развитых зубочелюстных аномалий и деформаций челюстно-лицевой области в сегодняшнее время происходит как с помощью съемных ортодонтическеских конструкций (СОК), так и несъемных ортодонтических конструкций (НОК).

Нами был проведен маркетинговый опрос по выяснению спроса людей на предлагаемое стоматологическое обслуживание (коррекция и нормализация прикуса). По данным сделанного маркетингового обследования ученые пришли к следующему выводу: больше половины опрошенных не имеют представления о слове «брекеты»; ради косметического благополучия и здоровых зубов 72% опрошенных, в основном респонденты женского пола были согласны протерпеть неудобства, но оплачиваь за это большие финансы согласны очень маленький контингент населения; население смирилось с тем, что использование брекетов при необходимости имеет большое значение для стоматологического состояния полости рта и красоты зубов, причем большинство из них думают, что это нужно; почти 45% обследованных думают, что и ровный прикус и красивые зубы не имеют ни-какого отношения для того, чтобы быть красивым.

Кровоточивость десен, наличие зубного налета, неглубокие зубодесневые карманы у лиц молодого возраста, не соблюдающих гигиену полости рта, особенно у лиц с ортодонтическими аппаратами, и не получающих соответствующую лечебную помощь, приводят в течение нескольких лет к выраженным и стойким заболеваниям пародонта (пародонтитам), требующим длительного и комплексного лечения.

В период ортодонтического лечения ухудшаются клинические и микробиологические показатели состояния гигиены полости рта. На поверхности ортодонтических аппаратов, кроме обычных представителей микробного пейзажа полости рта, вегетирует большое количество патогенных стафилококков и дрожеподобных грибов кандида.

Если микробная флора полости рта у здоровых людей обладает относительным постоянством, которое считается нормальным явлением, а также эта симбиотическая микрофлора выполняет роль барьера, препятствуя развитию в полости рта патогенных микроорганизмов, попадающих из внешней среды, то нарушение этого соотношения приводит к увеличению общего количества микроорганизмов и вегетированию в области рта штаммов микроорганизмов, не характерных для этой области организма человека. Снижение иммунитета при этом может привести к возникновению воспалительных процессов в полости рта.

Ортодонтическое лечение подавляет факторы местного иммунитета полости рта, проявляясь снижением активности лизоцима (на 99,8%, 26,6%, 10,89% и 53,5%, 10,09%, 4,08%, соответственно) и концентрации slgA в смешанной слюне (на 129,09%%, 62,29%, 22,89% и 83,51%, 34,42%, 14,59%, соответственно) в 1 и 2 группах на 7 сутки, через 1 и 3 месяца после фиксации несъемной аппаратуры.

При ортодонтических вмешательствах, сопровождающихся длительным использованием соответствующей аппаратуры, перегрузкой отдельных зубов, нередко развиваются тяжелые осложнения со стороны пародонта, питание тканей нарушается вследствие сдавления и тромбоза сосудов и расстройства венозного кровообращения. Ортодонтическая аппаратура способствует ретенции пищевых остатков налета. Наиболее часто страдает оральная поверхность десневого фая, особенно при пользовании пластинками с вестибулярными дугами, которые сдавливают ткани десны, травмируя их при микроэкскурциях протеза.

Функциональное состояние пародонта неоднородно в процессе ортодонтического лечения скученного положения зубов. Снижение этих параметров в последующем обусловлено адаптацией опорно-удерживающего аппарата зуба к прилагаемой нагрузке, что согласуется с данными в работах Лобанова Ю.С. (2014).

Таким образом, одним из основных факторов, играющих важную роль в возникновении болезней пародонта у лиц, пользующихся ортодонтическими аппаратами является само наличие этого аппарата, а также плохое гигиеническое

содержание полости рта, которое приводит к увеличению контаминации полости рта различными условно-патогенными микроорганизмами, которые, в свою очередь, могут быть возбудителями воспалительных процессов в этой области.

что у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями на этапах аппаратурного лечения при использовании съемных и несъемных аппаратов развивается дисбаланс иммунной системы. Снижение эффективности профилактических мероприятий и средств у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями обусловлено развитием периодов иммунологического напряжения при использовании брекет-системы.

Исследование состояния пародонта в процессе ортодонтического лечения скученного положения зубов у пациентов в возрасте 13-18 лет, проведенное Панкратовой Н.В. и А.Б.Слабковской А.Б. (2016) позволило установить, что неправильное положение в зубном ряду снижает выносливость их пародонта к горизонтальной нагрузке.

Динамика показателей клеточного и гуморального звена иммунитета на этапах ортодонтического лечения связана с видом и сроком аппаратурного лечения. У детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями, находящихся на лечении с использованием съемных аппаратов периоды иммунологической дискоординации возникают через 5 и через 15 месяцев после фиксации ортодонтических аппаратов. Дети с зубо-челюстными аномалиями и деформациями, находящиеся на лечении с использованием брекет-системы имеют те же периоды иммунологического напряжения, но при этом признаки дисбаланса выражены у них более значительно. Ортодонтическое лечение с использованием съемных и несъемных аппаратов оказывает негативное воздействие на ткани полости рта.Дети с зубочелюстными аномалиями и деформациями, находящиеся на лечении с использованием съемных и несъемных аппаратов, отличаются от детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями без ортодонтического лечения по динамике клинических показателей состояния полости рта. На этапах ортодонтического лечения (через 15, 24, 36, 48 месяцев) они имеют большие значения индексов гигиены, РМА, индексов КПУ(з) и

КПУ(п), больший темп прироста кариеса зубов, большее значение ТЭР-теста, большую распространенность кариеса в стадии пятна.

Ортодонтическое лечение способствует снижению уровня гигиены полости рта на 26,8 % на седьмые сутки после фиксации несъемной аппаратуры.

Отрицательные последствия ортодонтического лечения (увеличение индекса РМА, размеров и интенсивности окрашивания кариозных пятен) более выражены у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями при использовании брекет-системы. Использование иммунокоррекции на этапах ортодонтического лечения позволяет предупредить развитие дисбаланса иммунной системы при лечении брекет-системой. Иммунокоррекция, проводимая с учетом периодов иммунологического напряжения через 5 и через 15 месяцев после фиксации брекетов, позволяет нормализовать показатели иммунной системы у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями на протяжении 48 месяцев аппаратурного лечения, включая ретенционный период.

Выводы. Профилактика пародонтита необходима для оптимального распределения функциональных напряжений в альвеолярной части челюсти, так как трехмерное математическое моделирование в сравнении с интактным зубным рядом выявило увеличение интенсивности напряжений в костной ткани на 7,0% и 36,2% при резорбции на 1/3 альвеол нагруженного моляра (соответственно при вертикальной и горизонтальной нагрузках) и на 28,9% и 68,1% при его удалении.

Трудоемкость стоматологического лечения и профилактики составляет по данным хронометража: курс лечения пародонтита – 3,1 часа, гингивита 1,08 часа, изготовление окклюзионной шины 0,86 часа у врача и 1,08 часа у зубного техника, наложение композитной пломбы 0,60 часа, изготовление керамической вкладки 1,10 часа у врача и 2,5 часа у зубного техника, эндодонтическое лечение с восстановлением зуба светокомпозитом 1,47 часа (с ревизией запломбированных корневых каналов 2,1 часа) (с восстановлением керамической вкладкой зуба при первичном и повторном эндодонтическом лечении 1,56 часа и 2,36 часа у врача и по 2,5 часа у зубного техника), удаление зуба 0,58 часа, профессиональная

гигиена у гигиениста стоматологического 0,99 часа, ремтерапия 1,23 часа, диспансерный осмотр 0,31 часа.

Таким образом, морфо-функциональные методы определения изменений состояния пародонта у лиц. Находящихся на ортодонтическом лечении, являющийся экономичным, неинвазивным способом оценки бактериального контаминирования слизистой оболочки рта, рекомендуется для использования в практике врачей-ортодонтов.

Литература/References

1. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите. Вестник науки и образования 2020. № 14 (92).Часть 4. С 35-40.*
2. *Назарова Н.Ш., Рахманова Н.Р. "Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите". Достижения науки и образования - научно-методический журнал, 2020, №6(60), стр. 65-71*
3. *Назарова Н.Ш., Норбутаев А.Б., Исмаилова С.О. "Состояние твердых тканей зубов и парадонта у работающих в табаководстве". Достижения науки и образования - научно-методический журнал, 2020, №6(60), стр. 59-65.*
4. *Rizayev Jasur Alimdjanovich, Nazarova Nodira Sharipovna. Assessment Of Changes In The Condition Of Periodontal Tissues In Workers Exposed To Exposure To Epoxy Resin. The American journal of medical sciences and pharmaceutical research №2 P 14-17.*
5. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите. Вестник науки и образования 2020. № 14 (92).Часть 4. С 35-40.*
6. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш. Эффективность савокупного лечения болезней парадонта и слизистой оболочки работающих с вредными производственныыми факторами. Проблемы биологии и медицины.2020. №3 (119) . С 85-88.*
7. *Н.Ш. Назарова, Т.А. Бердиев. Эпоксид смолалар таъсирига учраган ишчиларда пародонтал тукималар холатининг узгаришини бахолаш. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 566-570.*
8. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш., Бердиев. Т.А. Шиша толали тузилмаларни ишлаб чикариишда NBF гингивал гелининг самарадорлиги. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь С 678-682.*
9. *Н.Ш. Назарова, Т.А. Бердиев. Эпоксид смолалар таъсирига учраган ишчиларда пародонтал тукималар холатининг узгаришини бахолаш. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 565-569.*
10. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш.,. Бердиев. Т.А. Шиша толали тузилмаларни ишлаб чикариишда NBF гингивал гелининг самарадорлиги. Жамият ва инновациялар. 2020, октябрь. С 565-569.*
11. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш.. Эффективность савокупного лечения болезней парадонта и слизистой оболочки работающих с вредными производственныыми факторами. Проблемы биологии и медицины. 2020. №3 (119) . С 85-88.*

УДК: 616.615-056.51:577.174.85-079.2

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК И ЕГО СВЯЗЬ С ЛЕПТИНОМ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Малика Исламова [1], Камола Даминова [2] .
[1] свободный соискатель Ташкентская медицинская академия
[2] д.м.н., доцент Ташкентский государственный стоматологический институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки
Ташкент, Узбекистан
islamovamalika@1988gmail.com

FUNCTIONAL STATE OF THE KIDNEYS AND ITS RELATIONSHIP WITH LEPTIN IN OBESE PATIENTS

Malika Islamova[1], Kamola Daminova[2] .
1 free applicant Tashkent Medical Academy
2 d.m.s, associate Professor Tashkent State Dental Institute
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Nephrology and Kidney Transplantation
Tashkent, Uzbekistan
islamovamalika@1988gmail.com

BUYRAKLARNING FUNCTIONAL HOLATI VA SEMIRIB KETGAN BEMORLARDA LEPTIN BILAN ALOQASI

Malika Islamova[1], Kamola Daminova [2].
1 Mustaqil izlanuvchi, Toshkent tibbiyot akademiyasi
2 t.f.d., dotsent Toshkent davlat stomatologiya instituti
Respublika ixtisoslashtirilgan Nefrologiya va buyrak transplantatsiyasining ilmiy-amaliy tibbiyot markazi
Toshkent, O'zbekiston
islamovamalika@1988gmail.com

АННОТАЦИЯ

В исследование включены 110 пациентов, которые были поделены на 2 группы : 1 группа – пациенты с абдоминальным ожирением и ХБП (55 больных;),2 группа – больные с абдоминальным ожирением без ХБП (55 человек), 3 группа – контрольная (20 здоровых добровольцев). Всем исследовавшим проводился общий осмотр с определением антропометрических параметров и определялись уровни гормонов сыворотки крови и скорость клубочковой фильтрации. В нашем исследовании установлено, что снижение СКФ достоверно взаимосвязано с показателями антропометрическими и уровнями лептина (20,12

нг/ мл, $p_{к-2,3}$<0,001). Определена тесная отрицательная достоверная взаимосвязь СКФ с лептином (r=–0,70; p<0,001) и средняя с ИМТ (r=–0,52; p<0,001).
Ключевые слова : абдоминальное ожирение, хроническая болезнь почек, лептин, антропометрия.

ANNOTATION

The study included 110 patients who were divided into 2 groups: group 1 – patients with abdominal obesity and CKD (55 patients;), group 2 – patients with abdominal obesity without CKD (55 people), group 3 – control (20 healthy volunteers). All the researchers underwent a general examination with the determination of anthropometric parameters and serum hormone levels and glomerular filtration rate were determined. In our study, it was found that the decrease in GFR is significantly correlated with anthropometric indicators and leptin levels (20.12 ng/ml, pk-2.3<0.001). A close negative reliable relationship of GFR with leptin (r=-0.70; p<0.001) and average with BMI (r=-0.52; p<0.001) was determined.
Key words: abdominal obesity, chronic kidney disease, leptin, anthropometry.

IZOH

Tadqiqot 2 guruhga bo'lingan 110 bemorni o'z ichiga oldi: 1-guruh - qorin bo'shlig'i semizligi va SBK bilan og'rigan bemorlar (55 bemor;), 2-guruh - qorin bo'shlig'i semizligi bilan og'rigan bemorlar (55 kishi); 3-guruh - nazorat (20 sog'lom). O'rganganlarning barchasi antropometrik ko'rsatkichlarni aniqlash bilan umumiy ko'rikdan o'tkazildi va qon zardobidagi gormonlar darajasi va glomerulyar filtratsiya tezligi aniqlandi. Tadqiqotimiz shuni ko'rsatdiki, GFTning pasayishi antropometrik ko'rsatkichlar va leptin darajasi (20,12 ng / ml, pk-2,3<0,001) bilan sezilarli darajada bog'liq. GFT va leptin (r = -0.70; p <0.001) va TVI bilan o'rtacha munosabatlar (r = -0.52; p <0.001) o'rtasidagi yaqin salbiy muhim munosabatlar aniqlandi.

Kalit so'zlar: abdominal semirish, surunkali buyrak kasalligi, leptin, antropometriya.

Ряд популяционных исследований доказывают значение ожирения в качестве фактора риска стойкого ухудшения почечной функции у лиц, исходно не страдающих хроническими болезнями почек. Так рост индекса массы тела (ИМТ) на 10% увеличивает вероятность стойкого уменьшения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в 1,27 раза[2; 3].По данным ВОЗ (2016), 39 % людей в возрасте старше 18 лет имеют избыточный вес (38 % мужчин и 40 % женщин), а 13 % населения (11 % мужчин и 13 % женщин) – ожирение [7]. Почки, как и сердечно-сосудистая система, одни из первых и главных органов-мишеней, наиболее уязвимых при ожирении, т.к. одни из первых берут на себя функцию коррекции метаболизма при нарастающем избытке жира в организме [11]. Поэтому пациентов, имеющих избыточное жироотложение, необходимо рассматривать как группу с очень высоким риском развития хронической болезни почек (ХБП). По данным Фрамингемского исследования, с 1988 по 2004 годы прирост пациентов с поражением почек вследствие ожирения увеличился в среднем на 50 % в каждой стадии ХБП параллельно с ростом ожирения [12]. В настоящее время введена новая нозологическая единица – гломерулопатия, связанная с ожирением (ГПО) [obesityrelated nephropahy], которая признана и в терапевтической, и в педиатрической нефрологии [13].

По результатам анализа литературы показало что,скрининговое исследование 100000 человек из общей популяции, проводимое в Японии (остров Окинава), установило возрастание частоты терминальной почечной недостаточности на 30 % по мере увеличения индекса массы тела [14]. В других исследованиях также удалось доказать, что вероятность появленияпротеинурии и/или снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин значимо возрастает при наличии ожирения [15]. Лептин – гормон жировой ткани, регулирующийпищевое поведение и участвующий в формированиичувства насыщения. У больных ожирением развивается резистентность к лептину, сопровождающаясяего гиперпродукцией. Учитывая вышесказанное целью исследования, явилосьизучить особенностифункционального состояния почек, а также его связь с лептином у больных с ожирением.

Материал и методы исследования. Обследованы пациенты амбулаторного звена Центральной консультативно-диагностической поликлиники №1 г. Ташкента, обратившиеся на лечение в дневной стационар.Группу контроля составили практически здоровые добровольцы из числа пациентов и сотрудников больницы, относящиеся к той возрастной группе, не имеющие АГ и абдоминального ожирения(АО). Исследованные были в возрасте от 18 до 50 лет. Из исследования исключены больные с: симптоматической АГ, ассоциированные с АГ клинические состояния (ИБС, коронарная реваскуляризация, ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, транзиторная ишемическая атака, расслаивающая аневризма аорты, симптомное поражение периферических артерий и/или реваскуляризация, отек соска зрительного нерва, кровоизлияния или экссудаты в сетчатке глаза); сахарный диабет 1-го и 2-го типа; системные заболевания соединительной ткани; беременность, период лактации; онкологические заболевания в течение последних 5 лет; психические расстройства; острые, обострение или декомпенсация хронических заболеваний на момент обращения.

В исследование включены 110 человек. Пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – пациенты с АО и ХБП (55 больных; средний возраст 41 ±6,93 года),2 группа – больные с АО (55 человек; средний возраст 40,1±5,66 года), 3группа – контрольная (20 человек; средний возраст 40,3±3,23 года).Всем пациентам проводился клинический осмотр с измерением окружности талии (ОТ), роста, массы тела с расчетом индекса массы тела (ИМТ), индекса висцерального ожирения, измерение артериального давления (АД). Исследуемые в присутствии врача заполняли специально разработанную анкету, которая включала в себя блоки вопросов о наследственном анамнезе, вредных привычках, наличии сопутствующих заболеваний, приеме лекарственных средств.

Лабораторное исследование включало: измерение уровня гликемии натощак, общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (Хс-ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (Хс-ЛПВП), триглицеридов, уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) крови с расчетом индекса HOMA-IR, концентрацию лептина (набор «Diagnostics Biochem Canada

Inc», Канада. Структурно-функциональное состояние почек оценивалось с помощью общего анализа мочи, определения уровня альбумина мочи в утренней порции количественным иммунотурбидиметрическим методом (набор реагентов «Микроальбумин-Ново», Вектор-Бест, Россия), уровня креатинина сыворотки крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации по формуле CKD-EPI 2011г.(Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration), ультразвукового исследования почек.

Статические исследования проводили на основании стандартных клинических рекомендаций. Количественные данные представлены как среднее арифметическое (M) ± стандартная ошибка (m) в случае нормального распределения и как медиана (Md) и квартили (Q) или (SD) при других распределениях. Методы обработки включали использование стандартных методов вариационной статистики (расчёт средних значений, стандартной ошибки среднего, стандартного отклонения, t-критерия Стьюдента) и непараметрического теста Манна-Уитни.Достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение.

Средний возраст пациентов первой группы составил 41±0,93год, во второй группе 40,1 ±0,76лет, этот же показатель в контрольной группе 40,3±0,93лет. При распределении больных и включении их в исследование учитывался индекс массы тела (≥30 кг/м^2) в 1 и 2 группах. Индекс массы тела наибольший среди исследуемых отмечен в первой группе 33,1±0,37, во 2й группе 31,7±0,18, а среди здоровых добровольцев составил 22,6±0,18. Индекс висцерального ожирения (ИВО) рассчитывали по формуле:

Мужчины: ИВО = (ОТ/39,68 +(1,88х ИМТ))х(ТГ /1,03) х (1,31/ ЛПВП).

Женщины: ИВО= (ОТ/39,58 +(1,89 х ИМТ))х(ТГ /0,81) х (1,52/ ЛПВП).

При этом ИВО в первой группе в среднем составил 14,4±1,29, во второй группе 10,1 ±0,87, в группе контроля данный показатель составил 5,9±0,50(Табл.1) Средние значения САД и ДАД были выше в групп 1(123,5±0,87/79,9±0,64мм рт

ст) по сравнению с группой 2 и контрольной группой, где составили соответственно 121,2±0,96/77,9±0,84мм рт ст и 115,1±0,7/75,6±0,54 мм рт ст.

Таблица 1.

Показатель	Контрольная группа (n=20)	Группа 1 (n=55)	Группа 2 (n=55)
Возраст, годы	40,3±0,72	41±0,93	40,1±0,76
Индекс массы тела, кг/м^2	22,6±0,18	33,1±0,37	31,7±0,18
Индекс висцерального ожирения(ИВО)	5,9±0,50	14,4±1,29	10,1±0,87
Систолическое артериальное давление ср., мм рт. ст.	115,1±0,7	123,5±0,87	121,2±0,96
Диастолическое артериальное давление ср., мм.рт.ст.	75,6±0,54	79,9±0,64	77,9±0,84

Для исследования функции почек изучены показатели микроальбуминурии и произведен расчет СКФ. Также у всех больных исследованы показатели углеводного и липидного обменов (табл 2.). У пациентов двух групп оказались выше уровни глюкозы, ОХС, ХС-ЛПНП и ТГ по сравнению с контрольной группой, при этом наиболее высокие показатели отмечены в группе 1. Среди пациентов группы 1 выявлены наиболее высокие ИРИ и индекса HOMA-IR, характеризующего инсулинорезистентность. Концентрация альбумина в утренней порции мочи оказалась наиболее высокой среди пациентов группы 1 по сравнению с другими группами. СКФ, рассчитанная по формуле CKD-EPI, также оказалась ниже в группах 1 и 2 по сравнению с контрольной.

Таблица 2

Показатель	Контрольная группа (n=20)	Группа 1 (n=55)	Группа 2 (n=55)
Глюкоза крови, ммоль/л	4,5 ± 0,57	5,3±0,04^^^	4,9±0,04
Иммунореактивный инсулин, мкЕд/мл	7,7±0,53	42,5±1,29^^^	18,8±0,79
Индекс инсулинорезистентности(ИРИ)	1,5±0,10	9,9± 0,31^^^	3,8±0,21
Общий холестерин (ОХ), ммоль/л	5,0 ± 0,08	5,8±0,11***	5,4±0,10**^^^
Холестерин липопротеинов низкой плотности, ммоль/л (Хс ЛПНП)	1,25±0,21	2,0±0,10**	1,7±0,10*^^
Холестерин липопротеинов высокой плотности, ммоль/л(Хс ЛПВП)	1,0 ± 0,05	1,2±0,04**	1,3±0,05***
Триглицериды (ТГ), ммоль/л	1,37±0,12	2,7±0,17***	2,5±0,15***
Микроальбуминурия мг/л (МАУ)	15,3±0,85	41,7±1,68***	20,1±0,52***^^^
Скорость клубочковой фильтрации (CKD-EPI, СКФмл/мин/1,73м^2	111,6±1,29	73,7±1,07***	106,5±1,41**^^^

Примечания: * - достоверность разницы по отношению показателей контрольной группы (* - P<0,05, **- P<0,01, *** - P<0,001); ^ - достоверность разницы по отношению показателей 1-ой группы (^ - P<0,05, ^^ - P<0,01, ^^^ - P<0,001).

Концентрация лептина оказалась выше в группах 1 и 2 (в группе 1 –20,12; 5,9 нг/мл) по сравнению с контрольной группой (5,2 нг/мл), $p_{к-2,3}$<0,001). Величина СКФ по формуле CKD-EPI имела статистически значимые отрицательные корреляционные связи с возрастом (r=–0,610; p<0,001), ХС-ЛПНП (r=–0,309; p<0,001), концентрацией лептина (r=–0,502; p<0,001).

Вызывает затруднение интерпретация положительной связи между величиной окружности талии и скоростью клубочковой фильтрации. Возможно, в данной возрастной группе до определенного этапа развитие абдоминального ожирения

может быть связано с рядом адаптивных реакций (например, на хроническую стимуляцию симпато-адреналовой системы и, как следствие, замедление стресс-индуцированной нефропатии). Необходимо также отметить, что уровни САД и ДАД в исследуемой популяции имели менее значимый коэффициент и не оказывали существенного влияния на общие характеристики модели в целом.

Выводы

В нашем исследовании мы получили то, что в группах молодых пациентов с абдоминальным ожирением выявлены лабораторные маркеры дислипидемии и повышение уровня лептина в сравнении с контрольной группой, сопоставимой по возрасту. При этом наиболее выраженные патологические сдвиги на фоне инсулинорезистентности наблюдаются при сочетании артериальной гипертензии и абдоминального ожирения. При сочетании артериальной гипертензии с абдоминальным ожирением в молодом возрасте с наличием только гипертонической болезни и абдоминального ожирения без артериальной гипертензии чаще выявляется поражение почек в виде альбуминурии и снижения скорости клубочковой фильтрации. По результатам нашего исследования у пациентов 18–50 лет, отмечается снижение скорости клубочковой фильтрации, что независимо связано с возрастом, окружностью талии, уровнем общего холестерина и концентрацией лептина.

Литература/References

1. Аметов А.С., Абдулкадирова Ф.Л., Покровская Р.А., Алферова О. Ю., Магомедова Х.М. Ожирение: роль лептина. // Лечение и Профилактика-2014.№-2 (10).-С.86-91.

2. Бобкова И.Н., Гуссаова С.С., Ставровская Е.В. Поражение почек при ожирении: Варианты течения, механизмы развития. // Терапия. -2019 № 6.-С. 87-93.

3. Вялкова А.А. Заболевания почек и ожирение: молекулярные взаимосвязи и новые подходы к диагностике (обзор литературы) / А.А. Вялкова, Е.Н. Лебедева, С.Н. Афонина, С.А. Чесновова и соавт. // Клиническая нефрология. 2017. № 3.-С.25- 38.

4. Дедов И.И., Бутрова С.А., Воронцов А.В., Плохая А.А. Влияние висцеральной жировой ткани на гормонально-метаболические показатели при абдоминальном ожирении артериальной гипертонии. //Ожирение и метаболизм. - 2004. - №1.- С.26-29.

5.Исламова М.С., Сабиров М.А., Даминова К.М. Лептин - перспектива для диагностики ренального поражения при ожирении./ Бюллетень Ассоциации Врачей Узбекистнана 2021. № 2 - С.55-59.

6. Кириллова О.О. Адипокины и метаболизм ключевых пищевых веществ у больных с ожирением / О.О. Кириллова, И.В. Ворожко // Терапевтический архив. 2014. № 1.- С.45-48.

7. Ковесди Ч., Фурс С., Зоккали К. Ожирение и заболевание почек: скрытые последствия эпидемии. // Нефрология. 2017. № 2.- С. 10-19.
8. Попова И.Р., Торчинский Н.В., Драпкина О.М., Ивашкин В.Т. // Оценка функционального состояния почек у пациентов с избыточной массой тела и ожирением. Клиницист. 2012. № 2.- С.36-40.
9. Титов В.Н. Лептин и адипонектин в патогенезе метаболического синдрома / Титов В.Н. // Клиническая медицина.2014.Т.92. № 4.-С. 20-29.
10. Adenilda C. Adipokines, Leptin/ Adiponectin Ratio and C- Reactive Protein Levels in a Population with High Prevalence of Diabetes- the Brazilian Xavante Indians/ C/. Adenilda, L. Amaury, D.Fabbro// Journal of Endocrinologe, Diabetes and Obesity. 2015. №3 (1).- P.1-6.
11. Bezerra G. S., Sobral A.C., De Francesco E.D., M Alvim. S.M. Obesity and kidney disease.// J Bras Nefrol 2017; 39 (1): 65-69
12.Chang Hee Jung The risk of chronic kidney disease in a metabollically healthy obese population/ Chang Hee Jung, Min Jung, Lee, Yu Mi Kang, Jenie Y. Hwang, Eun Hee Kim et al// Kidney international.-2015.- Vol.4.-P.843-850.
13. DAgati D. V., Chagnac A., de Vries A.J., Levi M., Porrini E., Herman M.E. Praga M.// Nature Reviews Nephrology. Obesity-related glomerulopathy: clinical and pathologic characteristics and pathogenesis. June 2016, DOI: 10.1038/nrneph.2016.75 https://www.researchgate.net/publication/303817292
14. Eknoyan G. Obesity and chronic kidney disease. Nefrologia 2011;31(4):397-403
15. Kovesdy CP Obesity and kidney disease : hidden consenquences of the epidemic / C.P. Kovesdy, S.L. Furth, Zocali// Future Sci OA.-2017.- Vol.3№3. -FSO 159.

УДК: 615.015.5/.6 -08:615.099

PAM POLINARKOMANISIDA BEMORLARDAGI DISTIMIK BUZILISHLARNING ASTENO-APATIK TURINI KORREKSIYA QILISH.

Sh.X. Sultonov, B.O. Ubaydullayev, N.I. Xodjaeva, D.A. O'rolova,
Sh. E.Kurbaniyazova, J.S.Babayev, Sh. F. Usmanova.
Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti,
3 – son terapevtik yo'nalishdagi fanlar kafedrasi
O'zbekiston Respublikasi Ichki ishlar akademiyasi

Annotatsiya.

Polinarkomaniyada bemorlarni davolashning o'ziga xos hususiyati bu dori terapiyasi uchun dori tanlashda o'ta selektivlikdir. Bu holat giyohvandlik amaliyotida shifokorlarga yaxshi ma'lum va terapevtik amaliyotni takomillashtirishni taqozo etadi (1; 55-60, 2; 26-33-betlar). Affektiv buzilishli ayrim bemorlarda abstinentsiyadan chiqish davrida sezilarli darajada apatiya, kuchli holsizlik va hatti-xarakatlar sekinlashuvi kuzatiladi va bu o'z navbatida ijtimoiy adaptatsiyani qiyinlashtiradi. Bu holat polinarkomaniya bilan og'rigan bemorlarning retsidivga qarshi kompleks

terapiyasida stimullovchi ta’sirga ega nootroplarni qo’llashni taqazo etadi. Affekt buzilish bilan kechuvchi polinarkomaniyaga chalingan 93 ta bemorning 47 tasida affekt patologiyaning asteno-apatik variyanti aniqlangan. Bunday hollarda, davolanish paytida, faollashtiruvchi ta'sirga ega dorilar qo'shilishidan yaxshi natija kutishimiz mumkin. Kortexin preparatini faol qo'llash paytida bemorlarda nafaqat intellektual-mnestik funksiyalarni, balki asteno-apatik kasalliklarni davolashga nisbatan ham uning samaradorligi to'g'risida ishonchli natijalarga erishildi

Kalit so’zlar: psixoaktiv moddalar, polinarkomaniya, asteno-apatik buzilishlar.

ABSTRACT

A distinctive feature of the treatment of patients in polynarkomania is the extreme selectivity in the choice of drugs for this drug therapy. This situation is well known to physicians in drug practice and requires improvement in therapeutic practice (pp. 1; 55-60, 2; 26-33). In some patients with affective disorders, significant apathy, severe weakness, and slowing of behavior are observed during withdrawal, which in turn complicates social adaptation. This situation necessitates the use of nootropics with a stimulating effect in the complex therapy of relapse in patients with polynarcoma. Astheno-apathetic variant of affective pathology was detected in 47 out of 93 patients with polynarcoma with affective disorder. In such cases, during treatment, we can expect a good result from the addition of drugs that have an activating effect. With the active use of the drug cortex, reliable results were obtained on its effectiveness not only in the treatment of intellectual and mnestic functions in patients, but also in the treatment of astheno-apathetic diseases.

АННОТАЦИЯ

Отличительной чертой лечения больных полинаркоманией является крайняя избирательность в выборе препаратов для данной медикаментозной терапии. Эта ситуация хорошо известна врачам-наркологам и требует совершенствования в лечебной практике (стр. 1; 55-60, 2; 26-33). У части больных с аффективными расстройствами при абстиненции отмечают выраженную апатию, выраженную слабость, замедленность поведения, что в свою очередь затрудняет социальную

адаптацию. Такое положение обуславливает необходимость использования ноотропов со стимулирующим эффектом в комплексной терапии рецидивов у больных полинаркомой. Астено-апатический вариант аффективной патологии выявлен у 47 из 93 больных полинаркомой с аффективным расстройством. В таких случаях при лечении можно ожидать хорошего результата от добавления препаратов, обладающих активизирующим действием. При активном применении препарата коры были получены достоверные результаты о его эффективности не только при лечении интеллектуальных и мнестических функций у больных, но и при лечении астено-апатических заболеваний.

Tadqiqot maqsadi. Polinarkomaniyaga chalingan bemorlarda kuzatiluvchi distimik va asteno-apatik buzilishlarni davolash samaradorligini oshirish.

Tadqiqot materiali va usullari. Tadqiqotda 21 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan (31,6 ± 2,1) statsionarda davolanayotgan 51 ta bemorlar ishtrok etgan bo’lib, ulardan 37 tasi erkak (72.5%) va 14 tasi ayol (27,5%). Tadqiqot paytida kasalxonada o'tkazilgan o'rtacha kunlar soni 36 ± 18 kun. Hech qachon oila qurmagan bemorlar 52,4% ni tashkil qilsa, 33,3% uylangan, 3,17%beva, 4,8%qayta turmushga chiqqan, 6,34%ajralganligi aniqlandi. Oliy ma'lumotlilar 23,8%, to'liq bo'lmagan oliy ma'lumotlilar 11,1%, maxsus o'rta ma’lumotlilar 63,4%, o’rta ma’lumotlilar 1,6%.ni tashkil etadi. 33,9% band, 23,7% nafaqaxo'r yoki nogiron, 25,4% boshqa sabablarga ko'ra ishlamaydi, 10,2% uy bekasi, 6,8% ni talabalar tashkil etadi. Tadqiqot oldidan har bir ishtirokchi xabardor qilingan rozilikni o‘qib chiqdi va imzoladi. Bemorlarni tanlov mezoni qaramlikdan keying distimik buzilishlar mavjudligi edi. Tadqiqot uchun biz klinik-anamnestik va klinik-psixopatologik yo’riqnomadan foydalandik, Xolms va Pare testi, SAN raqamli baholash shkalasi, Vasserman testi, Cherednichenko-Altshuler shkalasi, Olingan ma'lumotlar tavsiflovchi va noparametrik statistik usullari bilan qayta ishlandi.

Tadqiqot natijalari. Asteno-apatik buzilish bilan kechuvchi polinarkoman bemorlarda Korteksin preparatini qo'llash imkoniyatini o'rganib chiqdik. Bu preparat nootrop hisoblanib, u hayvonlar miyasining korteksidan ajratib olinadi, neyroprotektiv

funksiyalarga ega bo’lib, metabolik almashinuvni korreksiya qiladi. Uning Klinik amaliyotda uning mnestik funksiyalarni, qisqa muddatli va uzoq muddatli hotirani yaxshilash hususiyatlari ma'lum. Korteksin diqqatning barcha funksiyalarini sezilarli darajada yaxshilaydi, vazifalarni bajarish vaqtini qisqartiradi va stressli vaziyatlarda nevrozsimon holatlarni yumshatadi. Tarkibida glitsin saqlashi sababli, boshqa nootrop preparatlardan farqli, qo’zg’atuvchi ta'sir ko'rsatmaydi, bu narkologiya amaliyotida postabstinent holatlarini korreksiya qilishda katta ahamiyatga ega.

Asteno-apatik buzilishlarni kortseksin bilan davolash postabstinent holatdagi polinarkomaniya bilan og’rigan bemorlarda otkazilgan. Tadqiqotda 21 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan (31,6 ± 2,1) statsionarda davolanayotgan bemorlar ishtrok etgan bo’lib, korteksin terapiyasi abstinensiyaning so’ngi davrida qo’shilgan. Terapiya shifoxonaga yotqizilgandan 6-8 kun o'tgach, toxtatish sindromining o’tkir simptomlarini ko’rreksiya qilgach amalga oshirilgan. Terapiya davomiyligi 14 kun davom etdi, shu bilan birga psixologik testlarning raqamli ko'rsatkichlari qayd etildi. Terapiya dinamikasini ochib berish uchun turli xil psixologik usullar ishlatilgan: nevrotik kasalliklarni aniqlash shkalasi, Drobijev havotirli va depressiv buzilishlar shkalasi, Vasserman simptomlari (emotsional holat, faollik, muloqot qobiliyati, shaxs o'zgarishi ko'rsatkichlari); Har xil nostandart holatlarga moslashuvchanlikni aniqlash uchun Xolms va Raj testi; tashabbus va sub'ektiv holatni aniqlash bilan hissiy buzilishlarni aniqlash usuli (SAN usuli);

Kasalxonaga yotqizilgandan barcha polinarkomaniya bilan og’rigan bemorlar ikki guruhga bo'lingan: ulardan 24 tasi asosiy guruh bo’lib, bular simptomati va umumiy quvvatlovchi davo fonida korteksin preparati qabul qilishgan. Qolgan 22 bemorga shu bazaviy davo bn platsebo qo’shib berilgan. Korteksin (10,0 mg) kuniga bir marta ertalab mushak ichiga in'ektsiya sifatida qabul qilingan; Erituvchi sifatida 2 ml fiziologik eritma ishlatilgan. Ikkala guruhga ham farmakoterapiya qabul qilish muddati 15 kun.

1 -jadval

Xolms va Pare testi bo'yicha stressga chidamlilik ko’rsatgichi.

	korteksin, n=24		platsebo, n=22	
	Davolanishdan oldin	keyin	Davolanishdan oldin	keyin
Raqamli ma'lumotlar	332,9±23,5	259,9±33,1*	343,5±30,7	311,8±50,1

Ikki so'rov o'tkazilgan guruhdagi stressga chidamlilik ko'rsatkichlari shuni ko'rsatdiki, 46 bemordan 3 tasida stressga chidamlilik darajasi yuqori, qolgan 43 bemorda stressga chidamliligi past bo'lgan. Bu ma'lumotlar polinarkomaniya bilan og'rigan bemorlarning surunkali narkotik intoksikatsiyasini davom ettirishga tayyorligini ko'rsatdi. Guruhlar uchun raqamli ma'lumotlarga ko'ra, terapiya boshlanishidan oldin asosiy guruhda stressga chidamlilik 332,9 ± 23,5 birlikni tashkil qilgan; taqqoslaganda, bu ko'rsatkichlar 343,5 ± 30,7 (300 birlik yoki undan ko'p - stressga qarshilikning minimal darajasi - teginish, sezuvchanlik, oldindan aytib bo'lmaydigan harakatlarga tayyorlik) edi. Asosiy guruhda Korteksin bilan terapiya natijasida bu ko'rsatkichlar 259,9 ± 23,5 ga etdi (200-299-stressga qarshilikning chegaraviy darajasi). Platsebo terapiyasi bilan solishtirma guruhda bu ko'rsatkichlar 311,8 ± 50,1 ni tashkil etdi - bu qarshilikning past darajasi.

2 –jadval

Vassermanga ko'ra nevrotik kasalliklar ko'rsatkichlari.

	Korteksin		platsebo	
	Davolanishdan oldin	keyin	Davolanishdan oldin	keyin
Shkala bo’yicha ko’rsagich	24,7±2,8	11,2±2,3**	25,4±2,5	23,4±2,8

Korteksin bilan davolangan bemorlarda, Vasserman bo’yicha nevrotik buzilish ballari kuzatuvning 15 -kunigacha statistik ravishda kamaygan va ular ancha past ko’rsatgichda aniqlangan. Bemorlarning ruhiy statusida yaxshi kayfiyat, hissiyotlarning barqarorligi, kelajakka optimizm, oila va do'stlarga ijobiy munosabat aniqlandi. Bemorlar kelajak

uchun aniq rejalar tuzdilar, surunkali giyohvandlikni istaklarini bildirdilar. Platsebo terapiya qabul qilgan bemorlarda ham Vasserman testi bo'yicha unchalik yaqqol bo'lmagan pasayish aniqlangan (2 -jadval).

3 -jadval.

Depressiya va xavotirlik darajasini baholash.

Shkala bo'yicha ko'rsatkichlar	Korteksin (n=24)		Platsebo (n=22)	
	Davolanishdan oldin	keyin	Davolanishdan oldin	keyin
Gamilton	17,2±1,4	5,1±1,4***	16,5±1,6	9,3±1,5***
Havotir va depressiya gostpital shkalasi	11,7±0,4	7,4±0,7***	12,7±0,8	11,2±0,6

Eslatma: * - davolanishdan oldin guruh ma'lumotlariga nisbatan farqlar (*** - P <0.001).

Gospital shkala ko'rsatkichlariga ko'ra, davolanish boshida guruhlarda depressiyaning ko'rsatkichlari biroz oshgan (11,2 ± 0,6 ball). Korteksin bilan davolangan bemorlarda, depressiyaning raqamli ko'rsatkichlari ularning terapiya oxirigacha normal qiymatlarga (7,4 ± 0,7) tushishini ko'rsatdi. Bu ko'rsatkichlar terapiya oxirigacha saqlanib qoldi. Platsebo bilan davolangan bemorlarda, gospital shkala bo'yicha depressiyaning raqamli ko'rsatkichlari o'zgarmadi yoki davolash oxirigacha oshmadi va depressiyaning klinik shakli chegarasiga yaqinlashdi (11,2 ± 0,6 ball).

4 -jadval.

SAN raqamli baholash

Shkala bo'yicha ko'rsatgichlar:	Korteksin		Platsebo	
	Davolanishdan oldin	keyin	Davolanishdan oldin	keyin
holati	21,5±2,5	29,7±2,5*	22,6±2,4	25,7±2,0
aktivlik	22,6±3,0	29,4±1,9	23,7±2,3	21,6±0,6
kayfiyat	23,8±2,8	33,3±2,8	24,2±2,6	27,3±3,2

Eslatma:* - davolashdan oldin guruh ma'lumotlariga nisbatan farqlar (*** - P <0.001).

SAN (holati, aktivlik, kayfiyat) shkalasi bo'yicha olingan psixologik ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki, Korteksin bilan davolangan bemorlarning davolanish vaqtidagi barcha ko'rsatkichlar davolanish ohirida normal ko'rsatkichlargacha ko'tarilgan. Platsebo bilan davolangan bemorlarda bu ko'rsatkichlar kamroq yaxshilangan va o'rtacha ko'rsatkichdan pastt bo'lgan.

5 -jadval

Terapiya jarayonida Cherednichenko-Altshuler shkalasi bo'yicha PVB dinamikasini baholash bo'yicha qiyosiy ma'lumotlar.

PVB komponentlari		1-guruh (n=24) Korteksin	2-guruh (n=22) Platsebo	P
Affektiv	1	4,21±0,36	4,24±0,24	>0.05
	2	1,54±0,96*	3,54±0,78	>0.05
Vegetativ	I	4,47±0,76	4,34±0,65	>0.05
	2	1,78±0,26**	2,64±0,54*	>0.05
Ideator	I	2,58±0,59	2,45±0,58	>0.05
	2	0,95±0,36*	2,85±0,38	<0.001
Hulq-atvor	I	1,22±0,45	1,26±0,67	>0.05
	2.	0,76±0,65	0,89±0,56	>0.05

Eslatma: I - terapiya boshlanishidan oldin; 2 - terapiyadan keyin; * - guruh ma’lumotlarini nisbiy farqi (* - P <0.05, ** - P <0.01).

Davolash boshlanishidan oldin, ikki guruhdagi PVB ma'lumotlari deyarli farq qilmadi. Birinchi guruhda, korteksin qo'shilgan terapiyadan so'ng, PVB komponentining barcha ko'rsatkichlarida sezilarli pasayish kuzatildi. Masalan, affektiv komponent 1 - guruhda (korteksin) - terapiyadan oldin 4,21 ± 0,36 ball va 1,54 ± 0,96 dan keyin (2,8 marta kamayish), 2 -guruhda 4, terapiyadan oldin 24 ± 0,24 ball va 3,54 ± 0,78 da

terapiyaning tugashi (1,2 barobar kamayishi). Davolanishdan keyin ikkala guruhdagi ideator komponentining ko'rsatkichi sezilarli farqlarga ega edi: 1 -guruhda 0,95 ± 0,36 ball, ikkinchisida 2,85 ± 0,38. Davolanishdan keyin PVB ning xulq -atvori va avtonom tarkibiy qismlarining namoyon bo'lishining pasayishi ham ikki guruhda aniqlandi, ammo Korteksin va asosiy davolanish bilan davolangan bemorlarda davolanishning yanada aniqroq samaradorligi kuzatildi.

6 –jadval

Tekshirilgan bemorlarda uzilishlarning qiyosiy mudatlari.

Uzilishlar	Asosiy guruh (korteksin)		Taqqoslash guruhi (platsebo) n=22		$\chi 2$	P
	abs.	%	abs.	%		
7 kungacha	2	8,3	3	13,6	0,51	>0,05
7 dan 14 kungacha	4	16,6	8	36,4	2,74	>0,05
Hammasi	6	24	11	50.0	3,63	>0,05

6 -jadvaldan ko'rinib turibdiki, platsebo bilan davolangan bemorlarda davolanish vaqtida uzilishlar soni ko'proq (24,0% va 50,0%).

Xulosa: Binobarin, polinarkomaniya bilan og'rigan bemorlarni standart davolashga korteksin qo’shilishi natijasida asteno-apatik buzilishlar namoyon bo'lishi kamaygani qayd etildi. Bemorlarning intellektual faoliyatga bo'lgan qobiliyati va qiziqishi yaxshilandi, kundalik mashg'ulotlar hajmi oshdi. Polinarkomaniya bilan og'rigan bemorlarni davolash dasturiga Korteksin preparatining kiritilishi apatiya bilan kechuvchi befarqlik, hamda PVB dagi affektiv va ideator susayish komponentlarini bartaraf etish imkonini beradi. Yaxshi tolerantlik va korteksinning nojo'ya ta'sirlarining amalda yo'qligi, polinarkomaniya bilan og'rigan bemorlarda terapiyaning ijobiy ta’sirini aniqlandi.

Литература/References

1. Zobin G, M. Ko'knorga qaramlikni davolashni baholash mezonlarini ko'p faktorli baholash: Muallif referati. dis. ... Cand. asal fanlar. - Moskva, 2004.S. 44-46.
2. Mendelevich V.D. Giyohvandlik va xatti -harakatlarning buzilishi (psixologik va psixopatologik jihatlar). - M.: MED. pressinform, 2003. –328 b.
3. Sivolap Yu.P. Afyun bilan og'rigan bemorlarda psixotik bo'lmagan ruhiy kasalliklar // Jurn. Nevrol. va psixiatr. - 2002. - 102 -jild, №1. - S. 26-29.
4. Shnaydyer K. Klinicheskaya psixopatologiya. Klassifikasiya psixopatologicheskix lichnostey. www.psychiatry.ru/library – intyernet resurs NSPZRAMN.
5. Sh. Sultanov, J.Babayev, G.Gopurova, D.Uralova. ПРИНЦИПЫ МОДИФИЦИРУЮЩЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ, ВЫЗВАННОГО СМЕШАННЫМ И КОМБИНИРОВАННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ // meditsina va innavatsiya. -2021 - №4 - B.78-86
6. Xolmogorova A.B. Teoreticheskie i empiricheskie osnovaniya integrativnoy psixotyerapii rasstroystv affektivnogo spektra: Diss. dokt. psixol. nauk. M., 2006.

УДК: 616.314-089.843:543.645.6-036-07

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРИИМПЛАНТИТА

Ольга Бекжанова[1], Аскар Заитханов[2]
Ташкентский государственный стоматологический Институт, Ташкент, Узбекистан
[1]д.м.н. профессор; [2]ассистент
[a]bekjanovaolga@mail.ru, [b]asqarzaithanov@mail.ru

DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF MIDDLE-MOLECULAR PEPTIDES IN THE EVALUATION OF THE SERIOUSNESS OF THE CLINICAL COURSE OF PERI-IMPLANTITIS

Olga Bekjanova[1], Asqar Zaitkhanov[2]
Tashkent State Dental Institute. Tashkent, Uzbekistan
[1]Doctor of Medicine, Professor; [2]Assistant
[a]bekjanovaolga@mail.ru, [b]asqarzaithanov@mail.ru

PERI-IMPLANTIT KLINIK KECHISHI BAHOLASHDA O'RTA MOLEKULYAR PEPTIDLARNING DIAGNOSTIK AHAMIYATI

Olga Bekjanova[1], Asqar Zaitkhanov[2]
Toshkent davlat stomatologiya institute
[1]t.f.d. professor. [2] assistent
[a]bekjanovaolga@mail.ru, [b]asqarzaithanov@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Установлено достоверное увеличение концентрации токсической –Е254 и ароматической фракции молекул средней массы в ротовой жидкости у пациентов с воспалительными осложнениями дентальной имплантации. Выявленное увеличение токсической фракции МСМ254 нм и уменьшение коэффициента распределения КР = Е280/Е254 до 0,9 при периимплантитах среднего и тяжёлого течения может быть показателем развития деструктивных процессов костной ткани периимплантной зоны.

Ключевые слова: периимплантит, среднемолекулярные пептиды, мукозит, пародонтальный карман, окислительный стресс, цитокиновый дисбаланс.

ANNOTATION

A significant increase in the concentration of toxic –E254 and aromatic fraction of medium-weight molecules in the oral fluid in patients with inflammatory complications of dental implantation was established. The revealed increase in the toxic fraction of MCM254 nm and a decrease in the distribution coefficient CR = E280/E254 to 0.9 in moderate and severe peri-implantitis may be an indicator of the development of destructive processes in the bone tissue of the peri-implant zone.

Key words: peri-implantitis, medium molecular weight peptides, mucositis, periodontal pocket, oxidative stress, cytokine imbalance.

ANNOTATSIYA

Tish implantatsiyasining yallig'lanishli asoratlari bo'lgan bemorlarda og'iz suyuqligidagi E254 toksik va o'rta og'irlikdagi molekulalarning aromatik kontsentratsiyasining sezilarli darajada oshishi aniqlandi. O'rtacha va og'ir peri-implantitda MCM254 nm toksik fraktsiyasining aniqlangan ortishi va tarqalish

koeffitsientining CR = E280/E254 ning 0,9 ga pasayishi peri-implant zonaning suyak to'qimalarida destruktiv jarayonlarning rivojlanishining ko'rsatkichi bo'lishi mumkin.

Kalit so'zlar: peri-implantit, o'rta molekulyar og'irlikdagi peptidlar, shilliq qavat, periodontal cho'ntak, oksidlovchi stress, sitokin muvozanati.

Альтернативой обычным зубным протезам стали дентальные имплантаты, основой которых является остеоинтеграция, при которой остеобласты непосредственно интегрируются с титановой поверхностью имплантатов, хирургически установленных внутри альвеолярной кости [16].

Зубные имплантаты с годами приобрели широкую популярность, поскольку они способны восстанавливать функцию при частичной и полной адентии, и являются надежным вариантом лечения для замены одного или нескольких отсутствующих зубов. Необходимо отметить, что сохранение функциональной активности импланта в течение определенного периода не избавляет от их осложнений [15,16]. Воспалительные осложнения дентальной имплантации разделяются на два клинических состояния: периимплантный мукозит и периимплантит.

Мукозит – представляет собой воспаление мягких тканей вокруг имплантата, при периимплантите наблюдается прогрессирующее воспаление и резорбция кости периимплантной зоны [1,9]. Известно, что периимплантит поражает от 7,0% до 65,0% зубных имплантатов через 10 лет после установки [14].

В настоящее время проводятся активные исследования по изучению причин и механизмов развития патологических изменений тканей пародонта при имплантологических вмешательствах [2,3,5,9,11,12,14]. При воспалительных осложнениях дентальной имплантации регистрируется высокая активность деструктивных процессов периимплантных тканей, что может быть обнаружено

по активизации процессов эндогенной интоксикации. Однако, роль эндотоксемии при различной тяжести периимплантных поражений воспалительного генеза остаются до конца не изученными.

В настоящее время осуществляются активные исследования ротовой жидкости, возросло понимание её анализа как полезного диагностического инструмента [6,10,14,16].

В этой связи целью настоящих исследований явилось оценка эндотоксемии в ротовой жидкости у пациентов с воспалительными осложнениями дентальной имплантации различной тяжести.

Материалы и методы. Исследования проведены на базе кафедры факультетской терапевтической стоматологии Ташкентского Государственного стоматологического института за период с 2019 по 2021 г.

У всех пациентов получено информированное согласие на участие в данном исследовании. Пациенты с имплантами по тяжести поражения перимплантной зоны были разделены на 3 основные группы: 1 основная группа (n=20) – пациенты с мукозитом; 2 основная группа (n=25) – пациенты с периимплантитом средней тяжести и 3 основная группа (n=31) – с тяжёлым периимплантитом; 25 пациентов со здоровым пародонтом без имплантов составили группу контроля [1,6].

Диагноз мукозит и периимплантит формулировали на основании клинической характеристики периимплантита, предложенной Рабочей группой 4 Всемирного семинара 2017 г. «Классификация заболеваний пародонта и периимплантита».

До начала исследований осуществлялось клиническое обследование пациентов. Учитывалась глубина зондирования; степень и характер воспаления тканей, уровень сохранности сформированного эпителиального барьера; плотность и сохранности сформированной соединительной ткани; уровень

деструкции кости в зоне имплантации. Диагноз мукозит формулировали при воспалении эпителиальной ткани периимплантной зоны с нарушением эпителиального барьера и глубиной зондирования до 3,0мм; периимплантит средней степени характеризовался пародонтальными карманами глубиной 3,0 – 5,0 мм и потерей кости до 3,0мм; тяжёлый периимплантит имел пародонтальные карманы глубиной более 5 мм и потерю костной ткани более 3,0мм [8,13].

Оценка степени кровоточивости перимплантной зоны осуществлялась в баллах индекса слизистой оболочки имплантата (IMI) [13]; состояние слизистой периимплантной зоны оценивали в баллах индекса ткани слизистой оболочки периимплантата [7], подвижность импланта оценивали по Д.А.Энтину; глубину карманов измеряли градуированным зондом; состояние костной ткани периимплантной зоны оценивали в баллах по Tovanovic S.A. (1990) и Spieker H (1991).

Забор ротовой жидкости у пациента осуществляли в утренние часы по стандартным правилам забора ротовой жидкости для такого рода исследований.

МСМ в ротовой жидкости изучали спектрофотометрическим методом по Н.И. Габриэлян, 1984. Определяли фракцию Е254 – наиболее токсическая фракция, имеющая цитолитическую и мембранотоксическую активность и фракцию Е280, состоящую из олигопептидов и ароматических аминокислот. Рассчитывали коэффициент распределения КР=Е 280/Е 254. Уровень МСМ выражают в единицах экстинции.

Для количественных переменные рассчитывались средние и их стандартное отклонение. Все статистические анализы выполнялись с использованием IBM SPSS Statistics 15. Показатель эффективности установлен на уровне $P \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения. Результаты клинических исследований показали, что индексные показали состояния периимплантной прогрессивно возрастают при увеличении тяжести периимплантного поражения.

Как видно из таблицы 1 установлена значимая разница (P<0,05) между контрольной группой пациентов, пациентами с имплантами без осложнений и пациентами с мукозитом и периимплантитом различной тяжести. Установлена повышенная резорбция кости при периимплантите (Таблица 1).

Таблица 1

Клиническая оценка периимплантного поражения

Симптомы	Контроль без имплантов	Пациенты с имплантатами			
		Без осложнений	Мукозит	Периимплантит	
				средней тяжести	тяжелый
1.Кровоточивость балл (по Frech D.,2016)	0,65±0,02	0,72±0,03	1,20▪±0,05	1,85▪^±0,08	2,65▪^×±0,13
2.Подвижность, балл (по Энтину А.Д.)	0,71±0,03	0,80±0,03	1,32▪±0,06	1,82▪^±0,09	2,33▪^×±0,11
3.Индекс ткани слизистой оболочки, балл (Арзе Р., 1991)	0,21±0,01	0,25±0,01	1,62▪±0,08	2,03▪^±0,10	2,68▪^×±0,13
4. Глубина ПК,мм	1,40±0,07	0,71±0,07	2,20▪±0,10	2,70▪^±0,12	4,62▪^×±0,21
5.Состояние костной ткани, балл (Tobanovic S.A. 1991)	0,32±0,02	0,64±0,03	0,64▪±0,03	1,32▪^±0,05	2,24▪^×±0,11

Примечание: ▪ - p<0,05 по отношению к контролю;

∧ - p<0,05 по отношению к без осложнений;

× - p<0,05 по отношению к мукозиту;

o - p<0,05 по отношению к периимплантиту средней тяжести.

Уровень молекул средней массы широко используется при различных патологиях, как интегральный показатель активности деструктивных процессов, цитокинового баланса и окислительного стресса [1,4]. Низкомолекулярные пептиды ротовой жидкости, являются производными протеолитического распада более крупных белков. Имеется мнение, что вследствие небольшого размера, эти пептиды способны обмениваться с жидкостью зубного налета и инициировать процессы деминерализации / реминерализации, способствую адгезии микробов и активизируя их метаболизм на границе зуб-слюна [4,7]. В этой связи акцент на изучение МСМ при различной тяжести периимплатных поражений особенно актуален.

Увеличение уровня МСМ при периимплантной патологии связано с их повышенным образованием и снижением элиминации.

Таблица 2

Уровни МСМ в ротовой жидкости пациентов с воспалительными осложнениями дентальной имплантации (М±м)

Показатели е.о.п	Контроль без имплантов	С имплантами без осложнений	Мукозит	Переимплантит, тяжесть	
				средняя	тяжелая
МСМ 054 нм	0,24±0,01	0,25±0,01	0,31±0,01▪	0,46±0,02▪∧	0,62±0,03 ▪∧×

280 нм	0,32±0,001	0,33±0,01	0,40±0,02▪	0,42±0,02▪∧	0,48±0,02 ▪∧×
280/254	1,33±0,06	1,32±0,05	1,29 ±0,05	0,91±0,04▪∧	0,77±0,03 ▪∧×

Примечание: ▪ - p<0,05 по отношению к контролю

∧ - p<0,05 по отношению к мукозиту

× - p<0,05 по отношению к периимплантиту средней тяжести

Анализ полученных результатов показал увеличение концентрации МСМ и пациентов с воспалительными осложнениями дентальной имплантации. У пациентов с мукозитом одновременно с увеличением уровней провоспалительных цитокинов ФНО-α и IL-1β регистрируется увеличение уровней МСМ. Уровень наиболее токсичной фракции МСМ254 нм, представленной промежуточными продуктами активного протеолиза увеличился на 29,17% ($P \leq 0,05$); а уровень фракции 280 нм, представленной ароматическими аминокислотами, увеличился на 25,00% ($P \leq 0,05$). Необходимо отметить, что у пациентов с мукозитом величина коэффициента распределения (КР = Е280/Е254) не имела существенных различий с группой контроля и группой пациентов с имплантами без осложнений, сохраняясь в пределах 1,29 ± 0,05; против соответственно 1,33 ± 0,06 и 1,32 ± 0,05; что свидетельствует о сохранении защитных и компенсаторных механизмов и способности организма к элиминации токсических продуктов деградации тканей.

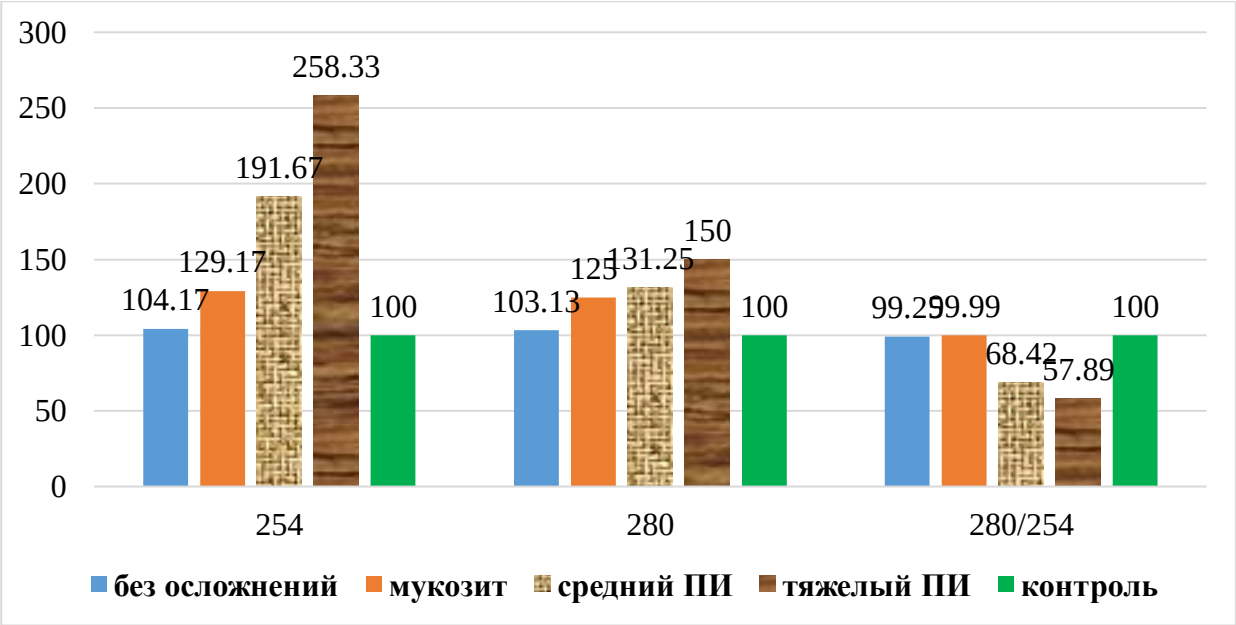


Рис.1. Динамика МСМ ротовой жидкости у пациентов с воспалительными осложнениями дентальной имплантации (в % по отношению к контролю)

У пациентов с периимплантитом в ротовой жидкости зарегистрировано дальнейшее нарастание концентраций МСМ. Так, при периимплантите средней тяжести уровень фракции МСМ254 нм увеличился на 91,67% (P≤0,001); а фракции МСМ280 нм – на 31,25%(P ≤ 0,05); соответствующая динамика у пациентов с тяжелым периимплантитом составила 158,33% (P≤0,001) и 50,00% (P≤ 0,05). При этом отмечалось статистически значимое снижение коэффициента распределения (КР=Е280/Е254), абсолютная величина которого у пациентов с периимплантитом средней тяжести составила 0,91±0,04 - снижение на 31,58% (P≤0,01) а при тяжелом течении периимплантита – 0,77 ± 0,03 - снижение на 41,11% (P ≤ 0,01). Уменьшение коэффициента распределения КР =Е280/Е254 при периимплантите среднего и тяжёлого течения отражает сдвиг спектра средних молекул в сторону наиболее токсичной фракции МСМ254 нм и о активных протеолитических процессах.

Повышение уровней МСМ в ротовой жидкости у пациентов с воспалительными осложнениями дентальной имплантации, обусловлено их активным образованием в периимплантных тканях и нарушением детоксикационных механизмов.

Таким образом, исследованием МСМ доказывает, что их присутствие ассоциировано с окислительным стрессом, цитокиновым дисбалансом и деструктивными процессами периимплантных тканей.

Классификация заболеваний периимплантных тканей основана в основном на оценке состояния слизистой периимплантной зоны и рентгенографических критериях потери костной массы [13]. Эти клинические параметры недостаточно надежны для выявления активного периимплантата, уровня утраты костной ткани или риска потери имплантата [12]. Разработка методов точной диагностики и прогнозирования периимплантита важна для терапии и долгосрочной стабильности дентальных имплантатов. Установленное в настоящем исследовании увеличение токсической фракции МСМ254 нм и уменьшение коэффициента распределения КР=Е280/Е254 при периимплантитах среднего и тяжёлого течения может быть показателем развития деструктивных процессов костной ткани периимплантной зоны.

Выводы: Показателем деструкции костной ткани периимплантной зоны может быть увеличение уровня молекул средней массы фракции 254 нм и снижение коэффициента распределения К280/254 до 0,9.

Литература/References

1. *Бекжанова О., Заитханов А. УРОВЕНЬ ПРОЦЕССОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ И ПРОДУКТОВ ЛИПОПЕРОКСИКАЦИИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ //Медицина и инновации. – 2021. – Т. 1. – №. 3. – С. 283-289*
2. *Быков И.М., Севостьянов И.А., Швец О.В., Гайворонская Т.В., Литвинова М.Г. Влияние дентальной имплантации на состояние баланса антиоксидантно-прооксидантной системы ротовой жидкости больных частичной адентией // Кубанский научный медицинский вестник. 2018; 25(5): 22-27. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-5-22-27*
3. *Гуськов А.В., Митин Н.Е., Зиманков Д.А. Дентальная имплантация: состояние вопроса на сегодняшний день (обзор литературы). Клиническая стоматология. 2017;82(2): 32-34.*
4. *Кочконян Т.С., Гаспарян А.Ф., Ладутько А.А. и др. Процессы перекисного окисления липидов и состояние антиоксидантной системы ротовой жидкости при различных степенях вторичной адентии // Кубанский научный медицинский вестник. нарушений окислительного метаболизма. Кубанский научный медицинский вестник. 2016; 4: 16-20.*

5. *Плюхин Д.В. Содержание продуктов свободнорадикального окисления в костной ткани и исход дентальной имплантации // Медицинская наука и образование Урала.- 2016.- 17(1): 105-107.*
6. *Прогнозированный риск развития осложнений дентальной имплантации / О.Е. Бекжанова, А. А. Заитханов, М. Т. Копбаева [и др.] // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии: Сборник научных статей X региональной научно -практической конференции с международным участием по детской стоматологии, Хабаровск, 09 октября 2020 года / Под редакцией А.А. Антоновой. – Хабаровск: Антар, 2020. – С. 18-20.*
7. *Apse P, Zarb GA, Schmitt A, Lewis DW. The longitudinal effectiveness of osseointegrated dental implants. The Toronto study:peri-implant mucosal response // Int J Periodontics Restorative Dent. 1991;11(2):94–111.*
8. *Bekjanova Olga Yesenovna, Zaitkhanov Asqar Anvarovich, Kurbanova Ziyoda Furqatovna. INFLAMMATORY COMPLICATIONS OF DENTAL IMPLANTATION IN THE LONG PERIOD// The 9 th International scientific and practical conference "Innovations and prospects of world science" (April 28-30, 2022) Perfect Publishing, Vancouver, Canada. 2022. 724 p.*
9. *Caton J.G., Armitage G., Berglundh T., Chapple I.L.C., Jepsen S., Kornman K.S., Mealey B.L., Papapanou P.N., Sanz M., Tonetti M.S. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions—Introduction and key changes from the 1999 classification. J. Clin. Periodontol. 2018;45(Suppl. 20): S1–S8. doi: 10.1111/jcpe.12935.*
10. *Chevalier F., Hirtz C., Chay C. S., Cuisinier F., Sommerer N., Rossignol M., de Périère D. D. Proteomic Studies of Saliva: A Proposal for a Standardized Handling of Clinical Samples // Clinical Proteomics . – 2007. - V.3. - P. 13–21.*
11. *Coli P., Christiaens V., Sennerby L., Bruyn H.D. Reliability of periodontal diagnostic tools for monitoring peri-implant health and disease. Periodontol. 2000. 2017;73:203–217. doi: 10.1111/prd.12162.*
12. *French D, Cochran DL, Ofec R. Retrospective cohort study of 4,591 Straumann implants placed in 2,060 patients in private practice with up to 10-year follow-up: the relationship between crestal bone level and soft tissue condition. Int J Oral Maxillofac Implants.2016;31(6):e168–78 .*
13. *Gul S.S., Abdulkareem A.A., Sha A.M., an Rawlinson A. Diagnostic Accuracy of Oral Fluids Biomarker Profile to Determine the Current and Future Status of Periodontal and Peri-Implant Diseases // Diagnostics (Basel). 2020 Oct; 10(10): 838.Published online 2020 Oct 18. doi: 10.3390/diagnostics10100838PMCID: PMC7603129 PMID: 33081038*
14. *Klinge B, Klinge A, Bertl K, Stavropoulos A. Peri implant diseases. Eur J Oral Sci. 2018;126(suppl 1):88-94. doi:10.1111/eos.12529*
15. *Mahvash Mousavi Jazi, Hamid Reza Sadeghi Pour Rodsari, and Faezeh Mirmiran Level of Oxidative Stress Markers in Peri-Implant Crevicular Fluid and Their Correlation with Clinical Parameters // J Dent (Tehran). 2015 May; 12(5): 340–346. PMCID: PMC4749098 PMID:*
16. *Mohanty R., Sudan P.S., Dharamsi A. M, Mokashi R., Misurya A. L. Risk Assessment in Long-term Survival Rates of Dental Implants: A Prospective Clinical Study // Pradeepta Kaushal The Journal of Contemporary Dental Practice, May 2018;19(5):587-590*
17. *Sivakumar T., Hand A. R., Original M.M. Secretory proteins in the saliva of children // Journal of Oral Science. – 2009. - Vol. 51, No. 4, 573-580.*

УДК: 616.311.2-002 -615.32

АНТИОКСИДАНТНЫЕ СВОЙСТВА ФИТОГЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

Н.Г. Кравцова-Кухмар[1], Н.В. Шаковец[2], О.В. Мушкина[3]

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

[1]ассистент кафедры стоматологии детского возраста

[2]д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста

[3]к.ф.н., доцент, заведующий кафедрой организации фармации

ANTIOXIDANT PROPERTIES OF PHYTOGEL IN TREATMENT OF EXPERIMENTAL GINGIVITIS.

N.G. Kravtsova-Kukhmar[1], N.V. Shakovets[2], O.V. Mushkina[3]

Belarusian State Medical University, Minsk

[1]Assistant at the Department of Pediatric Dentistry

[2]Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Pediatric Dentistry

[3]Ph.D., Associate Professor, Head of the Department of Organization and Economics of Pharmacy

АННОТАЦИЯ

Гингивит – это самое распространенное заболевание тканей маргинального периодонта у детей, требующее комплексного подхода к лечению. Лекарственные средства растительного происхождения обладают выраженными антиоксидантными, антибактериальными и репаративными свойствами. Цель нашего исследования – оценить динамику показателей антиоксидантной системы при использовании фитогеля для лечения экспериментального гингивита. Для эксперимента были отобраны 42 самца белой крысы, которых разделили на 6 групп в зависимости от длительности лечения и используемого препарата. Максимальный терапевтический эффект при использовании препарата на основе метронидазола был на 2 сутки от начала лечения. В группах, где использовалось лекарственное средство на основе листьев ольхи черной, в первые двое суток после начала лечения отмечалась преобладание в работе антиоксидантной системы СОД, с дальнейшим переключением на каталазу. Т.о. при лечении экспериментального гингивита с использованием фитогеля, на основе настойки из листьев ольхи черной, происходит значительное увеличение количества ферментов антиоксидантной системы и более длительный лечебный эффект в отличие от геля на основе метронидазола.

Ключевые слова: гель, содержащий настойку листьев ольхи черной; гель, содержащий метронидазол; антиоксидантная система; каталаза; супероксиддисмутаза.

ABSTRACT

Gingivitis is the most common marginal periodontal tissue disease in children. It requires complex treatment. Herbal medicines have antioxidant, antibacterial and

reparative properties. The aim of the study was to assess the dynamics of the indicators of the antioxidant system when using phytogel for the treatment of experimental gingivitis. For the experiment, 42 male white rats were selected and divided into 6 groups depending on the duration of treatment and the drug used. When using the drug based on metronidazole, the maximal therapeutic effect was on the 2nd day from the start of treatment. When using a drug based on black alder leaves in the first two days after the start of treatment, SOD prevailed in the work of the antioxidant system with a change towards catalase. Thus, in the treatment of experimental gingivitis using a phytogel based on tincture of black alder leaves, there is a significant increase in the amount of enzymes of the antioxidant system and a longer therapeutic effect, in contrast to the gel based on metronidazole.
Key words: gel containing tincture of black alder leaves, gel containing metronidazole, antioxidant system; catalase; superoxide dismutase.

Актуальность. Гингивит – одно из самых распространенных воспалительных заболеваний тканей маргинального периодонта среди взрослого и детского населения в мире. В развитии и прогрессировании данного заболевания большое значение имеет активация процессов перекисного окисления липидов, перекрестная сенсибилизация тканей периодонта в ответ на микробную инвазию, а также тканевая гипоксия, непосредственно вызывающая нарушение процессов регенерации. Поэтому важно включение в комплексное лечение гингивита лекарственных средств с иммуномодулирующим, антиоксидантным и мембранопротекторным эффектами [1].

Лекарственные средства растительного происхождения из-за наличия в их составе фенольных и флавоноидных соединений широко используются для лечения различных воспалительных заболеваний. Данные соединения, которые также встречаются в листьях, цветках и пыльце деревьев ольхи в виде вторичных метаболитов, важные компоненты антиоксидантной системы, т.к. они являются высокоэффективными поглотителями большинства типов окисляющих молекул, включая кислород и различные свободные радикалы. Лекарственные средства на основе листьев ольхи также обладают антибактериальными, противовирусными и противовоспалительными свойствами [2,3]. Широкий спектр их действия позволяет его использовать в комплексном лечении воспалительных процессов в тканях маргинального периодонта. Ранее не проводилось изучение

антиоксидантной активности лекарственные средства на основе листьев ольхи черной при лечении заболеваний тканей маргинального периодонта.

Цель: оценить динамику показателей антиоксидантной системы при использовании фитогеля для лечения экспериментального гингивита.

Материалы и методы. Перед проведением эксперимента протокол исследования был утвержден на заседании этической комиссии УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Для проведения эксперимента были отобраны 42 самца белой крысы линии Wistar в возрасте 3 месяцев, которых случайным образом разделили на 6 групп: группа 1А – животные, у которых проводилось лечение экспериментального гингивита с однократным нанесением геля из листьев ольхи черной в течение 2 дней; группа 2А – животные, у которых проводилось лечение экспериментального гингивита с однократным нанесением геля «Метрогил Дента» в течение 2 дней; группа 3А – животные с экспериментальным гингивитом(контрольная группа 1), группа 1В – животные, у которых проводилось лечение экспериментального гингивита с однократным использованием геля из листьев ольхи черной в течение 4 дней; группа 2В – животные, у которых проводилось лечение экспериментального гингивита с однократным использованием геля «Метрогил Дента» в течение 4 дней; группа 3В – животные с экспериментальным гингивитом (контрольная группа 2). Все животные 1А-3А групп выводились из эксперимента на 8 сутки от начала эксперимента, а из 1В-3В групп – на 10 сутки от начала эксперимента.

Для моделирования экспериментального гингивита животному однократно инъекционно в области центральных резцов в подслизистый слой десны вводили препарат «Випраксин» (водный раствор яда гадюки) в объеме 0,2 мл. Лечебные лекарственные средства: гель из листьев ольхи черной и гель «Метрогил Дента» – наносились тонким слоем на область воспаления после появления клинических признаков гингивита (6-е сутки от начала эксперимента) в течение 2 и 4 дней. После выведения из эксперимента проводился забор крови для биохимического исследования. Все животные находились на стандартном рационе питания. О состоянии работы антиоксидантной системы судили по содержанию в крови

ферментов суперокиддисмутазы (СОД) и каталазы. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Statistica 10.

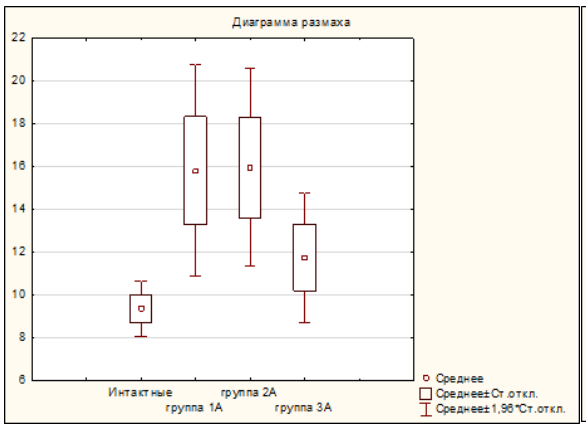
Результаты и обсуждение. После проведенного лечения на 8-е и 10-е сутки от начала эксперимента проводился биохимический анализ крови, данные которых представлены в таблице 1.

Таблица 1. Биохимические показатели крови СОД и каталаза у крыс

Группы животных	Каталаза, мкмоль H_2O_2/Hb	СОД, ед/мгHb
Группа интактных животных	9,55 (0,81)	9,34 (0,66)
Группа 1А	13,26 (2,19)*	15,80 (2,53)*
Группа 2А	16,84 (4,02) *	15,94 (2,36)*
Группа 3А	12,33 (3,59)*	11,73 (1,59)
Группа 1В	11,20 (1,38)*	13,1 (2,46)*
Группа 2В	11,13 (2,09)	8,23 (1,27)
Группа 3В	10,19 (1,68)	10,41 (2,76)

* - значения статистически значимы

В ходе экспериментального исследования установлено, что в группах 1А и 2А при лечении экспериментального гингивита в течение 2 дней происходило увеличение значений показателей каталазы и супероксиддисмутазы, в отличие от данных показателей в группе интактных крыс. При этом важно отметить, что в группе 1А в работе антиоксидантной системы преобладает СОД, в то время как в группе 2А – каталаза. В группе 3А изменения значений показателей были незначительно увеличены в отличие от значений показателей интактных крыс, но значимо ниже чем в группах 1А и 2А, что говорит о наличии воспалительного процесса в тканях.



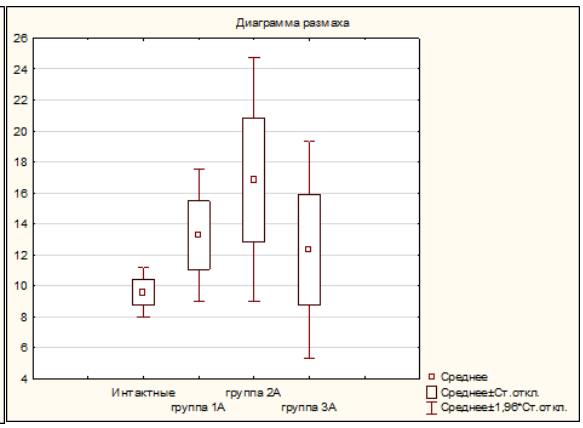
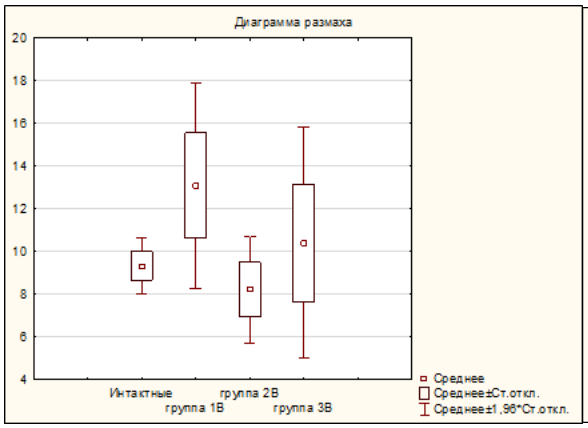


Рис.1Показатели СОД при лечении гингивита в течение 2 дней
Fig. 1 Indicators of SOD during treatment gingivitis within 2 days

Рис.2 Показатели каталазы при лечении гингивита в течение 2 дней
Fig. 2 Indicators of catalase during treatment gingivitis within 2 days

При оценке значений каталазы и СОД при лечении экспериментального гингивита в течение 4 дней в группе 1В также сохранялось высокое значение данных ферментов, в отличие от интактных крыс, однако в работе антиоксидантной системы преобладал фермент каталаза, что говорит переключении в работе антиоксидантной системы в другие участки клетки. В группе 2В мы наблюдаем обратную картину и значение показателя СОД уменьшается в отличие от интактных крыс, а каталазы незначительно выше. При сравнении значений данных показателей в группе 3В также сохраняется незначительное увеличение количества каталазы и снижение СОД в отличие от группы интакных крыс. В группах 1В и 2В значения обоих показателей незначительно выше, чем в группе 3В, что говорит о сохранении лечебного действия лекарственных средств на протяжении 4 дней использования.



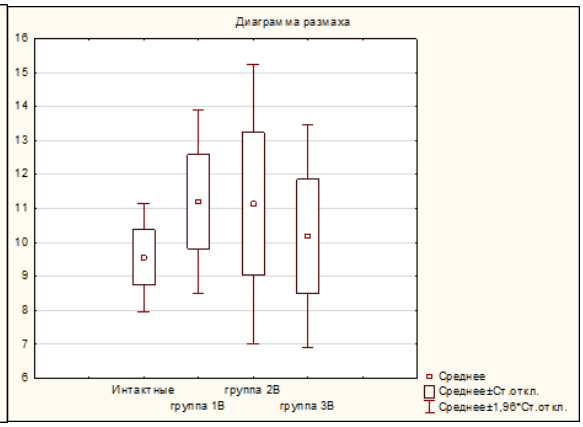


Рис.3Показатели СОД при лечении гингивита в течение 4 дней
Fig. 3 Indicators of SOD during treatment

Рис.4 Показатели каталазы при лечении гингивита в течение 4 дней
Fig. 4 Indicators of catalase during treatment

gingivitis within 4 days gingivitis within 4 days

При сравнении значений показателей между группами 2А и 2В статистически значимо уменьшение значений показателей каталазы и СОД, что показывает о максимальном терапевтическом эффекте на 2 сутки от начала лечения. В группах же 1А и 1В значения каталазы почти не меняются и сохраняются на высоком уровне, однако значение СОД уменьшается, что позволяет судит об преобладающей работе СОД в первые двое суток после начала лечения с переключением и преобладанием в восстановлении тканей в дальнейшем каталазы. В группах 3А и 3В отмечается незначительное уменьшение количества ферментов СОД и каталазы, что отражает сохранение воспалительного процесса в тканях десны, и неспособности антиоксидантной системы самостоятельно справится с изменениями в тканях.

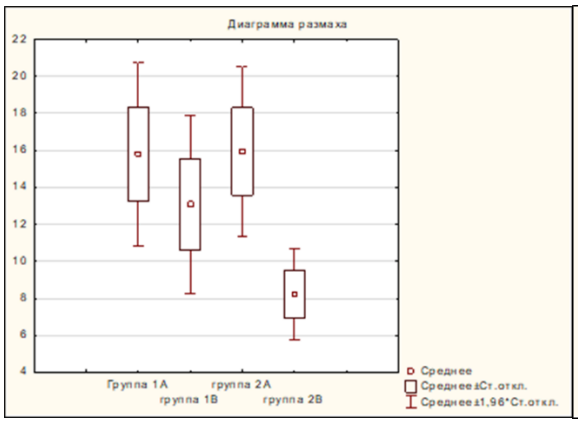


Рис.5Показатели СОД при лечении гингивита
Fig. 5 Indicators of SOD during treatment gingivitis

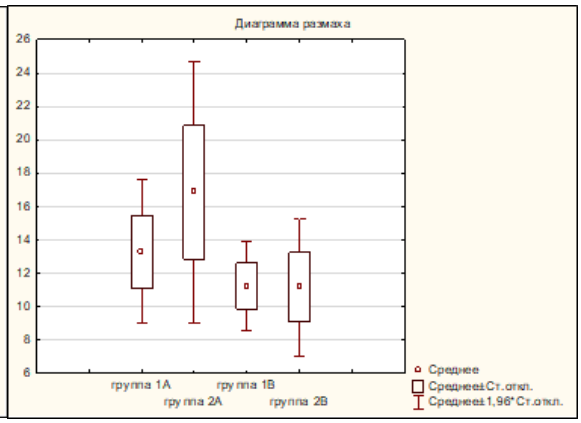


Рис.6 Показатели каталазы при лечении гингивита
Fig. 6 Indicators of catalase during treatment gingivitis

При оценке показателей в группах 1А и 2А значение СОД не отличается, в то время как в группе 2А отмечается увеличение количества каталазы. В группе 2В происходит значительное уменьшение значений данных ферментов в отличие от группы 1В, что позволяет судить о более длительной работе антиоксидантной системы препарата из листьев ольхи черной, по сравнению с гелем на основе метронидазола.

Заключение. При проведении анализа полученных биохимических показателей крови установлено, что при лечении экспериментального гингивита с использованием фитогеля, на основе настойки из листьев ольхи черной,

происходит увеличение количества ферментов антиоксидантной системы, что подтверждает активацию систему защиты тканей от избыточного образования продуктов окисления и более длительный лечебный эффект в отличие от геля на основе метронидазола.

Литература/ Reference

1. Локтионов А.Л. Иммунные и оксидантные нарушения в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта / А.Л. Локтионов, А.И. Конопля, М.А. Лунев, А.В. Караулов // Иммунология. – 2015. – №36 (5). – с. 319–328.

2. Sabina Dahijaa Total phenolic and flavonoid contents, antioxidant and antimicrobial activities of Alnus glutinosa (L.) Gaertn., Alnus incana (L.) Moench and Alnus viridis (Chaix) DC. extracts / Sabina Dahijaa, Jasmina C˘akarb, Danijela Vidicc et al. // Natural Product Research. 2014: 2317-2320.

3. Sabina Dahija Antimicrobial and cytotoxic activity of Alnus glutinosa (L.) Gaertn., A. incana (L.) Moench, and A. viridis (Chaix) DC. extracts / Sabina Dahija, Sanin Haverić, Jasmina Čakar et al. // Journal of Health Sciences. 2016;6(2):1-5.

УДК: 617.52/.53-006-06:616.311-002.44:615.849.19

РИСК РАЗВИТИЯ ОРАЛЬНОГО МУКОЗИТА НА ФОНЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

М.И. Дегтярёва, Л.А. Казеко

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

1kaf.terstom@gmail.com

THE RISK OF ORAL MUCOSITIS AGAINST THE BACKGROUND OF RADIOTHERAPY OF HEAD AND NECK TUMORS

M.I. Degtyareva, L.A. Kazeko

Belarussian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

1kaf.terstom@gmail.com

АННОТАЦИЯ

Оральный мукозит представляет собой повреждение слизистой оболочки полости рта, которое является следствием лучевой терапии. Он возникает при лучевом лечении опухолей головы и шеи, включающих анатомические области ротоглотки, собственно полости рта, носоглотки, гортани. Частота развития данного осложнения колеблется от 60 до 100%.

Цель исследования – определить риск развития орального мукозита на фоне лучевой терапии опухолей головы и шеи.

Материал и методы. Было проведено стоматологическое обследование 30 пациентов с онкопатологией в области головы и шеи с определением степени тяжести орального мукозита согласно классификации ВОЗ.

Результаты исследования. Признаки орального мукозита были зарегистрированы у 28 пациентов, что свидетельствует о высоком риске развития орального мукозита при проведении лучевой терапии в суммарной очаговой дозе более 50 Гр.

Ключевые слова: оральный мукозит, лучевая терапия, лучевой эпителиит.

ABSTRACT

Oral mucositis is damage to the mucous membrane of the oral cavity, which is a consequence of radiotherapy. This occurs during radiation treatment of tumors of the head and neck, including anatomical areas of the oropharynx, the oral cavity itself, nasopharynx, larynx. The frequency of this complication ranges from 60 to 100%.

The aim of the study was to determine the risk of oral mucositis against the background of radiotherapy for head and neck tumors.

Material and methods. To determine the severity of oral mucositis in accordance with the WHO classification, dental examination of 30 patients with head and neck tumors was conducted.

The results of the study. Signs of oral mucositis were registered in 28 patients, which indicates a high risk of oral mucositis with radiatiotherapy.

Key words: oral mucositis, radiotherapy, radiation epithelitis

Актуальность. Постлучевой оральный мукозит является распространенным побочным эффектом лечения опухолей головы и шеи [1]. Распространенность данной патологии по разным данным варьирует от 60 до 90% [2]. По данным

Национального института рака (National Cancer Institute, USA), частота возникновения осложнений со стороны полости рта в виде орального мукозита достигает 100% [3]. Механизм возникновения данного осложнения сложный, многофакторный, до конца не изучен [1].

Клинические проявления орального мукозита включают гиперемию и отек слизистой оболочки полости рта, быстрое появление язв и эрозий, склонных к слиянию и вызывающих сливной эпителиит. Ксеростомия, дисфагия, выраженный болевой синдром возникают уже при II степени тяжести орального мукозита. Пациенты с III-IV степенью тяжести орального мукозита имеют затруднения при открывании рта, пережевывании пищи и акте глотания. Болевые ощущения усиливаются с утяжелением течения орального мукозита [4]. Все это влияет не только на качество жизни пациента, но и может привести к прерыванию или прекращению лечения опухоли, что непосредственно сказывается на эффективности противоопухолевого лечения [5].

Цель исследования – определить риск развития орального мукозита на фоне лучевой терапии опухолей головы и шеи.

Материал и методы. Было проведено обследование 30 пациентов Радиологического отделения №2 Республиканского научно-практического центра «Онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» с онкопатологией в области головы и шеи. Противоопухолевое лечение осуществлялось согласно стандартам лечения злокачественных новообразований. Дистанционная лучевая терапия проводилась на линейных ускорителях (Trylogy, Unique, Truebeam Stx) и гамма-терапевтической установке Theratron.

Стоматологическое обследование пациентов было проведено в 3 этапа: до начала лучевой терапии, в середине курса (на третьей неделе лечения) и в день получения последней разовой дозы. Все изменения в ходе наблюдения фиксировались в стоматологической амбулаторной карте (форма 043/у-10) с обязательным фотографированием полости рта на каждом этапе наблюдения.

Важными клиническими признаками при оценке слизистой оболочки полости рта являлись цвет, влажность, отечность и структурные изменения,

проведена детальная характеристика каждого элемента поражения. Степень тяжести орального мукозита определялась на основании классификации Всемирной организации здравоохранения [6].

Результаты и обсуждение. Признаки орального мукозита были зарегистрированы у 28 пациентов (частота встречаемости орального мукозита составила 93%): из них мужчин - 21 человек (средний возраст 54,7 года), женщин – 9 человек (средний возраст 59,3 года) (рис. 1).

Всем пациентам был рекомендован курс лучевой терапии в суммарной очаговой дозе (далее – СОД) 70 Гр. Полный курс лучевого лечения прошли 21 человек. 5 пациентов завершили лучевое лечение в СОД 50 Гр, 3 пациента – в СОД 60 Гр, что связано с развитием тяжелых лучевых реакций, 1 пациент прервал курс лучевой терапии в СОД 44 Гр в связи с COVID – 19.

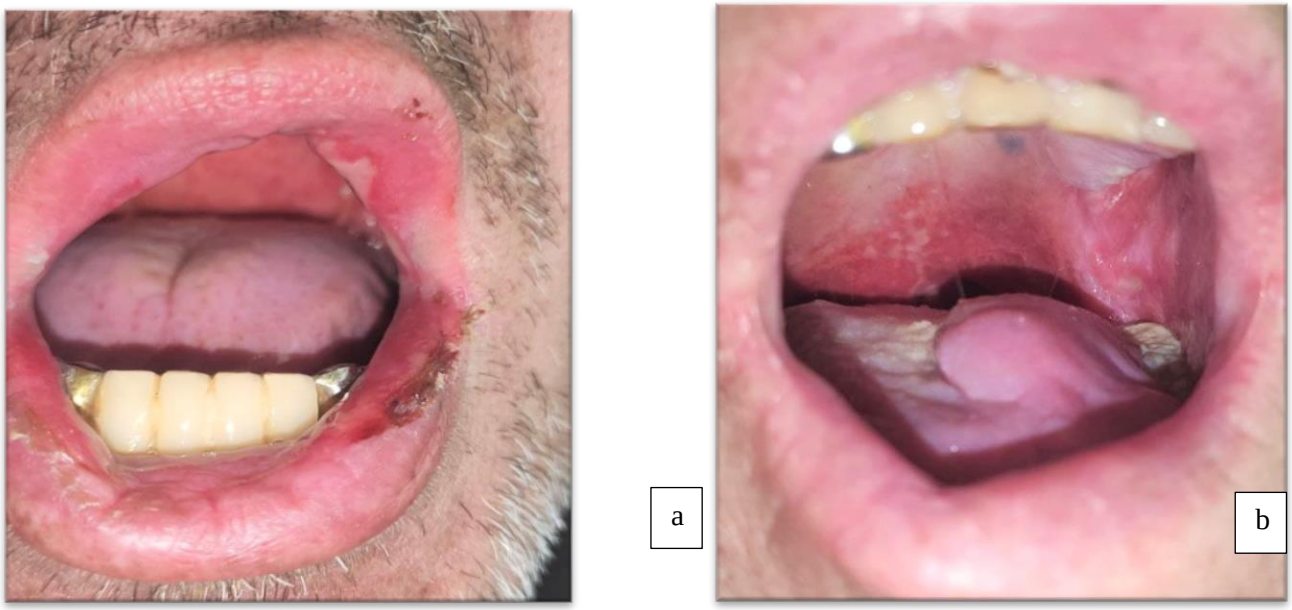


Рис. 1. Клиническая картина орального мукозита: a – Пациент Б., оральный мукозит I степени тяжести в СОД 30 Гр; b – Пациент Т., оральный мукозит II степени тяжести в СОД 48 Гр.

Fig 1. Clinical picture of oral mucositis: a - Patient B., oral mucositis of the I degree of severity; b - Patient T., oral mucositis of the II degree of severity.

При первичном осмотре у всех пациентов слизистая оболочка полости рта была физиологической окраски, умеренно влажная, без патологических

элементов. В середине курса лучевой терапии (при подведении СОД 34 – 42 Гр) в 54% случаев (16 пациентов) была зарегистрирована I степени тяжести, в 21 % случаев (6 пациентов) – II степени тяжести, у 8 пациентов (25% случаев) отсутствовали признаки орального мукозита (рис. 2).

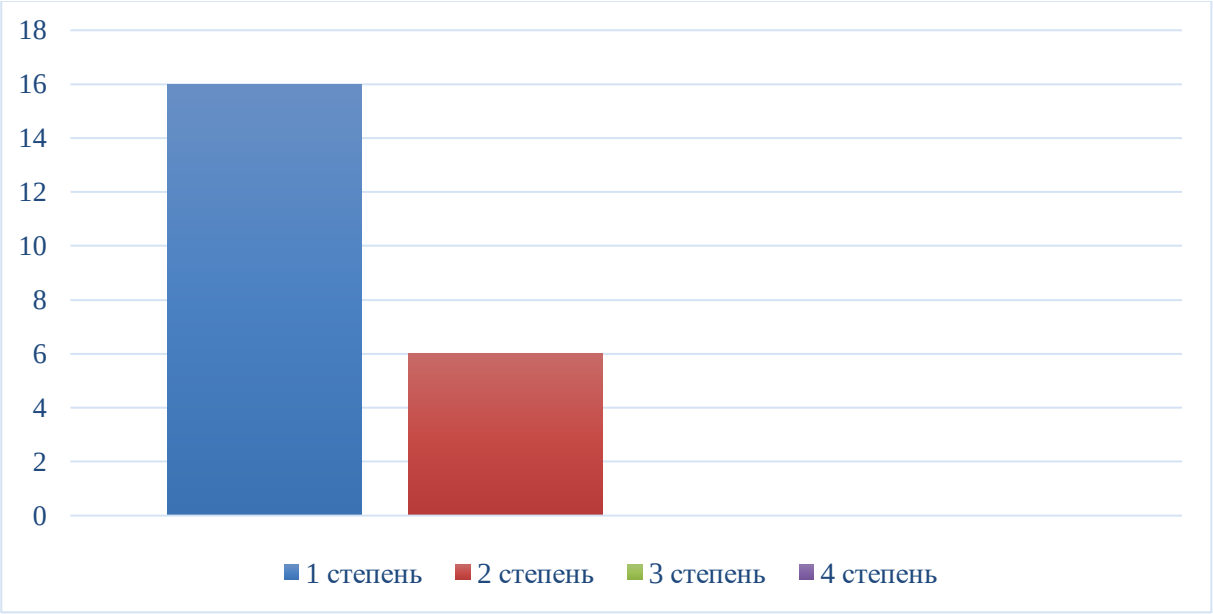


Рис. 2. Степень тяжести развития орального мукозита в середине курса лучевой терапии

Fig. 2. The severity of oral mucositis in the middle of the course of radiotherapy

В конце курса лучевой терапии (при подведении СОД 50-70 Гр) степень тяжести орального мукозита соответствовала I степени тяжести в 17% случаев (5 пациентов), что свидетельствует о хорошо перенесенной лучевой терапии, в 54 % случаев (16 пациентов) – II степени тяжести, что также свидетельствует об удовлетворительно перенесенном лучевом лечении с развитием лучевых реакций средней степени тяжести, в 21% случаев (6 пациентов) – III степени тяжести, что привело к значительному ухудшению состояния пациентов. У 1 пациента (3% случаев) развился оральный мукозит IV степени тяжести, пациент был переведен на парентеральное питание. У 2 человек в СОД 70 Гр отсутствовали признаки орального мукозита (рис. 3).

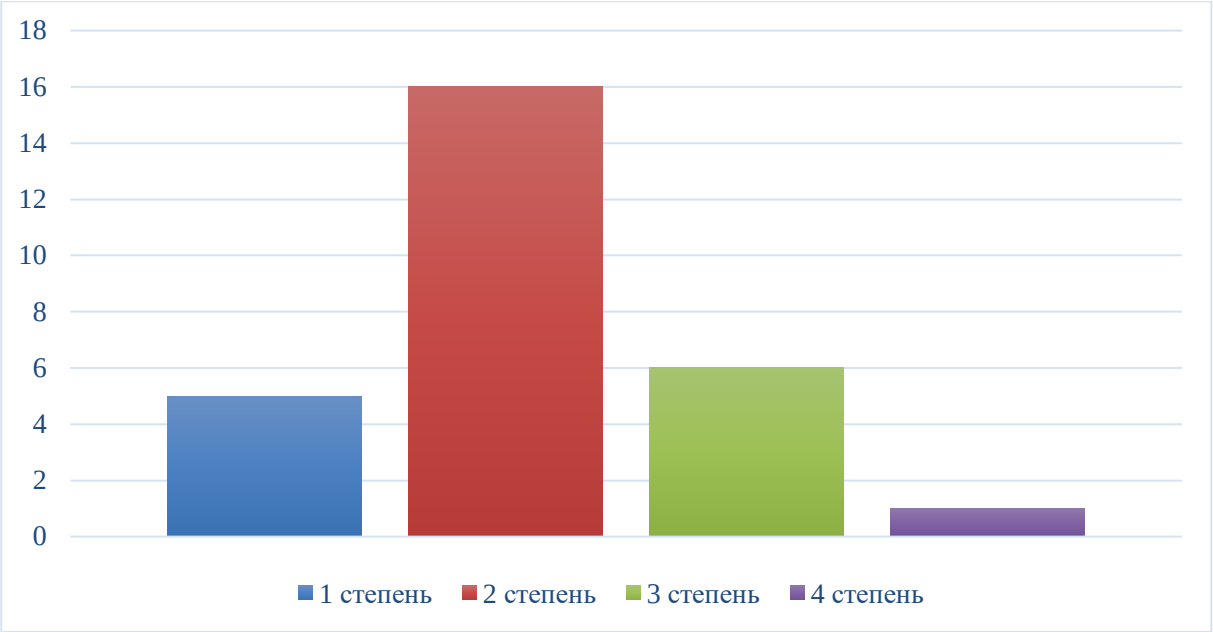


Рис. 3. Степень тяжести развития орального мукозита в конце курса лучевой терапии

Fig.3. The severity of oral mucositis at the end of the course of radiation therapy

Заключение. Лучевая терапия является широко используемым методом нехирургического лечения опухолей головы и шеи, который продлевает жизнь онкологическим пациентам и способен полностью разрушить опухоль. Однако такое лечение вызывает многочисленные побочные эффекты. Достаточно широко распространенным осложнением является оральный мукозит, который, по нашим данным, встречается у 90-100% пациентов, получающих лучевое лечение в области «голова и шея» при лучевой нагрузке более 50 Гр.

Литература/ Reference

1. *Osama M.M., Eliopoulos N., Muanza T. Radiation-induced oral mucositis. Frontiers in Oncology, 2017; 7(89): 1-23.*
2. *Georgiou M., Patapatiou G., Domoxoudis S. et al. Oral Mucositis: understanding the pathology and management. Hippokratia. 2012; 16(3): 215–216.*
3. *Sonis ST. Mucositis: The impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. Oral Oncol. 2009; 45: 1015-1020.*
4. *Mehta, SR & Suhag, Virender & Semwal, Manoj & Sharma, Neelam. (2010). Radiotherapy: Basic Concepts and Recent Advances. Medical Journal Armed Forces India. 66. 158-162.*
5. *Lalla RV. The MASCC/ISOO mucositis guidelines update: introduction to the first set of articles. Support Care Cancer (2013) 21(1):301–2.*
6. *Sonis S.T., Elting L.S., Keefe D. et al. Perspectives on Cancer Therapy-Induced Mucosal Injury: Pathogenesis, Measurement, Epidemiology, and Consequences for Patients. Cancer. 2004; 100(S9): 1995–2025.*

УДК: 616.5 – 003.925:614.873.6-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР

Нарчаев Ж.А., Тастанова Г.Е., Буриев М.Б., Хамдамов Ш.И., Рахмонов О.Р.
Ташкентский Государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан.

SURGICAL TREATMENT OF POST-BURN CICATRICIAL CONTRACTURES

Narchaev Zh.A., Tastanova G.E., Buriev M.B., Khamdamov Sh.I., Rakhmonov O.R.
Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan.

АННОТАЦИЯ

Цель исследования: оптимизировать результаты хирургического лечения больных с послеожоговыми рубцовыми контрактурами верхних и нижних конечностей.

Материал и методы: Обследованы 22 больных с послеожоговыми рубцовыми контрактурами верхних и нижних конечностей в возрасте от 12 до 54 лет. Гипертрофические рубцовые контрактуры наблюдались у 17 (77,3%), келоидные у 5 (22,7%) больных. Всем больным выполнены оперативные вмешательства в сроки от 3 до 4 месяцев после формирования послеожоговых рубцов. Всем больным выполнены местно-пластические (Z образная пластика) операции. При этом в 14 случаях выполняли Z-пластику с встречными треугольными или трапециевидными лоскутами. В 8 случаях выполняли Z-пластику с ротационными треугольными и трапециевидными лоскутами. У 5 больных операции дополняли частичным иссечением послеожоговых рубцов.

Результаты. Z-пластика с встречными треугольными лоскутами дала хорошие результаты при келоидных и гипертрофических рубцовых контрактурах крупных суставов. При послеожоговых рубцовых контрактурах мелких суставов с межпальцевыми синдактилиями хорошие результаты получены при применении Z-пластики с ротационными трапециевидными лоскутами. При контрактурах крупных и мелких суставов с синдактилией пальцев применяли сочетание разновидностей Z-пластики с частичным иссечением рубца

Вывод. Z-пластика с встречными треугольными лоскутами показано при келоидных и гипертрофических рубцовых контрактурах крупных суставов. При послеожоговых рубцовых контрактурах мелких суставов с межпальцевыми синдактилиями рекомендуем применение Z-пластики с ротационными трапециевидными лоскутами. При послеожоговых гипертрофических и келоидных рубцовых контрактурах крупных и мелких суставов с синдактилией пальцев выбором операции является частичное иссечения рубца и Z-пластика с встречными треугольными и ротационными трапециевидными лоскутами.

Ключевые слова: термические травмы верхних и нижних конечностей, послеожоговые рубцы, контрактуры, хирургическое лечение.

ANNOTATION

Objective of the study: to optimize the results of surgical treatment of patients with post-burn cicatricial contractures of the upper and lower extremities.

Material and methods: 22 patients with post-burn cicatricial contractures of the upper and lower extremities aged 12 to 54 years were examined. Hypertrophic cicatricial contractures were observed in 17 (77.3%) patients, keloids in 5 (22.7%) patients. All patients underwent surgical interventions within 3 to 4 months after the formation of post-burn scars. All patients underwent local plastic (Z-shaped plastic) operations. In 14 cases, Z-plastic with opposite triangular or trapezoidal flaps was performed. In 8 cases, Z-plastic was performed with rotational triangular and trapezoidal flaps. In 5 patients, operations were supplemented with partial excision of post-burn scars.

Results. Z-plastic with counter triangular flaps gave good results in keloid and hypertrophic cicatricial contractures of large joints. In post-burn cicatricial contractures of small joints with interdigital syndactylia, good results were obtained using Z-plastic with rotational trapezoidal flaps. In case of contractures of large and small joints with syndactyly of the fingers, a combination of Z-plastic with partial excision of the scar was used.

Conclusion. Z-plastic with opposite triangular flaps is indicated for keloid and hypertrophic cicatricial contractures of large joints. For post-burn cicatricial contractures of small joints with interdigital syndactylia, we recommend the use of Z-plastic with rotational trapezoid flaps. In post-burn hypertrophic and keloid cicatricial contractures of large and small joints with syndactyly of the fingers, the choice of surgery is partial excision of the scar and Z-plastic with counter triangular and rotational trapezoid flaps.

Key words: thermal injuries of the upper and lower extremities, post-burn scars, contractures, surgical treatment.

Актуальность. Проблема лечения пострадавших с термической травмой до настоящего времени остается одной из самых актуальных в современной медицине. По данным Всемирной организации здравоохранения, ожоги занимают третье, а в некоторых странах второе место по частоте среди других видов травм. Ожоги кисти и стоп в числе других локализаций стоят на одном из первых мест и среди травм составляют до 40% (1,4). Применение комплексного лечения пострадавшим от глубоких и обширных ожогов кисти и стоп не всегда дает желаемый результат и у 35% больных развиваются грубые рубцовые деформации кисти, коррекция которых возможна лишь с применением хирургических методов лечения (1,2). Рубцовые деформации и контрактуры снижают качество жизни больных, приводят к проблемам социальной адаптации и возникновению психосоматических заболеваний. Послеожоговые дефекты зачастую неизбежны из-за тяжести первичного поражения и требуют дальнейшего усовершенствования способов и алгоритма их лечения (3). Лечение послеожоговых рубцов и вызванных ими деформаций, а также образование патологических рубцов остаются одной из наиболее сложных проблем пластической и реконструктивной хирургии (3,4). К настоящему времени проведены многие международные конгрессы и симпозиумы, на которых обсуждались самые современные направления. Однако подходы к лечению и профилактике послеожоговых рубцов остаются неоднозначными и требуют дальнейшего более глубокого изучения.

Цель исследования - оптимизировать результаты хирургического лечения больных с послеожоговыми рубцовыми контрактурами верхних и нижних конечностей.

Материал и методы. Под наблюдением находились 22 больных с последствиями перенесенной термической травмы. Возраст больных колебался от 12 до 54 лет, средний возраст составил 25±1,3 лет. Мужчин было 14 (63,6%), женщин – 8 (36,4%). В анамнезе у 5 (22,7%) больных имели место ожоги пламенем, у 15 (68,2%) ожоги от кипятка и горячего пара и у 2 (9,1%) контактные

ожоги. У 12 (54,5%) больных послеожоговые рубцы локализовались в области предплечья и кисти, у 10 (45,5%) в области голени и стопы. В зависимости от характера послеожогового рубца различались: гипертрофические у 17 (77,3%) и келоидные у 5 (22,7%) больных. У 10 (45,5%) больных послеожоговые рубцы приводили к сгибательным контрактурам кисти и пальцев. Во всех случаях наряду с сгибательными контрактурами пальцев кисти наблюдали синдактилии между II-III-IV и V пальцами. У 2 (9,1%) имели место разгибательные контрактуры кисти и пальцев. Разгибательные контрактуры голеностопного сустава и пальцев стоп наблюдались у 7 (31,8%). У 3 (13,6%) больных встречались сгибательные контрактуры пальцев стоп. Всем больным в стационарных условиях произведены оперативные вмешательства. Операции выполнены в сроки от 3-4 месяцев после формирования послеожоговых рубцов. Всем больным выполнены местно-пластические (Z образная пластика) операции. Математическое обоснование Z-пластики дал А.А. Лимберг. Мы использовали Z-пластику для устранения контрактур суставов конечностей, а именно плечевого, локтевого, лучезапястного, коленных суставов, суставов пальцев, в подмышечной впадине и паховой области. В данной статье мы ограничивались применением результатов хирургического лечения послеожоговых рубцовых контрактур лучезапястного, голеностопного суставов и суставов пальцев.

При наличие гипертрофических и келоидных послеожоговых рубцов предпочитали использовать пластику трапециевидными лоскутами в области суставов. При этом в 14 случаях для устранения послеожоговых рубцовых контрактур выполняли местно-пластические операции с встречными Z-образными треугольными или трапециевидными лоскутами. В 8 случаях выполняли местно-пластические операции с ротационными Z-образными треугольными или трапециевидными лоскутами. У 5 больных операции дополняли частичным иссечением послеожоговых рубцов.

Результаты и обсуждение. Выбор хирургического метода лечения зависела от следующих факторов:

-характера рубца;

-внешнего вида рубца;

-локализации рубца;

-глубины рубца;

-площади рубца;

- функциональных расстройств и косметических недостатков, вызываемых рубцами.

Пластика местными тканями (пластика встречными и ротационными трапециевидными или треугольными лоскутами) преследует цель устранения контрактуры и восстановления функциональной активности в конечности. Основным принципом хирургической коррекции являлось изменение направления рубца. Пластика местными тканями обладала рядом преимуществ: непродолжительность вмешательства, небольшая травматичность тканей, меньший риск осложнений, возможность выполнения операции под местной анестезией.

Результаты лечения оценивались по следующим критериям:

Хороший– устранение контрактуры и полноценное восстановление функциональной активности конечности.

Удовлетворительный – неполное устранение контрактуры и частичное восстановление функциональной активности конечности.

Неудовлетворительный – сохранение контрактуры и ограничения подвижности в суставе.

Z-пластика с встречными треугольными лоскутами дала хорошие результаты при келоидных и гипертрофических рубцовых контрактурах крупных суставов (Рис.1,2,3).

Рис.1.Послеожоговый рубец левой нижней конечности с разгибательной контрактурой стопы и V пальца.

Pic. 1. Post-burn scar of the left lower limb with extensor contracture of the foot and V fingers.

Рис.2. Z- пластика с встречными треугольными лоскутами. Ход операции.

Pic.2. Z-plastic with opposite triangular flaps. Operation progress.

В послеоперационном периоде наряду с устранением контрактуры, отмечали восстановление полноценной активности в суставах. Восстановленные кожные покровы мало отличались от здоровой кожи по цвету, текстуре, эластичности, легко берутся в складку, не было ограничений в сгибании и разгибании в суставах (Рис. 3).

Рис. 3.Вид стопы того же больного на 9 сутки после операции.

Pic. 3. View of the foot of the same patient on the 9th day after the operation.

При послеожоговых рубцовых контрактурах мелких суставов (пальцев кисти и стоп) с межпальцевыми синдактилиями мы предпочитали применение Z-пластики с ротационными трапециевидными лоскутами (Рис. 4,5). После разделения вертикальных рубцов на сегменты, созревание сегментных участков кожи с рубцовой тканью наблюдалась в относительно короткое время.

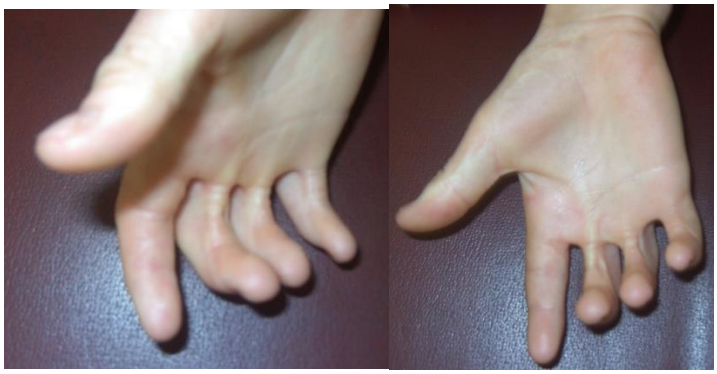


Рис.4. Послеожоговая рубцовая сгибательная контрактура с синдактилией III-IV-V пальцев правой кисти.

Pic.4. Post-burn cicatricial flexion contracture with syndactyly III-IV-V fingers of the right hand.

Рис.5. Z пластика с ротационными трапециевидными лоскутами. Устранение сгибательной контрактуры и синдактилии III-IV-V пальцев правой кисти того же больного.

Pic.5. Z plastic with rotational trapezoidal flaps. Elimination of flexion contracture and syndactyly of III-IV-V fingers of the right hand of the same patient.

При послеожоговых гипертрофических и келоидных рубцовых контрактурах крупных и мелких суставов с синдактилией пальцев хорошие результаты получены при сочетании разновидностей Z-пластики с встречными треугольными и ротационными трапециевидными лоскутами и частичного иссечения рубца (Рис. 6,7).

Рис.6. Послеожоговая рубцовая сгибательная контрактура правой кисти и I-II-III-IV-V пальцев с синдактилией.

Pic.6. Post-burn cicatricial flexion contracture of the right hand and I-II-III-IV-V fingers with syndactyly.

Рис.7.Частичное иссечение рубца и Z пластика с встречными треугольными и ротационными трапециевидными лоскутами. Устранение сгибательной контрактуры и синдактилии пальцев правой кисти того же больного.

Pic.7. Partial excision of the scar and Z plastic with counter triangular and rotational trapezoidal flaps. Elimination of flexion contracture and syndactyly of the fingers of the right hand of the same patient.

Индивидуальный дифференцированный подход с учетом существующих факторов являются главным аргументом при выборе хирургического лечения больных с послеожоговыми рубцовыми контрактурами. Использование Z-образной пластики при лечении послеожоговых рубцовых контрактур суставов позволяло достигать хороших результатов.

Заключение. Правильное комплексное комбинированное использование различных методик в лечении рубцов позволит значительно улучшить качество жизни пациентов.Z пластика с встречными треугольными и ротационными трапециевидными лоскутами, показано при послеожоговых рубцовых контрактурах в области крупных и мелких суставов. Z-пластика с встречными треугольными лоскутами показано при келоидных и гипертрофических рубцовых контрактурах крупных суставов. При послеожоговых рубцовых контрактурах мелких суставов с межпальцевыми синдактилиями рекомендуем применение Z-пластики с ротационными трапециевидными лоскутами. При послеожоговых гипертрофических и келоидных рубцовых контрактурах крупных и мелких суставов с синдактилией пальцев выбором операции является частичное иссечения рубца и Z-пластика с встречными треугольными и ротационными трапециевидными лоскутами. Таким образом, применение всего арсенала современных способов хирургического лечения последствий ожогов позволяет

восстановить функциональные способности конечностей и их внешний вид, дают шанс данной сложной группе пациентов вернуться к трудовой деятельности.

Литература/ Reference

1.*Ковалёва Л. Н. Современный дифференцированный поход к комплексному лечению и профилактике рубцов кожи разной этиологии. Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.2016; №1-4: 188-198. [Kovalyova L. M. Present-day varied approach to comprehensive treatment and pre-vention of skin scars of different etiology. Dermatovenerolody. Cosmetology. Seksopathology. 2016; №1-4: 188-198.(In Russ.).]*

2. *НорчаевЖ.А. Принципы лечения диабетической остеоартропатии. Медицинский журнал Узбекистана. 2015; 2:27-30. [Norchayev J.A.Principles of treatment of diabetic osteoarthropathy.Meditsinskiy Zhurnal Uzbekistana. 2015;2:27-30.(In Russ.).].*

3. *Шаробаро В.И., Мороз В.Ю., Юденич А.А., Ваганова Н.А., Гречишников М.И., Ваганов Н.В., Романец О.П. Алгоритм хирургического лечения больных с последствиями ожоговой травмы. Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. 2015; 3:65-70. [SHarobaro V.I., Moroz V.YU., Yudenich A.A., Vaganova N.A., Grechishnikov M.I., Vaganov N.V., Romanets O.P. Algorithm of surgical treatment of patients with consequences of burn injury. Khirurgiya. Zhurna imeni N.I. Pirogova. 2015;3:65-70.(InRuss.).]*

4.*Шаробаро В.И., Романец О.П., Гречишников М.И., Баева А.А. Методы оптимизации лечения и профилактики рубцов. Хирургия. Журнал имени Н.И.Пирогова. 2015; 9:85-90. [SHarobaro V.I., Romanets O.P. Grechishnikov M.I., Baeva A.A. Optimization of treatment and prevention of scars. Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova. 2015;9:85-90.(In Russ.).]*

УДК: 612.327.7-039.36-053.2

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СИНДРОМА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РВОТЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Дилноза Алишеровна Муминова
Нигора Рустамовна Алиева
Хурсаной Абдумаликовна Акрамова
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт , Ташкент , Узбекистан[1]
e-mail: dilnozamuminova808@gmail.com

NOSOLOGICAL STRUCTURE OF RECURRENT VOMITING SYNDROME IN PRESCHOOL CHILDREN

Dilnoza Alisherovna Muminova
Nigora Rustamovna Alieva
Khursanoy Abdumalikovna Akramova
Tashkent pediatric medical institute
e-mail: dilnozamuminova808@gmail.com

MAKTABGACHA YOSHDAGI BOLALARDA TAKRORIY QUSISH SINDROMINING NOZOLOGIK TUZILISHI

Dilnoza Alisherovna Muminova
Nigora Rustamovna Alieva
Khursanoy Abdumalikovna Akramova
Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti
e-mail: dilnozamuminova808@gmail.com

АННОТАЦИЯ

Цель . Изучить структуру нозологий которые проявляются синдромом рецидивирующей рвотой для своевременного оказания помощи в первичном звене здравоохранения.

Материалы и методы. В исследование были включены 176 больных детей с симптомом рецидивирующей рвоты. Верификация клинических диагнозов проводилась на основе клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования включающих: клинико- анамнестические методы, биохимический анализ крови, УЗИ исследование, ЭФГДС, рентген-контрастный метод исследование ЖКТ.

Результаты исследования . Симптом рецидивирующей рвоты у детей дошкольного возраста независимо от пола больных встречается наиболее часто при функциональных и органических заболеваниях желудочно–кишечного тракта (83,5%), при нарушении обмена веществ – в 14,2% и при патологии центральной системы – в 2,27% случаев.

Заключение. Наиболее частые причины рвоты у детей – это заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), как функциональные так и органические. Рвоту также могут вызывать как врожденные пороки метаболизма, так и эндокринные нарушения .

Ключевые слова. Рвота, тошнота, заболевания желудочно-кишечного тракта, Синдром рецидивирующей рвоты .

ABSTRACT

Target. To study the structure of nosology, demonstrated by the syndrome of recurrent vomiting, for timely assistance in primary health care.

Materials and methods. The study included 176 sick children with recurrent vomiting symptoms. Verification of clinical diagnoses were carried out based on clinical, laboratory and instrumental research methods, including: clinical anamnestic methods,

biochemical blood analysis, ultrasound examination, EGDS, X-ray contrast method for the study of the gastrointestinal tract.

Result. The symptom of recurrent vomiting in preschool children, regardless of the sex of patients, occurs most often in functional and organic diseases of the gastrointestinal tract (83.5%), in metabolic disorders - in 14.2% and in pathology of the central system - in 2.27 % of cases.

Conclusion. The most common causes of vomiting in children are diseases of the gastrointestinal tract (GIT), both functional and organic. Vomiting can also be caused by both congenital metabolic defects and endocrine disorders.

Keywords. Vomiting, nausea, diseases of the gastrointestinal tract, Syndrome of recurrent vomiting.

ANNOTATSIYA

Maqsad. Birlamchi tibbiy yordamni o'z vaqtida ko'rsatish uchun takroriy qusish sindromi bilan namoyon bo'ladigan nozologiyalar tuzilishini o'rganish.

Materiallar va usullar. Tadqiqotda takroriy qusish belgilari bo'lgan 176 nafar bemor bolalar ishtirok etdi. Klinik tashxislarni tekshirish klinik, laboratoriya va instrumental tadqiqot usullari, jumladan: klinik va anamnestik usullar, biokimyoviy qon tahlili, ultratovush tekshiruvi, EFGDS, oshqozon-ichak traktining rentgen-kontrastli tekshiruvi usuli asosida amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. Maktabgacha yoshdagi bolalarda takroriy qusish alomati, bemorlarning jinsidan qat'i nazar, oshqozon-ichak traktining funktsional va organik kasalliklarida (83,5%), metabolik kasalliklarda - 14,2% va markaziy tizim patologiyasida - tez-tez uchraydi. 2,27% hollarda.

Xulosa. Bolalarda qusishning eng keng tarqalgan sabablari oshqozon-ichak trakti (OIT), ham funktsional, ham organik kasalliklardir. Kusish ham tug'ma metabolik nuqsonlar va endokrin kasalliklar tufayli yuzaga kelishi mumkin.

Kalit so'zlar. Kusish, ko'ngil aynishi, oshqozon-ichak trakti kasalliklari, takroriy qusish sindromi.

У детей множество заболеваний и патологических состояний сопровождаются рвотой. В целом, рвота – это защитная рефлекторная реакция гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта и скелетных мышц, осуществляющих выбрасывание содержимого желудка и тонкой кишки наружу через рот. Рвота – высоко координируемый рефлекторный процесс, который возникает при возбуждении нейронов рвотного центра ретикулярной формации продолговатого мозга в ответ на раздражение рецепторов желудочно-кишечного тракта, рецепторов вестибулярного аппарата, при повышении внутричерепного давления [9,15]. Подход к адекватной терапии синдрома рвот и срыгиваний индивидуален и зависит от основной причины их возникновения, что необходимо учитывать в дифференциальном диагнозе этих состояний. [4,7,10] Под нашем наблюдением находились 176 больных детей с синдромом рецидивирующей рвоты. Рецидивирующей (или повторяющейся) рвотой считалась рвота более двух раз в течении суток.

Нозологическая структура больных с рецидивирующей рвотой. Таблица №1

Возраст / Нозологии	До 1 года (n=35)		1-3года (n=64)		3-7 лет (n=77)		Всего
	Маль-чики	Девочки	Маль-чики	Девоч-ки	Маль-чики	Девоч-ки	
Срыгивание	8	10					18
Пищевая аллергия	5	6	6	5			22
ГЭРБ			7	7	9	8	31

Острый гастроэнтер	2	2	7	8	8	8	35
Язвенно-эрозивные поражения ЖКТ	1		2	3	6	5	17
Дискинезия ЖП и ЖВП			3	2	9	10	24
Синдром внуричереп гипертензен		1	1	2			4
Синдром циклическ рвоты					2	3	5
Сахарный диабет 1 типа			6	5	3	6	20
Всего	16	19	32	32	37	40	
	35		64		77		176

Распределение больных по группам заболевания показало, что рвота сопровождает заболевания желудочно–кишечного тракта у 147 больных (83,5%), патологию центральной системы – у 4 (2,27%) больных, патологию, связанную с нарушением обмена веществ – у 25 больных (14.2%). Детей грудного возраста было 35 (19 девочек и 16 мальчиков), что составило 19.9 % от общего количество больных. Детей раннего возраста было 64 (36.4%): девочек 32 и мальчиков 32. Детей дошкольного возраста было 77 (43.7%): девочек 40 и мальчиков 37 детей.

Проведенный анализ показал, что у детей до года рвота сопровождает функциональные нарушения представлены функциональным срыгиванием у 18

детей (8 мальчиков и 10 девочек). Срыгивание как проявление пищевой аллергии наблюдалось у 11 детей до 1 года. Среди них девочек было 6, мальчиков – 5 детей. Среди этой возрастной группы острый гастроэнтерит наблюдался у 4 детей, эрозивные поражения дуоденальной зоны у 1 ребенка.В нашем исследовании степень выраженности синдрома срыгиваний мы оценивали, согласно рекомендациям группы экспертов ESPGHAN (european society of Pediatric gastroenterology, Hepatology and Nutrition – Европейское общество специалистов по педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питанию), по пятибалльной шкале, отражающей совокупную характеристику частоты и объема регургитаций. (Y. Vandenplas et. al., 1993). [17] При данной оценке симптома срыгивания 1-2 балла было отмечено у 18 детей до года. У этих детей срыгивание сопровождалось выбросом некоторого небольшого количества неизменного либо совсем немного свернувшегося молока/смеси, иногда – с примесью желудочного сока. При этом эти срыгивания не оказывали отрицательного влияние на общее состояние ребенка. У них не наблюдались какие-либо патологические явления, они прибавляли в весе в соответствии с возрастом. Это позволило нам расценить срыгивание как физиологический процесс. У 11 детей в нашем исследовании срыгивание отмечено в 3-5 баллов, то есть носило патологический характер. При этом у детей наблюдалось нарушение стула в виде диареи, отставание в весе, покраснение вокруг ануса, беспокойстве и плохой сон. При тщательном сборе анамнеза у родители детей было установлено, что данные симптомы связаны с введением прикорма, содержащий коровье, козье молоко, говядину и курицу. Аналогичная симптоматика, то есть срыгивание или рвота через 10-15 минут съеденной пищей, кашицаобразный или жидкый стул до 2-3 раз в сутки наблюдалась у детей старшего возраста в группе от 1 до 3 лет. У большинство детей (8 из 11) также отмечалось покраснение и зуд вокруг ануса, покраснение больших половых губ у девочек, у 9 детей высыпания на коже. Все это позволило также предположить пищевую аллергию у данной категории детей. Всем детям с подозрением на гастроэнтерические проявления пищевой аллергии была рекомендована консультация аллерголога. По данным литературы у детей раннего

возраста аллергическая энтеропатия чаще всего обусловлена гиперчувствительностью к белку коровьего молока (БКМ), возможно ее сочетание с аллергией на сою, яйцо, пшеницу и другие продукты, и характеризуется диареей, рвотой, недостаточным набором массы тела, анемией, гипопротеинемией [11,18]

Острый гастроэнтериты, сопровождающиеся рвотой, были диагностированы 35 у детей, что составило 19,9 % от общего количества наблюдаемых больных. Среди этих больных детей до года было 4, от 1 года до 3 лет - 15., от 3 до 7 лет - 16 человек. Клиническая картина заболевания выявлялась у всех детей уже в первые сутки. Рвота наблюдалась до 3-7 раз в сутки, была с примесью слизи и напрямую не зависела от приема пищи (табл.3.1.3). Осмолярный диарейный синдром (от 4 раз в первые двое суток) выявлялся у 10 (28,6%) больных с первого дня заболевания. Температурная реакция до 38 градусов наблюдалась у 88,6% больных (31 ребенка), длительность температурной реакции составляла в среднем 3,4 ± 0,4 дня. Такие жалобы как тошнота регистрировались у 30 детей (85,7%), снижение или отсутствие аппетита у 100% (35.детей), боли и урчание в животе – у 25 детей (71,4%). Помимо этого у детей с острым гастроэнтеритом часто до 95% случаев наблюдались сонливость и апатия, боль и «ломота» в мышцах. Продолжительность этих симптомов интоксикации составила в среднем 3,8 ± 0,1 дня. Респираторный синдром регистрировался у 100% детей: гиперемия слизистой мягкого неба, дужек, язычка; зернистость задней стенки глотки, редкий кашель. Это позволило предположить вирусную этиологию заболевания. По данным литературы к числу доминирующих возбудителей вирусных гастроэнтеритов относится довольно широкий спектр агентов, такие как рота-норо-, адено-, астро-, энтеро- и коронавирусы [3,6].

В нашем наблюдении у 31 (17,6%) ребенка была диагностирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), среди них 14 детей были в возрасте 3-4 года и 17 детей в возрасте 5-7 лет. Диагноз ГЭРБ выставлялся на основании жалоб, анамнеза и результатов ЭГФДС. Рвота у этих больных ассоциировалась с обострением заболевания и характеризовалась кислым

запахом, примесью слизи и чаще возникала после еды.Дети также предъявляли жалобы на отрыжку воздухом или кислым, чувство жжения в эпигастрии или за грудиной у 30 детей (96,8% случаев). Боль в эпигастрии и вздутие живота беспокоили 18 детей (58%). Симптом "мокрого пятна" - появление на подушке после сна пятна белесоватого цвета, ощущение увеличенного количества жидкости во рту – наблюдался более чем у 90%больных ГЭРБ. Считается возникновение данного симптома обусловлено эзофагослюнным рефлексом. Внепищеводные проявления ГЭРБ, такие как ночной кашель, одышка, чаще возникающая в положении лёжа, боль в ухе и осиплость голоса, наблюдались у 48% детей. Следует отметить, всем наблюдаемым детям с диагнозом ГЭРБ было проведено эндоскопическое исследование по данным которого катаральное воспаление с гиперемией было выявлено у 65% больных.

Дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих путей была диагностирована у 24 детей, что составило 13,6% от общего количества больных. Среди них детей от 1 года до 3 лет было 5 детей, от 3 до 7 лет – 19 детей. Диагноз определялся на основании жалоб, клинического осмотра и данных УЗИ желчевыводящих путей с определение объема желчного пузыря до и после еды. У детей до 3 лет дискинезия желчного пузыря носила гиперкинетический характер, а у детей более старшего возраста преобладал гипокинетический тип дискинезии. Рвота при данной патологии характеризовала обострение заболевания и сочеталась при гипокинетическом типе дискинезии с тошнотой, болями и тяжестью в правом подреберье, снижением аппетита, появлением ощущения горечи во рту, вздутием живота, нарушением стула. При гиперкинетической разновидности болезни болевые ощущения колющего типа в области правого бока, подреберья или колик в околопупочной зоне чаще были связаны с психоэмоциональным напряжением детей и рвота была однократной на высоте.

Язвенная болезнь желудка и ДПК было диагностировано у 17 детей, что составило 9,5% от общего количества больных. Среди этих больных был 1 ребенок до 1 года, 5 детей от 1 до 3 лет и 11 детей в возрасте от 3 до 7 лет. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза и результатов ЭГФДС.

Исследования проводилось под общей седацией . Результаты ЭГФДС показали, что по локализации дуоденальные язвы обнаружились у 94,1% больных, желудочные – у 5,9 % больных. Все язвы носили неосложненный характер. Основной жалобой больных были боли и чувство тяжести в эпигастрии, боли возникали чаще на голодный желудок, Особенностью рвоты у данных больных явилось то, что она характеризовала обострение заболевания, была одно- и или двукратной, чаще возникала после еды.

Синдром внутричерепной гипертензии был диагностирован у 4 детей до 3х лет, что составило 2,3% от общего количества больных. Срыгивание или рвота у этих детей не зависела от приема пищи, была обильной, «фонтаном» и сопровождала другие неврологические симптомы: частые вздрагивания во время сна, запрокидывание головы назад во время сна, часто беспричинное беспокойство или заторможенность, плохой аппетит. При консультации с детским неврологом и проведении нейросонографии был определен синдром внутричерепной гипертензии.

Синдром циклической рвоты был определен у 5 детей дошкольного возраста. Рвота носила рецидивирующий приступообразный характер характер, была с примесью желчи, у одного больного с прожилками алой крови, не зависела от приема пищи и требовала дифференциальной диагностики с органическими и функциональными заболеваниями ЖКТ. Диагноз был определен при консультации с неврологами на основании Римских критериев IV пересмотра (2016) [14]

В наше исследование также были включены 20 детей, страдающие сахарным диабетом 1 типа, из детей в возрасте от 1 до 3 лет было 11, в возрасте от 3 до 7 – 9 больных. Диагноз выставлялся на основании жалоб, анамнеза, показателей углеводного обмена и при обязательной консультации эндокринолога. У детей с сахарным диабетом, включенных в наше исследование, рвота явилась дебютом сахарного диабета в 55% случаев (11 детей), признаком декомпенсации уже имеющегося сахарного диабета в остальных 45% случаев. По данным литературы

рвота и тошнота у детей, сочетающая с нарушением стула, изменением пищевого поведения и колебаниями массы тела могут быть признаками обменных нарушений, в частности сахарного диабета [12,13]. Тошнота и рвота чаще бывает признаком диабетического кетоацидоза, который может явиться манифестацией диабета у детей, развиться в результате поздней диагностики либо неправильного лечения уже диагностированного заболевания. Клиническими признаками этого состояния также являются диабетический румянец на лице, усиливающаяся жажда, полиурия, похудание, снижение аппетита, запах ацетона изо рта, боли в животе, появление головной боли. Важными лабораторными признаками этой фазы являются ацидоз и кетонурия[5,12,13].

Вывод. Таким образом, в результате нашего исследования было установлено, что симптом рвоты у детей дошкольного возраста встречается при различных патологических состояниях. В большинстве случаев рвота (83.5%) наблюдалась при заболеваниях функциональных и органических патологиях желудочно-кишечного тракта, независимо от возраста и пола больных. Своевременная диагностика рвоты, определение ее характера и ассоциации с другими клиническими симптомами способствует определению ее генеза и своевременной адекватной терапии.

Литература/ Reference

1. *ВОЗ. Диарея (Информационный бюллетень). 2017 (апрель). [VOZ. Diarrhea (Newsletter). 2017 (aprel'). (In Russ.)] 14.*
2. *Гаймоленко С. Г. и др. Вторичный ГЭР у детей //ББК 57.3 А 43. – 2019. – С. 30*
3. *Гилёва Р. А. и др. К вопросу дифференциального диагноза острых инфекционных диарейных заболеваний инвазивного типа у детей //Детские инфекции. – 2018. – Т. 17. – №. 1. 2.*
4. *Горелов А. В., Каннер Е. В., Максимов М. Л. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей: рациональные подходы к их коррекции //Новости. – 2019.*
5. *Гунбина И. В. Сахарный диабет у ребенка: полноценная жизнь под контролем //Педиатрический вестник Южного Урала. – 2017. – №. 2.*
6. *Ермоленко К.Д., Лобзин Ю.В., Гончар Н.В. Вирусные гастроэнтериты у детей: современные представления об эпидемиологии и профилактике. Журнал инфектологии. 2015;7(3):22-32. https://doi.org/10.22625/2072-6732-2015-7-3-22-32*
7. *Захарова И. Н. и др. Инструментальная диагностика функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта в практике педиатра и детского гастроэнтеролога //Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2018. – №. 1.*

8. *Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов. – ВОЗ. – 2015.*
9. *Кривопустов С.П. и др. Рвота у детей как междисциплинарная проблема//Дичачий лікарь. -2017. №5(18)- С 5-9.*
10. *Кулешова О. К., Калмыкова А. С. Частота функциональных нарушений пищеварительного тракта у детей грудного возраста //Инновационные технологии в медицине детского возраста Северо-кавказского федерального округа. – 2018. – С. 184-186.*
11. *Макарова С.Г., Намазова-Баранова Л.С., Вишнёва Е.А., Ерешко О.А., Гордеева И.Г. Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей. Вопросы современной педиатрии. 2017;16(3):202-212*
12. *Султанова Л. М. Проблемы диагностики и лечения диабетического кетоацидоза у детей и подростков //Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9. – №. 2.*
13. *Тарасенко Н.А. Сахарный диабет: действительность, прогнозы, профилактика // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6.;*
14. *Шутова Е.В. Ацетонемический синдром у детей: вопросы диагностики и терапии//Современная педиатрия.-2019.-№2(90).-С.114-122*
15. *American Academy of Pediatrics. Treating vomiting. https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/abdominal/pages/Treating-Vomiting.aspx. Accessed December 10, 2017.*
16. *American College of Radiology, ACR appropriateness criteria for vomiting in infants). https://acsearch.acr.org/docs/69445/Narrative/ (Accessed on April 17, 2017).*
17. *Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). J Pediatr Gastroenterol Nutr 2018.*

УДК: 616.31-039.4-614:665.6/.7 (575.1)

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У РАБОЧИХ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Бекжанова О.Е.[1], Адизов М.А.[2]
1. доктор медицинских наук, профессор,
2. ассистент
Ташкентский государственный стоматологический институт
bekjanovaolga@mail.ru, adizovmiraziz@mail.ru

Аннотация: Оценивали распространённость и интенсивность стоматологической патологии у рабочих нефтеперерабатывающего завода. Осмотрено 179 рабочих, группу контроля составили 37 работников заводоуправления. В среднем у рабочих обнаружено 12,25 ± 0,53 кариозных зуба на одного обследованного, а у сотрудников заводоуправления – 11,32 ± 0,44 зуба

(P ≥ 0,05). При этом число нелеченных кариозных зубов (элемент К) у рабочих более чем в 3 раза превосходило аналогичный показатель заводоуправления 3,32 ± 0,12 против 1,10 ± 0,04 (P ≤ 0,05); рабочие имели достоверно (P ≤ 0,05) меньшее число пломб (элемент П) соответственно 2,41 ± 0,11 против 6,79 ± 0,32 и достоверно (P ≤ 0,05) большее число удалённых зубов – 6,52 ± 0,24 против 3,43 ± 0,16. У рабочих, подверженных вредным условиям труда, достоверно снижается частота секстантов зубных дуг со здоровым пародонтом и увеличивается распространенность секстантов с тяжелым поражением пародонта, включая наличие глубоких зубодесневых карманов.

Ключевые слова: вредное производство, нефтеперерабатывающий завод, стоматологическая заболеваемость, распространенность кариеса, ткани пародонта,

Olga Bekjanova, Miraziz Adizov

1. Doctor of Medicine, Professor, Tashkent State Dental Institute
2. Assistant, Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan
bekjanovaolga@mail.ru, *adizovmiraziz@mail.ru*

Annotation: The prevalence and intensity of dental pathology in oil refinery workers were assessed. 179 workers were examined, the control group consisted of 37 employees of the plant management. On average, 12.25 ± 0.53 carious teeth were found in workers per one examined, and in employees of the plant management - 11.32 ± 0.44 teeth (P ≥ 0.05). At the same time, the number of untreated carious teeth (element K) in workers was more than 3 times higher than that of the factory management 3.32 ± 0.12 versus 1.10 ± 0.04 (P ≤ 0.05); workers had significantly (P ≤ 0.05) fewer fillings (element P), respectively, 2.41 ± 0.11 versus 6.79 ± 0.32 and significantly (P ≤ 0.05) a greater number of extracted teeth - 6.52 ± 0.24 vs. 3.43 ± 0.16. In workers exposed to harmful working conditions, the frequency of sextants of dental arches with healthy

periodontium significantly decreases and the prevalence of sextants with severe periodontal disease, including the presence of deep periodontal pockets, increases.

Key words: hazardous production, oil refinery, dental morbidity, prevalence of caries, periodontal tissues,

Olga Bekjanova, Miraziz Adizov

1. Tibbiyot fanlari doktori, Professor, Toshkent Davlat stomatologiya institute
2. Assistent, Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti
Toshkent, O`zbekiston
bekjanovaolga@mail.ru, adizovmiraziz@mail.ru

Annotatsiya: Biz neftni qayta ishlash zavodi ishchilarida tish patologiyasining tarqalishi va intensivligini baholadik. 179 nafar ishchi ko‘rikdan o‘tkazildi, nazorat guruhi 37 nafar zavod rahbariyatidan iborat. Bir tekshirilganda o'rtacha 12,25 ± 0,53 kariyes tishlar ishchilar orasida, zavod rahbariyatida esa 11,32 ± 0,44 tishlar aniqlangan ($P \geq 0,05$). Shu bilan birga, ishchilarda ishlov berilmagan kariyoz tishlar soni (K elementi) zavod rahbariyatidan 3 baravar ko'proq edi 3,32 ± 0,12 ga nisbatan 1,10 ± 0,04 ($R \leq 0,05$); ishchilar sezilarli darajada ($P \leq 0,05$) kamroq plomba (element P), mos ravishda 6,79 ± 0,32 ga nisbatan 2,41 ± 0,11 va sezilarli darajada ($P \leq 0,05$) olib tashlangan tishlarning ko'p soni - 6,52 ± 0,24 va 3,14 ga nisbatan. Zararli mehnat sharoitlariga duchor bo'lgan ishchilarda sog'lom periodontga ega bo'lgan tish yoylari sekstantlarining chastotasi sezilarli darajada kamayadi va og'ir periodontal kasalliklarga chalingan sekstantlar, shu jumladan chuqur periodontal cho'ntaklar mavjudligi ortadi.

Kalit so'zlar: xavfli ishlab chiqarish, neftni qayta ishlash zavodi, tish kasalliklari, karies tarqalishi, periodontal to'qimalar.

Состояние здоровья человека определяется комбинацией двух факторов: его генетической составляющей и воздействия окружающей среды. Рост промышленной активности во всем мире повысил уровень жизни людей, но и обусловил подверженность профессиональным вредностям [1, 2, 7].

Производственные вредности способны ухудшить системное и стоматологическое здоровье [4, 5, 9]. Эффекты различных производственных вредностей, инициирующих профессиональные заболевания, обусловлены их специфической химической, физической и бактериальной природы, их физического состояния и путей проникновения. Здоровье полости рта является важной составляющей общего здоровья и качества жизни. Полость рта является связующим звеном между внешней средой и внутренней средой организма и в первую очередь подвержена профессиональной патологии в связи с прямым воздействием профессиональных загрязнителей. Заболевания полости рта, такие как кариес, пародонтит, неправильный прикус, рак полости рта и травматические повреждения зубов, оказывают значительное влияние на общее самочувствие человека [5, 6]. Работа в нефтехимическом производстве оказывает отрицательное влияние на заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта [7,11]. Нефтепереработка является важной отраслью промышленности в мире и в Узбекистане [1,12]. Работа в нефтеперерабатывающей отрасли приводит к росту соматической, такой как сердечно-сосудистые, легочные, неврологические, почечные, гематологические и скелетно-мышечные заболевания [6, 7].

Основой лечебно-профилактических мероприятий являются данные массовых осмотров распространённости и тяжести патологии у определённого контингента населения [8, 10].

Цель этого исследования заключается в оценке распространённости и интенсивности стоматологической патологии у рабочих нефтеперерабатывающего завода.

Материал и методы исследования: Обследованы рабочие основных специальностей Бухарского нефтеперерабатывающего завода, давшие согласие на участие в исследовании. Этическое разрешение было получено до начала исследования. Оценка интенсивности кариеса и состояния пародонта осуществлялась на однородной выборке рабочих вредного производства со стажем работы во вредных условиях труда не менее 10 лет и сопоставимой по половозрастной структуре выборке работающих заводоуправления, не

контактирующих с производственными вредностями. Осмотрено 179 рабочих, группу контроля составили 37 работников заводоуправления.

Демографические данные включали возраст, местонахождение и стаж работы, методы гигиены полости рта включали тип вспомогательных средств для гигиены полости рта, материал и их частоту, пристрастие к табаку и алкоголю были дополнительными данными. Исследователь и записывающий ассистент перед началом исследования прошли теоретическую и практическую подготовку у стоматологического калибратора. Была определена надежность экзаменатора и регистратора. Внутри экспертная надёжность на предмет оценки интенсивности кариеса зубов и заболеваний пародонта составила 0,91 и 0,87 соответственно. Осмотр полости рта проводили при дневном свете и при необходимости использовали дополнительный источник искусственного света, с использованием ротовых зеркал. В качестве показателя интенсивности кариозного поражения оценвали величину индекса КПУ и составляющих его элементов (К – кариес, П – пломба и У - удалённые зубы); о распространённости поражения пародонта судили по показателям CPITN - индекса в соответствии с рекомендациями ВОЗ «Осмотры состояния здоровья полости рта: основные методы — 5-е издание, 2013 г.» [10].

Статистический анализ Данные были собраны, сведены в таблицы и подвергнуты описательно-статистическому анализу с использованием пакета SPSS (версия 21.0).

Результаты: в таблице 1 представлена демографическая характеристика, уровень образования и соблюдение гигиены полости рта в сравниваемых группах работников нефтеперерабатывающей промышленности. Группы сравнения были однородны по возрасту, в то же время, необходимо отметить, что работники заводоуправления имели достоверно более высокий уровень образования и более высокий уровень соблюдения гигиены полости рта. Кратность чистки зубов 1 раз в день имели 89,39% рабочих вредного производства и лишь 10,61% ответили, что соблюдают гигиену полости рта 2 раза

в день, при этом 45,95% сотрудников заводоуправления чистили зубы 2 раза в день.

Таблица 1

Демографические данные, гигиена полости рта в группах сравнения

№	Показатель	Градация	Рабочие n=179	В/ч n=37
1.	Возраст	18 - 24	20(11,17)	4(11,08)
		25 – 34	32(17,88)	7(18,92
		35 – 44	41(20.91)	7(18,92)
		45 – 54	52(29,05)	11(129,73)
		>55	34(18,99)	8 (21,62)
		Всего:	179(100,0)	37 (199,0)
2.	Образование	Начальное	109(60,89)	4(10,81)
		Среднее специальное	62(34,64)	12 (32,43)
		Высшее	8 (14.47)	21(56,76)
3.	Гигиена полости рта, чистка зубов в день	1 раз	160 (89,39)	20 (54,05)
		2 раза	19 (60,61)	17 (45,95)

Кариозные зубы обнаружены у всех сотрудников нефтеперерабатывающего завода (100,00% распространённость кариеса). В таблице 2 представлена интенсивность кариеса зубов и структура кариеса в группах сравнения. Необходимо отметить, что интенсивность поражения в группах сравнения не имела существенных различий. В среднем у рабочих обнаружено 12,25 ± 0,53 кариозных зуба на одного обследованного, а у сотрудников заводоуправления – 11,32 ± 0,44 зуба ($P \geq 0,05$). При этом число нелеченных кариозных зубов (элемент К) у рабочих более чем в 3 раза превосходило аналогичный показатель заводоуправления 3,32 ± 0,12 против 1,10 ± 0,04 ($P \leq 0,05$); рабочие имели достоверно ($P \leq 0,05$) меньшее число пломб (элемент П) соответственно 2,41 ± 0,11 против 6,79 ± 0,32 и достоверно ($P \leq 0,05$) большее число удалённых зубов – 6,52 ± 0,24 против 3,43 ± 0,16.

Таблица 2

Интенсивность кариеса зубов (индекс КПУ) в группах сравнения

Показатель	Рабочие n=179	Заводоуправление n=37	P
К- кариозные зубы	3,32±0,12/27,10	1,10±0,04/9,71	P∠0,01
П – пломба	2,41±0,4/19,67	6,79±0,32/59,98	P∠0,01
У – удаленные	6,52±0,24/53,22	3,43±0,16/30,30	P∠0,01
КПУ - индекс	12,25±0,53/100,0	11,32±0,44/100,0	P>0,05

Примечание: в числителе абсолютная величина; в знаменателе – в % от индекса КПУ

В отношении кариеса зубов многие аспекты его эпидемиологических характеристик остаются неясными, однако особенности распределения его структурных характеристик можно считать установленными и представляющими не только теоретическую, но и практическую ценность. Очевидно, что эпидемиология кариеса оценивает не столько механизмы развития патологии, сколько те условия, в которых находятся люди с кариозными поражениями. Таким образом, сравнительный анализ результатов эпидемиологических осмотров особенности распространения и течения кариозного процесса, имеющих общий характер в пределах обследованного контингента. Более высокие показатели нелечённого кариеса (элемент К); удалённых зубов (элемент У) и низкие показатели запломбированных зубов (элемент П) у рабочих коррелируют с низким уровнем образования и низкой гигиеной полости рта. Здоровье промышленных рабочих часто остается без внимания из-за их тяжёлых условий труда, напряженного графика и плохих экономических условий. Промышленные рабочие подвержены риску профессиональных заболеваний и проблемам со стоматологической патологией, поскольку у них частые смены, низкий социально-экономический статус и пренебрежение гигиеной полости рта. Таким образом, на нефтеперерабатывающих заводах существует ресурс повышения эффективности терапии твёрдых тканей зубов.

Заболевания пародонта у рабочих вредных производств являются важной проблемой стоматологии, профессиональной медицины и всего здравоохранения. Это связано с тем, что наличие патологии пародонта с одной стороны отражает наличие фоновой соматической патологии, с другой – является следствием воздействия средовых и профессиональных и многих других факторов. Необходимо констатировать, что анализ влияния производственных вредностей на состояние пародонта методически сложен, поскольку достаточно трудно дифференцировать непосредственное повреждающее воздействие производственных факторов на пародонт от неспецифических явлений в

организме обследуемого, в котором, как правило, имеются системные поражения, в свою очередь влияющие на состояние пародонта.

Как видно из таблицы 3 у рабочих вредного производства по сравнению с работающими в заводоуправлении достоверно увеличивалась частота воспалительно - деструктивного поражения пародонта (пародонтита). При этом данная тенденция прослеживалась также и по общей (суммарной) патологии пародонта в сравниваемых группах (Таблица 3). Отсутствие значимых различий в младшей возрастной группе (18- 24 года), возможно, обусловлено краткосрочностью стажа работы в условиях производственных вредностей.

Таблица 3

Распространённость (в %) заболеваний пародонта в группах сравнения

Возрастная группа	Гингивит			Пародонтит			Всего с заболеваниями пародонта		
	Рабо-чие n=179	Заводо-управ-ление n=37	χ2 P	Рабо-чие, n=179	Заводо-управ-ление n=37	χ2 P	Рабочие, n=179	Заводо-управ-ление n=37	χ2 P
18-24	3/ 15,0	1/ 5,0	11,03; P <0,05	10/ 55,86	2/ 80,0	0,32 P <0,05	13/ 65,0	3/ 50,0	0,72 P <0,01
25-34	6/ 18,25	1/ 14,29	5,42 P <0,05	22/ 68,75	3/ 42,86	8,41 P <0,05	28/ 87,5	7/ 57,14	11,71 P <0,01
35-44	2/ 4,89	1/ 14,29	9,32 P <0,05	36/ 87,80	4/ 57,14	9,25 P <0,05	38/ 92,18	5/ 71,43	6,32 P <0,05
45-54	3/ 5,76	1/ 9,09	6,32 P <0,05	49/ 94,23	8/ 72,73	5,32 P >0,05	52/ 100,0	9/ 81,82	5,81 P <0,05
> 55	0	0		34 /100,0	7/ 87,5	5,61 P >0,05	34/ 100,0	7/ 75,0	6,81 P <0,05
Всего	14/ 7,84	4/ 10,81	8,32 P <0,05	151 /84,36	22/ 59,46	7,23 P <0,05	165/ 92,18	27/ 72,97	16,85 P <0,05

Примечание: в числителе – абсолютная величина; в знаменателе – в %

Увеличение распространённости и интенсивности поражения пародонта в выборке рабочих, подверженных вредным условиям труда и работников заводоуправления наиболее наглядно видна при анализе состояния пародонта по CPITN индексу (Таблица 4).

Как видно из таблицы 4 у обследованного контингента тенденция увеличения распространённости более тяжёлого поражения пародонта при работе

к контакте с производственными вредностями статистически установлена (χ^2 = 23,180; P ≤ 0,01).

Таблица 4

Распространённость (в %) поражения пародонта по кодам CPITN индекса

в группах сравнения

Обследованные	Распространенность кодов CPITN					
	0 здоровые	1 Кровото-чивость	2 Зубной камень	3 Карман 4,5мм	4 Карман >6 мм	X отсутствие
Рабочие вредного производства n=179/100%	3 / 1,67	23 / 12,85	34 / 30,7	72 / 40,22	17 / 9,50	10 / 5,58
Заводоуправление n=37/100,0%	3 / 8,10	15 / 40,54	9 / 24,32	7 / 18,92	2 / 9,73	1 / 3,24
χ^2 = 23,180; P <0,01						

В знаменателе – абсолютное число осмотренных с кодом CPITN; в знаменателе – в %

У рабочих, подверженных вредным условиям труда, достоверно снижается частота секстантов зубных дуг со здоровым пародонтом и увеличивается распространенность секстантов с тяжелым поражением пародонта, включая наличие глубоких зубодесневых карманов.

Таблица 5

Интенсивность поражения пародонта по кодам CPITN индекса

в группах сравнения

Обследованные	Признаки – коды CPITN индекса					
	0 здоровые	1 Кровото-чивость	2 Зубной камень	3 Карман 4,5мм	4 Карман >6 мм	X Отсутст-вующие
Рабочие вредного производства n=179	0,2 ±0,01	1,7 ±0,06	2,0 ±0,09	1,0 ±0,04	0,8 ±0,01	0,3 ±0,01
Заводоуправление n=37	1,2 ±0,05	2,6 ±0,07	1,3 ±0,06	0,4 ±0,02	0,4 ±0,01	0,1 ±0,005
P, достоверность	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

При этом одновременно с распространённостью увеличивается и интенсивность поражения пародонта (Таблица 5). При этом число секстанов с

невысокими значениями поражения пародонта 0 (здоровый) и 1 (кровоточивость) у работников заводоуправления достоверно ($P \leq 0,05$) выше таковых у рабочих вредных специальностей; одновременно у рабочих вредных специальностей зарегистрировано достоверное ($P \leq 0,05$) увеличение числа секстантов, обозначающих тяжёлое поражение пародонта 2 (кровоточивость), 3 (карман 4-5 мм), 4 (карман более 6 мм) и X (отсутствующие) секстанты.

Таким образом, настоящее исследование доказывает значение вредностей нефтеперерабатывающего производства как фактора риска возникновения, развития и тяжести поражения пародонта. Механизм влияния производственных вредностей на поражение пародонта требует дальнейшего анализа.

Промышленные вредности и вредные факторы производственной среды могут быть одним из факторов риска заболеваний пародонта. Важность этого факта заключается не только в необходимости учитывать влияние производственных факторов в диагностическом процессе. Крайне важно для практической стоматологии учитывать также возможность терапии пародонта с учётом особенностей влияния специфических вредностей конкретного производства. Взаимодействие с цеховыми врачами и службой техники безопасности предприятия может быть ключом к терапии патологии, резистентной к обычным терапевтическим вмешательствам.

Обсуждения

Работников нефтеперерабатывающих заводов можно отнести к группе повышенного риска в отношении общего состояния здоровья и здоровья полости рта из-за постоянного воздействия на них производственных вредностей, тяжести и напряженности трудового процесса и постоянного воздействия вредных химических веществ. Здоровье полости рта является важной частью общего состояния здоровья; следовательно, обязанностью семейных врачей, специалистов первичной медико-санитарной помощи, а также стоматологов, работающих с такими пациентами, должно быть обучение их базовым знаниям по профилактике заболеваний полости рта и, таким образом, предотвращению множества проблем со здоровьем. К сожалению, несмотря на достижения

медицинских наук и различных служб первичной медико-санитарной помощи, регулярный скрининг пациентов на предмет гигиены полости рта не проводится. Таким образом, было бы полезно, если бы скрининг системного состояния здоровья сопровождался скринингом гигиены полости рта. Рекомендация для цеховых и семейных врачей поможет укрепить центры первичной медико-санитарной помощи, которые служат первой линией лечения населения.

Настоящее исследование было осуществлено для понимания динамики и закономерностей формирования патологии твёрдых тканей зубов среди рабочих, подверженных воздействию вредностей нефтеперерабатывающих заводов. В настоящее время в Узбекистане стоматологическая помощь оказывается на хозрасчётной основе, таким образом высокая стоимость лечения может препятствовать оказанию квалифицированной медицинской помощи. Результаты настоящего исследования согласовываются с предыдущим исследованием, проведенным среди взрослого населения, доказывающим превалирование удаления зубов взамен более дорогого стоматологического лечения, таким образом, удаление зубов становится преимущественным методом лечения среди профессиональных групп с невысоким уровнем образования и низким уровнем дохода [9].

Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой распространённости пародонтита среди рабочих промышленного предприятия и недостаточном соблюдении ими гигиены полости рта. Эти данные отражают тенденцию прогрессирования патологии пародонта в условиях вредного производства и недостаточного соблюдения гигиены полости рта среди изучаемого контингента. Необходимо отметить, что данная тенденция обнаружена и другими исследователями [8].

Результаты настоящего исследования коррелируют с более ранними исследованиями, проведенным среди рабочих вредных производств, в которых сделан вывод о ухудшения состояния пародонта при работе во вредных условиях труда, при этом наличие патологии пародонта у рабочих связано с низкой гигиеной полости рта [8, 10] В настоящем исследовании многие работники не

обращали внимания на гигиену полости рта и предпочитали чистить зубы только один раз в день. Эти данные совпадают с исследованиями, проведенным среди японских шахтеров в Осаке, где установлено, что у рабочих с низкой гигиеной полости рта выше распространённость патологии пародонта [4]. Такие же данные получены Baishya B. при обследовании состояния гигиены полости рта, практики гигиены полости рта и здоровья пародонта рабочих кирпичной печи в Одише [3].

Это может быть связано с отсутствием знаний о необходимости эффективной чистки зубов. Среди датских рабочих, занятых на производстве хрома, 70 % привычек чистили зубы два раза в день, что свидетельствует о лучшем состоянии пародонта, что контрастирует с нашим исследованием [9]. Среди рабочих каменных рудников установлена связь низкой гигиены полости рта и распространённости кариеса и пародонтита [2].

Очевидно, что рабочие нефтеперерабатывающих заводов могут быть не осведомлены о важности соблюдения гигиены полости рта. Что определяет необходимость обучения и информирования их о здоровом образе жизни и гигиене полости рта для поддержания оптимального здоровья полости рта.

Заключение

Рабочие нефтеперерабатывающих заводов собой особую, замкнутую и высокопрофессиональную группу населения, заслуживающую внимания в связи со здоровьем полости рта и общим здоровьем из-за различных профессиональных и вредностей, с которыми они сталкиваются в своей производственной деятельности. Среди этого контингента отсутствует осведомленность о мерах соблюдения гигиены полости рта, вследствие чего они не используют современные и высокоэффективные средства гигиены полости рта. Результаты этого исследования доказывают необходимость просвещения рабочих переработки нефтепродуктов о необходимости поддержания гигиены полости рта и о неблагоприятном влиянии производственных вредностей на заболевания полости рта на общее состояние здоровья. Эти мероприятия помогут

формированию навыков гигиены полости рта и повысит уровень здоровья полости рта.

Литература/ Reference

1. *Бекжанова О.Е., Ризаев Э.А. Единство системных патогенетических механизмов развития соматической патологии и заболеваний пародонта // Медицинский журнал Узбекистана. - 2019. №3. С. 85-88.*
2. *Бекжанова О.Е., Ризаев Э.А. Персонифицированный подход к терапии генерализованного пародонтита // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии: Сборник научных статей IX региональной научно -практической конференции с международным участием. – Хабаровск, 2019. С. 145-147*
3. *Бекжанова О.Е., Ризаев Д.А., Ризаев Э.А., Олимжанов К.Ж. Интегральная оценка популяционного риска генерализованного поражения пародонта // Российский стоматологический журнал. - 2020. - № 24(5). – С.312 – 317.*
4. *Solanki J, Gupta S, Chand S. Oral health of stone mine workers of Jodhpur city, Rajasthan, India Saf Health Work. 2014;5:136–9*
5. *Baishya B., Satpathy A., Nayak R., Mohanty R. Oral hygiene status, oral hygiene practices and periodontal health of brick kiln workers of Odisha // J Indian Soc Periodontol . - 2019; 23(2):163-167. doi: .4103/jisp.jisp_383_18.*
6. *Abbas I., Mohammad S. A., Peddireddy P. R. Mocherla M., Koppula Y. R., Avidapu R.Oral Health Status of Underground Coal Mine Workers of Ramakrishnapur, Adilabad District, Telangana, India - A Cross-Sectional Study// Dentistry Section DOI. - 2016. – V.10. – ZC28 - ZC31 p..7860/JCDR/2016/15777.7059*
7. *Khodabandeh-Shahraki S, Azizzadeh-Forouzi M, Effects of gradual exposure to carbon dioxide gas on the blood pressure status of workers in coal mines of Kerman province, Iran // ARYA Atherosclerosis Journal.- 2012. - 8(3):149-152.*
8. *Sudhanshu S., Pankaj A., Sorabh J., Nidhi S. Dental Diseases of Acid Factory Workers Globally-Narrative Review Article Iran J Public Health. 2014 Jan; 43(1): 1–5. PMCID: PMC4454044PMID: 26060673*
9. *Carvalho F. C., Godinho M. R., Ferreira A. P. Cardiovascular risk factors among oil refinery workers: ecological study/ Fatores de risco cardiovascular em trabalhadores de uma refinaria de petroleo e derivados: um estudo ecologico // Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. – 2020. - Vol. 18. - Issue 1.*
10. *Ganguli A. K. Letter on Oral Health of Stone Mine Workers // Safety and Health at Work 6 (2015) 75 Available online 24 January 2015*
11. *Rao B V, Suresh Babu A M, Kamalsha S K, Rao M S, Karthik K. Oral health status and treatment needs of Gunj marketing yard laborers of Raichur City, Karnataka. J Pharm Bioall Sci 2017;9:195-200*
12. *Oral Health Survey-Basic Methods. 5 Edition, Geneva, Switzerland: WHO; 2013.*

УДК: 616.314.2-089.819.843-77(575.1)]-614.2/.3

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ИМПЛАНТАТА Implant.Uz

Усмонов Фарход

Целью исследования явилась оценка качества жизни пациентов с дефектами зубных рядов, не замещенными ортопедическими конструкциями, при использовании мостовидных протезов и отечественного имлантат Implant.Uz. для анализа стоматологического здоровья, связанного с качеством жизни пациентов, применяют специальные тесты, каждый из которых предназначен для оценки степени влияния стоматологических проблем на функциональное и социально-психологическое состояние пациентов. Особенно удобны такие короткие версии измерений статуса здоровья, как Oral Health Impact Profile (OHIP-14), имеющие преимущество использования в различных клинических ситуациях. В ходе исследования проводилось анкетирование пациентов с дефектами зубных рядов и заболеваниями пародонта с помощью стоматологического опросника качества жизни Oral health Impact Profile-14 (OhIP-14) до и после лечения.

ключевые слова: имплантация зубов, несъемные ортопедические конструкции, качество жизни.

ASSESSMENT OF CHANGES IN THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DENTITION DEFECTS BEFORE AND AFTER PROSTHETICS AND DENTAL IMPLANTATION USING A IMPLANT Implant.Uz

F.Usmonov

The aim of the study was to assess the quality of life of patients with dentition defects, not replaced by orthopedic structures, using bridges and a domestic implant Implant.Uz to analyze dental health related to the quality of life of patients, special tests are used, each of which is designed to assess the degree of influence of dental problems on the functional and socio-psychological state patients. Especially convenient are such short versions of health status measurements as the Okvd Health Impact Profile (OHIP-

14), which have the advantage of being used in various clinical situations. During the study, patients with dentition defects and periodontal diseases were surveyed using the Oral health Impact Profile-14 (OhIP-14) dental quality of life questionnaire before and after treatment.

Key words: implantation of teeth, fixed orthopedic constructions, life quality.

ИМПЛАНТАЦИЯСИ ЁРДАМИДА ПРОТЕЗЛАШ ВА ТИШ ИМПЛАНТАЦИЯСИДАН ОЛДИН ВА КЕЙИН ТИШ НУҚСОНЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ ХАЁТ СИФАТИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ БАХОЛАШ

Ф.Усмонов

Тадқиқотнинг мақсади кўприксимон протезлар ва имплантациядан фойдаланган ҳолда ортопедик тиш нуқсонлари бўлган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш. Беморларнинг ҳаёт сифати билан боғлиқ тиш соғлиғини таҳлил қилиш учун ҳар бири даражани баҳолаш учун мўлжалланган махсус тестлардан фойдаланилади. Соғлиқни сақлаш таъсири профили (OhIP-14) каби соғлиқни сақлаш ҳолатини ўлчашнинг турли хил клиник ҳолатларда ишлатилишининг афзалликларига ега бўлган қисқа версиялари айниқса қулайдир. Тадқиқот давомида тиш тишлари нуқсонлари ва периодонт касалликларга чалинган беморлар даволанишдан олдин ва кейин оғиз соғлиғига таъсир қилувчи OhIP-14 стоматологик ҳаёт сифати сўровномаси ёрдамида текширилди.

калит сўзлар: тиш имплантацияси, ортопедик тузилмалар, ҳаёт сифати.

Введение. По определению Всемирной организации здравоохранения, качество жизни — это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии. В это понятие включено индивидуальное благополучие в окружающей среде — как физической, так и психологической, работа, образование, социальный успех, а также свобода, возможность свободных действий, справедливость и отсутствие какого-либо угнетения [4].

Приобретенные патологии зубочелюстной системы встречаются практически у 100% населения Республики Узбекистан. К наиболее частым патологиям относятся дефекты зубных рядов [1] и болезни пародонта, которые являются не только причиной ухудшения качества жизни и снижения трудоспособности пациентов, но и причиной ряда соматических заболеваний и их неблагоприятного течения. Как дефекты зубных рядов, так и заболевания пародонта трудно поддаются лечению, ведут к значительному снижению функциональных возможностей зубочелюстной системы, для них характерен длительный период реабилитации. К сожалению, в практике достаточно редко встречается изолированное течение данных патологий, как правило, они протекают сочетано, взаимно утяжеляя друг друга.

В данной работе мы изучили 2 два способа замещения дефектов зубных рядов, в частности замещения дефектов установкой отечественного имплантата Implant.Uz, оценили их результаты как с точки зрения улучшения стоматологического статуса, так и с позиции повышения качества жизни пациентов.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе Ташкентского Государственного Стомалогического Интитута, а также в частной стоматологической клинике «L-Dent». Было осмотрено 30 пациентов с дефектами зубных рядов, не замещенными ортопедическими конструкциями (15 мужчин и 15 женщин), в возрасте от 25 до 75 лет (средний возраст пациентов составил 40 лет). Осмотр проводился дважды: до проводимого лечения и после него. Все пациенты в зависимости от способа замещения дефектов зубных рядов были разделены на 2 группы: 17 пациентам было проведено протезирование с помощью несъемных ортопедических конструкций, оставшимся 13 была проведена имплантация зубов; все пациенты также получали консервативное и, по необходимости, хирургическое лечение заболеваний пародонта. Исследование включало в себя осмотр пациентов, определение стоматологических индексов (КПУ, РМА, ГИ, PI). Также проводилось определение качества жизни пациентов с помощью опросника OHIP-14 [6], который включает 14 вопросов, позволяющих

оценивать влияние состояния полости рта на качество жизни, по следующим критериям: повседневная жизнь, пережевывание пищи, способность общаться. Имелось 5 вариантов ответов, которые варьируют от «очень часто» до «никогда» и оцениваются от 5 до 1 баллов соответственно [7]. Качество жизни пациентов было определено до проводимого лечения. Также проводилось анкетирование с помощью опросника OhIP-14 после лечения.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью Microsoft Office 2010 и программы Statistica 6.0. Статистический анализ фактического материала проводился параметрическими методами, при сравнении независимых выборок применяли t-критерий Стьюдента. Результаты представлены в виде среднего с указанием стандартной ошибки (X±m). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался менее 0,05.

Результаты. При опросе, проводимом до лечения, пациенты первой и второй групп предъявляли жалобы лишь на наличие дефектов зубных рядов и связанные с этим сложности при общении и приеме пищи. Тогда как при осмотре полости рта у всех пациентов помимо дефектов зубных рядов отмечались воспалительные явления, отечность десневых сосочков, гиперемия десны, выраженная кровоточивость. Значения индекса РМА обследованных больных в среднем составляли 44,5±2,7%, PI — 4,67±0,03, зубы имели 1-2-ю степень подвижности. У всех больных выявлены наддесневые и поддесневые зубные отложения. Показатели УИГ составили 1,78±0,12, что соответствовало плохому состоянию гигиены полости рта.

Проведенный анализ анкет и опросников, заполненных пациентами до лечения, показал, что по всем критериям качества жизни, за исключением способности общаться, качество жизни пациентов с заболеваниями пародонта, проходящих имплантацию зубов, было достоверно хуже, чем у пациентов, у которых проводилось протезирование с помощью несъемных ортопедических конструкций (табл. 1).

Зависимость качества жизни пациентов от способа замещения дефектов зубных рядов

Таблица 1

Группы пациентов	Критерий		
	повседневная жизнь	пережевывание пищи	способность общаться
Пациенты, протезирующиеся с помощью несъемных ортопедических конструкций	12,3	6,9	9,2
Пациенты, проходящие имплантацию зубов	15,4	7,6	8,1

Показатели качества жизни до и после замещения дефектов зубных рядов с помощью мостовидных протезов

Таблица 2

Группы пациентов	Критерий		
	повседневная жизнь	пережевывание пищи	способность общаться
До лечения	12,3	6,9	9,2
После лечения	8,9	5,4	8,6

Показатели качества жизни до и после имплантации зубов

Таблица 3

Группы пациентов	Критерий		
	повседневная жизнь	пережевывание пищи	способность общаться
До лечения	15,4	7,6	8,1
После лечения	7,8	5,9	6,3

Зависимость качества жизни пациентов от способа замещения дефектов зубных рядов после проведенного лечения

Таблица 4

Группы пациентов	Критерий		
	повседневная жизнь	пережевывание пищи	способность общаться
Пациенты, протезирующиеся с помощью несъемных ортопедических конструкций	8,9	5,4	8,6
Пациенты, проходящие имплантацию зубов	7,8	5,9	6,3

После проведенного лечения большинство пациентов жалоб не предъявляли. При осмотре полости рта наблюдалось уменьшение гиперемии и отечности десен, снижение кровоточивости, отсутствие патологических десневых карманов, а

также наблюдалось улучшение стоматологических индексов: значения индекса PMA в среднем составляли 24,3±2,2%, PI — 1,11±0,18. Показатели УИГ составили 0,87±0,1, что соответствовало хорошему состоянию гигиены полости рта

Анализ опросников OhIP-14 показал существенное улучшение качества жизни пациентов после проведенного лечения (табл. 2, 3).

Следует также отметить, что пациенты, у которых проводилось замещение дефектов зубных рядов с помощью имплантации, отмечают значительно лучшие показатели по всем критериям качества жизни, чем пациенты с мостовидными протезами.

Заключение. Таким образом, данное исследование показало, что такие заболевание полости рта, как дефекты зубных рядов и болезни пародонта, существенно снижают качество жизни пациентов, отражаясь как на способности принимать пищу и общаться, так и на общем самочувствии людей, и должны рассматриваться не только как медицинская проблема, но и как социальная, поэтому их устранению и профилактике возникновения должно быть уделено большое внимание. При этом из нашего исследования видно, что различные методы лечения по-разному отражаются на качестве жизни пациентов: несмотря на то что протезирование с помощью несъемных ортопедических конструкций значительно улучшает качество жизни пациентов, оно значительно уступает имплантации, при которой критерии качества жизни приближаются к таковым у практически здоровых людей. Поэтому при выборе метода лечения необходимо не только исходить из клинической картины в полости рта, но и принимать в расчет многие другие показатели, которые в дальнейшем могут существенно повлиять на успех проводимого лечения.

Имплантация зубов является наиболее эффективным способом замещения дефектов зубных рядов при сопутствующей патологии пародонта, позволяя пациентам вести полноценную жизнь, не испытывая неудобства, связанного с приемом пищи и общением с людьми. Также главным преимуществом Implant.Uz является низкая стоимость в сравнении с зарубежными аналогами, благодаря чему население Узбекистана может позволить себе лечение адентии имлантатами.

Применение опросников качества жизни на стоматологическом приеме позволяет врачам оптимизировать выбор метода терапии и контролировать процесс лечения, что способствует увеличению эффективности проводимого лечения.

Литература/ Reference

1. *Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. С. 27–28.*
2. *Фабрикант Е. Г., Гуревич К. Г. Возможности применения критериев качества жизни при экспертизе результатов стоматологического лечения // Медицинское право. 2008. № 2. С. 19–22.*
3. *Валидация русскоязычной версии опросника OHIP у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести / Барер Г.М., Гуревич К.Г., Смирнягина В.В., Фабрикант Е.Г. // Стоматология. М. 2007. № 5. С. 27-30.*
4. *Насыров Р.Т., Маннанова Ф.Ф., Новикова Л.Б. Пути улучшения качества жизни у больных с дефектами зубов и зубных рядов в процессе их реаби литации. Медицинский вестник Башкортостана. 2009. Т. 4. № 4. С. 35-38.*

УДК: 616.314.17-008.1: 616.71-007.234

СОСТОЯНИЕ УРОВНЯ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МАРКЕРОВ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

Хасанова Л.Э., Юнусходжаева М.К.

АННОТАЦИЯ

Частота остеопороза в последние десятилетия постоянно увеличивается. При денситометрическом обследовании лиц старше 50 лет в соответствии с критериями ВОЗ остеопороз в Узбекистане выявлен у 36,5-32,1% женщин и 26,9-27,8% мужчин. Все большее внимание к проблеме остеопороза проявляют стоматологи. Для врачей-пародонтологов остро стоит проблема убыли костной ткани альвеолярного отростка челюстей и главной задачей становится замедление ее деструкции для предотвращения потери зубов.

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF MOLECULAR MARKERS OF GINGIVAL FLUID IN PATIENTS WITH PERIODONTITIS AND OSTEOPOROSIS

L.E. Khasanova , M.K.Yunuskhodzhayeva

ABSTRACT

The incidence of osteoporosis has been steadily increasing in recent decades. At densitometric examination of persons over 50 years old in accordance with the WHO criteria, osteoporosis in Uzbekistan was detected in 36,5-32,1% of women and 26,9-27,8% of men. Dentists are showing increasing attention to the problem of osteoporosis. For periodontists, there is an acute problem of bone loss in the alveolar process of the jaws, and the main task is to slow down its destruction to prevent tooth loss.

В настоящее время можно с уверенностью утверждать лишь то, что с уменьшением минерализации скелета усиливаются патологические изменения в пародонте, однако в литературе отсутствуют сведения о взаимосвязи между выраженностью остеопороза всей костной системы и степенью поражения пародонта.

Костная ткань является динамичной системой, в которой постоянно происходит процесс ремоделирования, который включает в себя резорбцию и формирование костной ткани. Одним из новых подходов к оценке процессов ремоделирования костной ткани при пародонтите является исследование нарушения медиаторов межклеточного взаимодействия. Это относится к молекулярным маркерам разрушения периодонтальной связки и альвеолярной кости, участвующих в поддержании хронического воспалительного процесса на уровне зубодесневого соединения.

Цель исследования: определить содержание в десневой жидкости пародонтальных карманов больных хроническим пародонтитом (ХП) про- и противовоспалительных цитокинов (IL-18, IL-17), профиброгенного (MCP) и ангиогенного (VEGF) медиаторов, а также уточнить их значение для оценки процессов воспаления и деструкции в тканях пародонта.

Материалы и методы: Исследование выполнено на базе стоматологической клиники Ташкентского Государственного Стоматологического Института. Проведено обследование 60 больных с диагнозом быстропрогрессирующий пародонтит (34 женщины и 26 мужчины), (I группа – без остеопороза, II – с

остеопорозом). Средний возраст обследованных составил 45,67±9,15 лет. Критерием включения пациентов в исследование являлся возраст от 25 до 65 лет. (таб. 1) Критериями исключения служили наличие тяжелой соматической патологии (сахарного диабета, заболеваний почек и печени) в стадии декомпенсации, иммунодефицитные состояния, беременность, лактация, постменопауза, алкогольная и наркотическая зависимость, отказ от участия в исследовании.

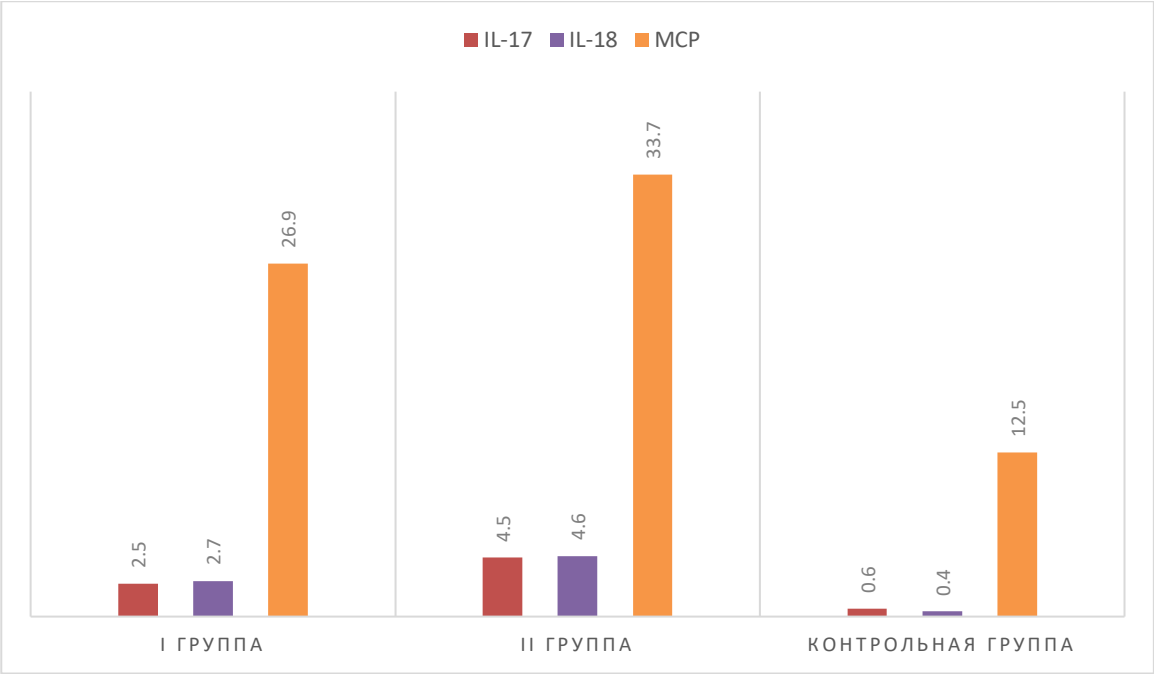
Таблица 1.

№	I группа		II группа		Контрольная группа	
пол	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
n	12	16	14	18	10	9

Изучено содержание IL-17, IL-18, MCP, VEGF методом твердофазного иммуноферментного анализа. Контрольную группу составили пациенты без патологии пародонта – 19 человек (средний возраст – 52,16±9,01 года).

Также использовали клинические индексы: папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (PMA) в модификации C. Parma (1960) и комплексный пародонтальный индекс (КПИ), предложенный П.А. Леусом (1988).

Результаты: Уровень IL-17, IL-18, MCP, VEGF был выше в обеих группах по сравнению со здоровыми лицами, причем у больных II группы достоверно выше, чем у больных без остеопороза. Выявлено, что увеличение содержания в десневой жидкости изучаемых цитокинов коррелировало с тяжестью пародонтита (rИЛ-17 = 0,622; rИЛ-18= 0,574) (рис.1). Выявлена прямая корреляция между повышением уровня провоспалительного ИЛ-18 и глубиной пародонтальных карманов (r=0,623), индексом PMA (r=0,677) и индексом ПИ (r=0,618).



Выводы: Клиническая картина в полости рта у больных с пародонтитом отражала нарушения в метаболизме костной ткани, выявленных при оценке биохимических параметров. Хронический воспалительный процесс в слизистой околозубных тканей приводит к постепенной деструкции кости альвеолярного отростка, формируя патологические зубодесневые карманы. Данные образования служат резервуарами хронической патогенной инфекции, продолжая разрушать прилегающую кость и в конечном итоге, расшатывая зуб. Выявленные нарушения свидетельствуют о необходимости включения в лечебные мероприятия антирезорбентов, для восстановления метаболизма костной ткани альвеолярного отростка. Определение уровня IL-17, IL-18, MCP, VEGF в десневой жидкости является информативным неинвазивным методом, позволяющим мониторировать активность воспалительного процесса в тканях пародонта, оценивать прогноз пародонтита тем самым предотвратить дальнейшее их развитие с прогрессированием воспалительного процесса в тканях пародонта.

Литература/ Reference

1. Цепов Л. М. Нерешенные вопросы этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний пародонта / Л. М. Цепов, А. И. Николаев // Пародонтология. — 2001. — Т. 2, № 1. — С. 28—31.

2. Булгакова А.И. Изменения показателей местного иммунитета десны и ротовой полости больных при лечении хронического пародонтита // Пародонтология. — 2002. — № 1-2(23). — С.55—59.
3. Ковальчук Л.В. и др. Роль цитокинов в механизмах развития хронического воспаления в тканях пародонта//Иммунология. —2004. — № 4. —С. 24—26.
4. Леус П. А. Значение некоторых индексов в эпидемиологических исследований болезней пародонта / П. А. Леус // Стоматология - 1990. - ч.69. - №1. - С. 80-83.__
5. Марченкова Л. А. Остеопороз: достижения и перспективы (материалы Всемирного конгресса по остеопорозу, 15-18 июня2000, Чикаго, США) / Л. А. Марченкова // Остеопороз и остеопатии 2000 - № 3 — С. 2-5.
6. Михалева Л.М., Шаповалов В.Д., Бархина Т.Д. Хронический пародонтит. Клиническая иммунология и морфология. — М.:Триада-фарм, 2004. — 96 с.
7. Мащенко І. С. Запальні та дистрофічні захворювання пародонта : навч. посібник / І. С. Мащенко. — Дніпропетровськ : АРТ–ПРЕС, 2003. — 244 с.
8. Коробкова Л.И., Вельшер Л.З., Германов А.Б. и др. Роль иммуномодулятора галавит в онкологической и хирургической практике//Росс. биотерапевт. журн. —2000. — № 6. — С 87—92.
9.Чеснокова Н.П., Михайлов А.В., Понукалина Е.В. и др. Инфекционный процесс. — М.: Академия естествознания, 2006. — 434 с.
10. Мащенко И. С. Механизмы формирования различной активности остеопороза в костных структурах пародонта больных генерализованным пародонтитом / И. Мащенко, А. Гударьян // Вісн. стоматології. — 2005. — № 2. — С. 41—44.

УДК: 616.89-008.441.13-036.12 + 616.1/9-08

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, ОСЛОЖНЕННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Шамсиев А.Т., Султанов Ш.Х.
Ташкентский Государственный стоматологический институт
Кафедра 3-го терапевтического направления

FEATURES OF THE CLINIC AND TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOLISM COMPLICATED BY SOMATIC PATHOLOGY

Shamsiev A.T., Sultanov Sh.Kh.
Tashkent State Dental Institute
Department of the 3rd therapeutic direction

СОМАТИК ПАТОЛОГИЯ БИЛАН МУРАККАБЛАНГАН СУРУНКАЛИ АЛКОГОЛИЗМ БИЛАН БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Шамсиев А. Т., Султонов Sh.Kh.
Тошкент Давлат Стоматология Институти
3-даволаш йўналиши бўлими

АННОТАЦИЯ

В статье представлены особенности анамнеза и клинического течения хронического алкоголизма (ХА) у 34 пациентов с высокой коморбидностью. В зависимости от клинического течения, тяжести состояния пациентов, переносимости нейролептиков и антидепрессантов, проявлений побочных эффектов, пациентам с ХА и отягощенным соматическим и психологическим статусом проводилась интенсивная терапия, включающая назначение цитофлавина (n=18). Оценка постабстинентного состояния на 10, 20 и 30 дни лечения показала заметное положительное влияние данного препарата на сон и поведение по сравнению со стандартной терапией, что проявлялось сниженным числом срывов и рецидивов основного заболевания в течении 3-6 месяцев после лечения.

Ключевые слова: хронический алкоголизм, коморбидность, постабстинентный синдром, нейролептики, антидепрессанты, цитофлавин.

ANNOTATION

The article presents the features of the anamnesis and clinical course of chronic alcoholism (ChA) in 34 patients with high comorbidity. Depending on the clinical course, the severity of the patients' condition, the tolerability of neuroleptics and antidepressants, the manifestations of side effects, patients with ChA and burdened with somatic and psychological status underwent intensive therapy, including the appointment of cytoflavin (n=18). Evaluation of the post-withdrawal state on days 10, 20 and 30 of treatment showed a noticeable positive effect of this drug on sleep and behavior compared to standard therapy, which was manifested by a reduced number of breakdowns and relapses of the underlying disease within 3-6 months after treatment.

Keywords: chronic alcoholism, comorbidity, post-withdrawal syndrome, neuroleptics, antidepressants, cytoflavin.

АННОТАЦИЯ

Мақолада коморбидлиги юқори бўлган 34 беморда анамнез ва сурункали алкоголизмнинг (СА) клиник кечиши хусусиятлари келтирилган. Клиник курсга қараб, беморларнинг аҳволининг оғирлиги, нейролептиклар ва антидепрессантларнинг толерантлиги, ён таъсирларнинг намоён бўлиши, СА билан оғриган ва соматик ва психологик ҳолат билан оғриган беморлар интенсив терапия, шу жумладан ситофлавинни тайинлаш (н=18). Даволанишнинг 10, 20 ва

30-кунларида олиб ташланганидан кейинги ҳолатни баҳолаш ушбу препаратнинг standart терапия билан таққослаганда уйқу ва хулқ-атворга сезиларли ижобий таъсирини кўрсатди, бу даволанишдан кейин 3-6 ой ичида асосий касалликнинг бузилиши ва қайталанишининг камайиши билан намоён бўлди.

Калит сўзлар: сурункали алкоголизм, коморбидлик, чекинишдан кейинги синдром, нейролептиклар, антидепрессантлар, ситофлавин.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных различным аспектам лечения хронического алкоголизма (ХА), проведенных в последнее время [1-7], проблема по-прежнему остается крайне актуальной и не теряет своей медицинской и социальной значимости.

Целью исследования явилось определение клинических особенностей течения ХА у пациентов с коморбидной соматической патологией.

Материалом исследования были 34 пациента в возрасте 26,5±3,7 года на этапе стационарного лечения ХА. Среди 34 больных ХА с соматической отягощённостью у 10 (29,4%) отмечалось безремиссионное течение алкоголизма, а у 24 (70,6%) – с кратковременными ремиссиями. У большинства больных ХА с соматической коморбидностью регистрировались: наследственная отягощенность - у 22 (64,7%); черепно-мозговые травмы в анамнезе - у 15 (44,1%); преобладали девиации характера по истеро-возбудимому и неустойчивому типу - у 27 (79,4%). Изучение социально-психологических факторов показало, что значительный удельный вес составляли пациенты, выросшие в неполных семьях 11 (32,3%), в условиях гипоопеки, безнадзорности, а также в семьях с низким культурным уровнем - 11 (32,4%). У большинства больных образовательный уровень был невысоким: с неполным средним и со средним – 23 (67,6%), средне-специальным – 8 (23,5%), а высшее и незаконченное высшее имели всего 3 (8,8%) пациента. Среди обследованных выявлена значительная частота одиноких – 15 (44,1%). Большинство пациентов ХА вели асоциальный образ жизни, так, 24 (70,6%) - имели эпизодические заработки и были на иждивении родных.

Алкогольный анамнез также был типичен. Раннее приобщение к психоактивным веществам (ПАВ) – до 15 лет отмечалось у 28 (82,4%) пациентов, раннее приобщение к алкоголю – у 7 (20,6%). Формирование ХА происходило без эпизодического приема у 28 (82,4%) больных. Непрерывность алкоголизации у больных с соматической отягощенностью ХА отмечалась в течение не менее 3-5-лет.

У больных данной группы абстинентный синдром (АС) характеризовался тяжелым и затяжным течением и развивался в течение 6-8 часов после последнего приема алкоголя. АС у больных характеризовался типичной для ХА симптоматикой и выраженностью всех его компонентов. Особенно интенсивными были соматические проявления, а также расстройства сна, вегетативные расстройства, астения, аффективные расстройства с тревогой, дисфорией - у 5 (14,7%) больных, эпизодические психические расстройства – у 7 (20,6%). Эпизодические психические расстройства наблюдались у лиц с отягощенным соматическим статусом. Патологическое влечение у данных лиц носило генерализованный характер, было осознанным.

Продолжительность АС у больных ХА с соматической отягощенностью составляла 12-14 дней.

Из 34 больных у 15 (44,1%) клинические проявления АС расценивались как тяжелые, и они получили интенсивную терапию. С целью купирования АС больным назначалась стандартная терапия: амитриптилин, сибазон (в/в капельные вливания), кетамин в инъекциях и капсулах, ксанакс, галоперидол до 10 мл в сутки, тизерцин в сочетании с сердечными средствами. Для купирования инсомнии - кетилепт на ночь. В случаях, когда АС сопровождался психомоторным возбуждением в течение суток дополнительно назначалось в/в введение тизерцина или аминазина в дозе 1мг/кг веса в 200-400 мл физиологического раствора в сутки в сочетании с кордиамином.

У 18 (52,9%) с соматической отягощенностью больных отмечалась плохая переносимость нейролептиков. Приём амитриптилина также сопровождался побочными явлениями (задержка мочи, временные зрительные нарушения).

У этих больных мы были вынуждены были отменять или снижать дозировки нейролептиков и антидепрессантов до минимальных, что отражалось на клиническом течении АС и его длительности.

У подавляющего большинства больных ХА с соматической отягощенностью отмечались обострения хронических соматических заболеваний, таких как вирусные и токсические гепатиты, энтероколиты, бронхиты и других заболеваний. Постабстинентное состояние у больных с соматической отягощенностью характеризовалось выраженной астенией и сомнолентностью. Все больные начинали предъявлять жалобы на сниженное настроение. Многие (до 84,4%) больных настаивали на прекращении лечения, предъявляли в качестве мотива срочной выписки разнообразные внешние обстоятельства, которые оказывались утрированными или вымышленными, а реальным поводом являлось патологическое влечение к алкоголю. Больные высказывали ипохондрические жалобы, коррелирующие с вегетативной дисфункцией, отмечались многочисленные сенестопатии, тревога, дисфороподобные колебания настроения, психопатоподобные расстройства.

Большинство больных негативно реагировали на необходимость продолжения лечебной программы. Они были крайне настойчивы в просьбах о прекращении лечения, пытаясь активно манипулировать медицинским персоналом и своими родственниками. Патологическое влечение к алкоголю обычно категорически отрицалось, а если и признавалось, то с целым рядом оговорок. Пациенты высказывали антиалкогольные установки, сообщали о своих позитивных и не связанных с алкоголем планах на будущее, одновременно предпринимали попытки организовать доставку алкоголя в отделение. Отражением патологического влечения являлось стремление пациента любыми способами добиться назначения дополнительных психотропных препаратов, с предпочтением производных бензодиазепина, барбитуратов, наблюдалась тенденция к резкому увеличению потребления чая, кофе, возрастания интенсивности курения. Ночной сон пациентов, несмотря на проводимую

терапию, оставался недостаточным по причине частых пробуждений, отсутствия удовлетворённости сном, затруднённого засыпания.

Учитывая неблагоприятную переносимость нейролептиков и антидепрессантов у больных ХА с соматической отягощенностью, встал вопрос о поиске препаратов, которые могли бы быть использованы в постабстинентном периоде с минимальными побочными осложнениями.

В нашем исследовании препаратом выбора стал цитофлавин, в литературе, подчеркиваются его эффективность, переносимость и безопасность.

По методу лечения все 34 больных ХА были разделены на 2 группы: 1 группу составили 16 больных с соматической отягощенностью в комплексную терапию постабстинентных состояний которых был включен препарат цитофлавин. Остальные 18 больных с соматической отягощенностью в комплексной терапии постабстинентных состояний получали стандартную терапию (СТ) и составили 2 группу. По возрасту и срокам давности алкоголизации группы больных существенно не отличались Средний возраст в первой группе составил 26,3±0,54, во второй группе 27,9±0,51. Стаж алкоголизации у пациентов 1 группы составил от 2 до 5 лет - у 6 (37,5%), свыше 5 лет – у 10 (62,5%) пациентов. Во 2 группе – длительность алкоголизации составила у 7 (38,9%) – от 2 до 5 лет, а у 11 (61,1%) пациентов – свыше 5 лет.

Длительность периода наблюдения всех 2-х групп пациентов ХА в постабстинентном состоянии составила 30 дней. Состояние больных оценивалось с помощью трехбалльной шкалы, регистрирующей состояние на 10, 20, 30 день терапии постабстинентного состояния.

Лечение в постабстинентном периоде начиналось на 10-14 день пребывания больного в стационаре, в каждом конкретном случае сроки его начала определялись индивидуальной динамикой острого алкогольного абстинентного синдрома.

Препарат цитофлавин назначался в стандартной дозе по 10 мл на 200 мл физ. раствора внутривенно, капельно в течение 10 дней, затем по 2 таблетки 2 раза в день. Результаты исследования, показывают, что препарат цитофлавин

оказывает положительное влияние почти на все симптомы постабстинентного состояния по сравнению с пациентами, леченых СТ. Пациенты, осведомленные о показаниях препарата, охотно принимали его, в процессе лечения становились более открытыми контакту, возрастала их доброжелательность, повышалась способность к продуктивному взаимодействию с персоналом отделения. В сравнении с лицами, получавшими только СТ, при приеме цитофлавина у пациентов патологическое влечение к алкоголю редуцировалось значительно быстрее, а его редукция была более полной.

Результаты исследования, свидетельствуют, что препарат цитофлавин оказывает заметное положительное влияние на нарушения сна, дисфорию, поведенческие расстройства.

Срывы и рецидивы в течение 3-6 месяцев после лечения показали, что наибольшее количество срывов и рецидивов наблюдалось у пациентов ХА с соматической отягощенностью, леченных лишь СТ. Таким образом, при ХА, осложненной соматической отягощенностью, отмечается более тяжелое и продолжительное течение АС, неблагоприятная переносимость нейролептиков и антидепрессантов. У пациентов, леченных лишь традиционной терапией отмечаются более частые срывы и рецидивы в постабстинентном состоянии. Препарат цитофлавин обладает способностью подавлять компоненты патологического влечения к наркотикам, не вызывает сонливости и вялости, хорошо переносится, совместим со многими соматотропными препаратами, может быть применен для купирования постабстинентных расстройств больных ХА, осложненных соматической патологией.

Литература/ Reference

1. *Бохан Н.А. Коморбидность в наркологии / Н.А. Бохан, В.Я. Семке. -Томск: Издательство Томского университета, 2009. - 510 с.*
2. *Бараненко А.В., Калиниченко О.Б. Оценка качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя (обзор) // Украшений вестник психоневрологи. - 2003. -Т. II, №2. - С. 98-71,*
3. *Винникова М.А., Агибалова Т.В,, Гуревич Г.Л, Мищенко Л.В. Использование ламиктала (ламотриджина) в терапии больных с алкогольной зависимостью: результаты сравнительного исследования. ННЦ наркологии, ПБ №13 МЗ и СР, Москва. №05. 2004, С.56-59.*

4. *Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.И. Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия-СПб: Элби-СПб,2002.-192 с.*
5. *Куприянова И.Е. Качество жизни и превентивная психиатрия / И.Е. Куприянова, В.Я. Семке. - Томск: Изд-во Том. гос. ун-та, 2007. – 186 с.*
6. *Сиволап Ю.П. Злоупотребление алкоголем: диагностические критерии, коморбидные расстройства и возможности терапии // Вопросы наркологии. - 2019. - № 8. - С. 38-39.*
7. *Foster J. H., Marshall E. J., Peters T. J. Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission // Alcohol. Clin. Exp. Res. - 2000. - Vol. 24, № 11. - P. 1687–1692.*

УДК: 616.858-008.6] -07:005.591.1

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕМОТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАРКИНСОНИЗМА В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Хилола Маратовна ДАМИНОВА
к.м.н., доцент, Ташкентская Медицинская Академия
Ташкент, Узбекистан
daminovahilola@gmail.com

КАСАЛЛИКНИНГ ПРОГРЕССИЯСИДА ПАРКИНСОНИЗМНИНГ НОМОТОР КЎРСАТИШЛАРИНИ АНИҚЛАШ

Хилола Маратовна ДАМИНОВА
т.ф.н., доцент, Тошкент тиббиёт академияси
Тошкент, Ўзбекистон
daminovahilola@gmail.com

DETERMINATION OF NON-MOTOR MANIFESTATIONS OF PARKINSONISM IN THE PROGRESSION OF THE DISEASE

Hilola Maratovna DAMINOVA
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan
daminovahilola@gmail.com

АННОТАЦИЯ.

В статье представлены результаты наблюдения 213 больных с БП из них 90(42,25%) женщин, 123(57,75%) мужчин. Пациенты с БП были отобраны в соответствии с международными критериями Британского банка мозга “Parkinson’s Disease Society Brain Bank”. Больным производились МРТ головного мозга. Особое внимание уделено оценке риска формирования болезни Паркинсона, определение модифицируемых и немодифицируемых факторов

риска на уровне врачей первичного звена здравоохранения на ранних стадиях БП. Результаты исследования показали, что выявление ранних биомаркеров премоторной фазы заболевания, важны для ранней диагностики и лечения и их предикторной значимости в прогрессировании БП.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, головной мозг, модифицируемые, немодифицируемые факторы риска.

ABSTRACT

The article presents the results of observation of 213 patients with PD, of which 90 (42.25%) are women, 123 (57.75%) are men. Patients with PD were selected according to the international criteria of the British Brain Bank Parkinson's Disease Society Brain Bank. Patients performed MRI of the brain. Particular attention is paid to the assessment of the risk of Parkinson's disease formation, the definition of modifiable and unmodifiable risk factors at the level of primary health care physicians in the early stages of PD. The results of the study showed that the identification of early biomarkers of the premotor phase of the disease are important for early diagnosis and treatment and their predictive significance in the progression of PD.

Key words: Parkinson's disease, brain, modifiable, unmodifiable risk factors.

АННОТАЦИЯ

Мақолада ПК билан оғриган 213 беморни, шу жумладан 90 (42,25%) аёллар, 123 (57,75%) эркакларни кузатиш натижалари келтирилган. ПК билан оғриган беморлар Британия мия банкининг " Parkinson’s Disease Society Brain Bank " халқаро мезонларига мувофиқ танланган. Беморларга миянинг МРТ текшируви ўтказилди. Паркинсон касаллигининг ривожланиш хавфини баҳолашга, ПКнинг дастлабки босқичларида бирламчи тиббий ёрдам шифокорлари даражасида ўзгартириладиган ва ўзгартирилмайдиган хавф омилларини аниқлашга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, касалликнинг

премотор босқичининг эрта биомаркерларини аниқлаш эрта ташхис қўйиш ва даволаш учун муҳим ва уларнинг ПК ривожланишида прогнозли аҳамияти.

Калит сўзлар: Паркинсон касаллиги, мия, ўзгартириладиган, ўзгартирилмайдиган хавф омиллари.

Актуальность. На сегодняшний день диагностика болезни Паркинсона (БП) основывается на клинических критериях, включающих как моторные, так и немоторные симптомы. Основные моторные проявления БП (гипокинезия, мышечная ригидность, тремор покоя) П связаны с прогрессирующей утратой дофаминпродуцирующих нейронов компактной части черной субстанции (ЧС) среднего мозга. Согласно концепции H.Braak и соав [1,4]. нейродегенеративный процесс при БП первоначально захватывает обонятельную луковицу, переднее ольфакторное ядро, дорсальное ядро вагусного нерва (I стадия), затем он распространяется по мозговому стволу, вовлекая голубое пятно, ядра шва, зоны ответственные за REM-сон (II стадия), и только потом переходит на черную субстанцию полосатого тела (III стадия). Большой интерес для неврологов представляет наличие обонятельных нарушений при нейродегенеративных заболеваниях. БП, как уже говорилось, на самых. Лишь спустя годы происходит вовлечение в патологический процесс нейронов черной субстанции, что и определяет появление характерных для БП двигательных нарушений.

Несмотря на значительный прогресс в изучении данного заболевания, его ранняя диагностика представляет собой непростую клиническую проблему. Диагностика болезни Паркинсона остается сложной проблемой современной неврологии. Несмотря на хорошее знание врачами данной патологии, в ранней стадии БП частота диагностических ошибок даже в условиях профильных специализированных центров двигательных расстройств достигает 10-30%. Заболевание чаще всего проявляет себя после 50 лет, однако нередки случаи дебюта болезни и в более раннем возрасте (с 16 лет). Предполагается, что на возникновение заболевания влияют генетические факторы, внешняя среда (возможное воздействие различных токсинов), процессы старения. Генетические

факторы имеют доминирующее значение при раннем развитии болезни Паркинсона. Большой проблемой ранней диагностики БП во всем мире и в нашей стране остается неэффективность ее выявления врачами первичного звена [2,3]. Неврологическая стратегия – это не только лечебные и профилактические меры, но и комплекс диагностических мероприятий, направленных на раннее выявление БП [5,7]. Замедление прогрессирования заболевания, продление более ранних стадий развития БП будут способствовать снижению инвалидизации, повышению качества жизни пациентов с БП и смертности пациентов. В настоящее время стало ясным, что прогноз становится более благоприятным, чем раньше начинается профилактика и лечение прогрессирования БП на ранних стадиях ее формирования [6,7].

Цель работы – изучить немоторные проявления паркинсонизма в прогрессировании заболевания болезни Паркинсона.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 213 больных с БП из них 90(42,25%) женщин, 123(57,75%) мужчин, Пациенты с БП были отобраны в соответствии с международными критериями Британского банка мозга “Parkinson’s Disease Society Brain Bank”. Для исключения других причин синдрома паркинсонизма больным производились МРТ головного мозга. У пациентов с БП оценивались форма заболевания (акинетико-ригидная, смешанная или дрожательная) и функциональная стадия заболевания (по шкале Hoehn-Yahr). Тяжесть состояния оценивалась по унифицированной рейтинговой шкале БП (*Unified Parkinson's Disease Rating Scale* - UPDRS), стадии заболевания - по функциональной шкале Хен-Яра. Проводилась комплексная оценка общего состояния больных, а также диагностика БП, с целью выявления факторов влияющих на прогрессирование БП в целом: определению основных немодифицируемых факторов риска и немоторных проявлений прогресирования БП, клинико-неврологические исследования, Лабараторные методы исследования, нейропсихологические исследования, магнитно-резонансная томография (МРТ), электроэнцефалография (ЭЭГ), исследование липидного спектра крови, уровни

мочевой кислоты. Всем больным проводилась оценка качества диагностики БП в амбулаторных условиях.

Результаты и их обсуждение. Обследуемые нами 213 пациентов с БП (90(42,25%) женщин, 123(57,75%) мужчин), были разделены на две группы, I группа – с ранним дебютом БП, состояла из 79(37,09%) больных, из которых 31(14,55%) больных с ранним дебютом и с отягощенным семейным анамнезом (СА). II группа – с поздним дебютом БП, состояла из 134(62,91%) больных, с поздним дебютом, из которых 76 (35,68%) больных с поздним дебютом, и с отягощенным семейным анамнезом.

Среди обследованных нами больных выделены следующие формы: Смешанная форма, это 144 (67,61%) пациентов, акинетико-ригидная форма 48(22,54%) и дрожательная форма 21(9,86%). Опасность проблемы БП, состоит в том, что пациенты длительное время наблюдаются терапевтами и специалистами-«не невропатологами», что приводит к позднему выявлению БП, когда возможности терапии исчерпаны. Несмотря на достаточную изученность заболевания, его диагностика часто бывает запоздалой. Одной из причин поздней диагностики является несвоевременное обращение к врачу. Результаты исследования показали, что при анализе обращаемости наших пациентов с БП большинство больных впервые обратились за медицинской помощью в период, когда имелись уже достаточно выраженные проявления заболевания: у 146(68,54%) пациентов отмечалась 2-я стадия болезни с двусторонней симптоматикой, 15(7,04%) находились на 3-й стадии и только 52(24,41%) имели 1-ю стадию БП. По результатам исследования, 54(25,35%) больным диагноз БП не был поставлен в течение 2 лет с момента появления первых симптомов, при этом 25(46,30%) из них обратились к врачу в течение 6 месяцев после развития клинических проявлений. Ранняя диагностика БП затруднительна в силу сходства клинических проявлений на ранних стадиях с эссенциальным тремором, мультисистемной атрофией, прогрессирующим надъядерным параличом и др. Диагноз продромальной стадии БП основывается на наличии/отсутствии факторов риска и продромальных маркеров заболевания.

Для ранней диагностики БП важно выявление немодифицируемых факторов риска таких как: пол - мужчины 123(57,75%), женщины 90(42,25%), причём при раннем паркинсонизме I группа, n=48 (22,54%): мужчины 27(56,25%), женщины 21(43,75%), а во II группа, n=31 (14,55%) СА мужчины 18(58,06%), женщины 13(41,94%). При позднем паркинсонизме III группа, n=58 (27,23%), мужчины 32(55,17), женщины 26(44,83%), IV группа, n=76 (35,68%) СА, мужчины 44(57,89%), женщины 32(42,11%), Возраст дебюта: ранний паркинсонизм (36,71±6,3), поздний паркинсонизм (56,72±5,4). Возраст на момент исследования, годы: ранний паркинсонизм (44,3±9,2), поздний паркинсонизм (62,69±8,3).

Длительность болезни, годы: ранний паркинсонизм (7,59±3,6), поздний паркинсонизм (6,72±4,3). Курение как фактор антириска, у курящих лиц риск заболевания снижается в 1,5-3 раза, причем это снижение имеет дозозависимый характер и пропорционально стажу курения: ранний паркинсонизм никогда не курили 155(72,77%) - I группа, мужчины 14(51,85%), женщины 20(95,24%), а во II группа ранний паркинсонизм СА никогда не курили - мужчины 10(55,56%), женщины 10(55,56%). При позднем паркинсонизме III группа, никогда не курили мужчины 12(37,50%), женщины 23(88,46%). При позднем паркинсонизме IV группа СА, никогда не курили мужчины 34(77,27%), женщины 31(96,88%); Иногда курили 19(8,92%), при раннем паркинсонизме I группа, мужчины 5 (18,52%), женщины не курили, а во II группе СА при раннем паркинсонизме иногда курили мужчины 3(16,67%), женщины не курили. При позднем паркинсонизме III группа, иногда курили мужчины 11(34,38%), женщины иногда не курили, IV группа СА, мужчины и женщины иногда не курили. Постоянно курили 39(18,31%) - при раннем паркинсонизме I группа, мужчины 8 (29,63%), женщины 1(4,76%), а во II группа СА постоянно курили мужчины 5(27,78%), женщины 2(15,38%). Постоянно курили при позднем паркинсонизме III группа, мужчины 9(28,13%), женщины 3(11,54%), IV группа СА, мужчины 10(22,73%), женщины 1(3,85%). Интересно, что дети курящих родителей меньше болеют БП, но это определяется тем, что такие дети в последующем часто курят сами. Употребление кофе (снижают риск заболевания), кофе не употребляют 165(77,46%)- при раннем паркинсонизме I группа, мужчины 19 (70,37%), женщины 9(33,3%), а во II группе СА мужчины 15(83,3%), женщины 8(61,54%). При позднем паркинсонизме III группа, кофе не употребляют мужчины 25(78,13%), женщины 23(88,46%), IV группа СА, кофе не употребляют мужчины 38(86,36%), женщины 28(87,50%).

Кофе употребляют иногда 26(12,21%) - при раннем паркинсонизме I группа, мужчины 5(18,52%), женщины 5(18,52%), а во II группе СА мужчины 2(11,11%), женщины 2(15,38%). Кофе употребляют иногда при позднем паркинсонизме III группа, мужчины 4(12,50%), женщины 1(3,85%), IV группа СА,

кофе употребляют иногда мужчины 4(9,09%), женщины 3(9,38%).

Кофе употребляют постоянно 22(10,33%) - при раннем паркинсонизме I группа, мужчины 3(11,11%), женщины 7(25,93%), а во II группа СА мужчины 1(5,56%), женщины 3(23,08%). Кофе употребляют постоянно при позднем паркинсонизме III группа, мужчины 3(9,38%), женщины 2(7,69%), а в IV группе СА, мужчины 2(4,55%), женщины 1(3,13%) употребляют кофе постоянно.

Наличие отягощенного семейного заболевания: Болезнь Паркинсона у родственников 1й степени родства в I группе– с ранним дебютом БП, встречалась у мужчин 20(64,52%), а у женщин 11(35,48%). Во II группе у родственников 1й степени родства с поздним дебютом БП, состояла из 134(62,91%) больных, из которых мужчин 75(55,97%), а женщин 59(44,03%). С поздним дебютом БП, но с отягощенным СА 76(35,68%) больных БП, из которых мужчин 44(57,89%), а женщин 32(42,11%). Результаты исследования показали, что у родственников 1й степени родства во II группе болезнь Паркинсона встречалась у мужчин 49(64,47%), а у женщин 27(35,53%). Наследственная отягощенность по БП наблюдалась чаще по линии отца у 33(15,49±4,18%), чем по линии матери 17(7,98±5,7%).

У большинства обследованных больных БП с ранним дебютом 57(26,76%) выявлена дизосмия в виде гипосмии (ОИО 16-29 баллов) и аносмии (ОИО <15 баллов), нормосмия 28(49,12%) и 53(24,88%) аносмия. Частота проявления гипосмии 57(26,76%) причём при раннем паркинсонизме I группа, у мужчин 18(66,67%), у женщин 13(61,9%); II группа, ранний паркинсонизм, но с СА гипосмия выявлялась у мужчин 15(83,3%), у женщин 11(84,62%). Выявлено, что при позднем дебюте III группа и IV группа СА гипосмия не выявлялась. Частота проявления аносмии 53(24,88%), причём при раннем паркинсонизме I группа, у мужчин 15(55,56%), у женщин 11(52,38%); II группа, ранний паркинсонизм, но с СА аносмия выявлялась у мужчин 16(88,89%), а у женщин 11(84,62%). Выявлено, что при позднем дебюте III группа и IV группа СА аносмия не выявлялась.

Из нарушения сна выделены: при раннем паркинсонизме - 68(86,08%), а при позднем паркинсонизме - 120(89,55%). При раннем паркинсонизме - трудность

засыпания 31(39,24%), поверхностный сон с частыми ночными пробуждениями 41(51,89%), раннее пробуждение 41(51,89%), чрезмерная дневная сонливость 7(8,86%), ночные кошмары 67(84,81%), нарушение поведения в фазу сна с быстрыми движениями глаз 33(41,77%), синдром беспокойных ног 67(84,81%). Результаты исследования показали, что для врачей первичного звена здравоохранения, важно, с нашей точки зрения, понимание того, что БП начинается не с известных клинических симптомов поражения черной субстанции, а с немоторных проявлений заболевания.

Выводы. Результаты исследования показали, что выявление ранних биомаркеров премоторной фазы заболевания, важны для ранней диагностики и лечения и их предикторной значимости в прогрессировании БП. Ранние премоторные маркера БП, рассматриваются и являются одним из ключевых скрининговых тестов для выявления лиц, имеющих высокий риск развития БП, что позволит выделить группу больных повышенного риска по прогнозированию БП. Обонятельная дисфункция является одним из первых признаков БП.

Литература/ Reference

1. *Баранова Т.С., Иллариошкин С.Н. Когнитивные нарушения при болезни Паркинсона: возможности их диагностики с помощью воксел-ориентированной морфометрии// Неврологический вестник имени В.М.Бехтерева.2011;3:6268.*
2. *Daminova Kh.M. Modern view to optimization of the diagnosis of the course of parkinson's disease.// Журнал «Новый День в Медицине».-Avicenna-MED.UZ.- .-№1(39).-2022-январь-март.-С.115-119.*
3. *Иллариошкин С.Н. Современная концепция двигательных расстройств/ под ред. С.Н. Иллариошкин, О.С. Левина.// Руководство для врачей по материалам IV Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений.-2017.-с.336.*
4. *Braak H. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease / Braak H., Del Tredici K., Rüb U., de Vos R.A.I., Jansen Steur E.N.H, Braak // Neurobiol Aging.–2003–Vol.24–p.197–210.*
5. *Jagadeesan AJ, Murugesan R, Vimala Devi S, et al.Current trends in etiology, prognosis and therapeutic aspects of Parkinson's disease: a review. Acta Biomed. 2017 Oct 23;88(3):249-262.*
6. *Otero J. L. Dementia with Parkinson's disease Clinical diagnosis, neuropsychological aspects and treatment Dementia /Otero J. L. // Neuropsychologia –2018 – December –2(4) – p.261-266*
7. *Poewe W., Seppi K., Tanner C.M. Parkinson disease. Nat Rev Dis Primers 2017;3:17013.*

УДК: 616.61-002.27

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND FREQUENCY OF OCCURRENCE OF PERIODONTAL DISEASES AND ORAL MUCOSA IN PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC KIDNEY DISEASE

Usmanova Shoira Ravshanbekovna
Candidate of Medical Sciences, PhD docent
Tashkent State Dental Institute
Khadzhimetov Abdugaffor Akhatovich
Doctor of Biological Sciences, Professor
Tashkent State Dental Institute
Kamilov Haydar Pazilovich
Doctor of Medical Sciences, Professor
Tashkent State Dental Institute
shoira.usmanova.1980@gmail.com

ANNOTAION

The features of the clinical course and frequency of occurrence of periodontal diseases and oral mucosa in patients suffering from chronic kidney disease were studied. 78 middle-aged men (aged 45 to 59 years) who had been suffering from chronic kidney disease (CKD) for three years or more were examined. Among the examined patients suffering from CKD, 42 had chronic pyelonephritis, 36 had chronic glomerulonephritis. It was revealed that individuals suffering from chronic pyelonephritis and chronic glomerulonephritis have differences in the condition of periodontal tissues, compared with practically healthy individuals of the same age group. Such patients equally often suffer from inflammatory and dystrophic diseases of periodontal tissues, as well as diseases of the mucous membrane of the oral cavity, lips.

Thus, the data obtained indicate the need to improve organizational and dental therapeutic and preventive measures aimed at improving the dental health of people suffering from chronic kidney disease.

Key words: chronic pyelonephritis, cytokines, oral fluid, blood, urine.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ

ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Усманова Шоира Равшанбековна
Кандидат медицинских наук, доцент
Ташкентский государственный стоматологический институт
Хаджиметов Абдугаффур Ахатович
доктор биологических наук, профессор
Ташкентский государственный стоматологический институт
Камилов Хайдар Пазилович
доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский государственный стоматологический институт

АННОТАЦИЯ

Изучено особенности клинического течения и частота встречаемости заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта у больных, страдающих хронической болезнью почек. Обследованы 78 мужчин среднего возраста (возраст от 45 до 59 лет), которые в течение трёх лет и более страдали хронической болезнью почек (ХБП). Среди обследованных больных, страдающих ХБП 42 были больны хроническим пиелонефритом, 36 - хроническим гломерулонефритом. Выявлено, что у лиц, страдающих хроническим пиелонефритом и хроническим гломерулнефритом имеются различий в состоянии тканей пародонта, по сравнению с практически здоровыми лицами этой же возрастной группы. Такие больные одинаково часто страдают воспалительными и дистрофическими заболеваниями тканей пародонта, а также заболеваниями слизистой оболочки полости рта, губ.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, цитокины, ротовая жидкость, кровь, моча.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ПАРОДОНТ ВА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК КЎРИНИШИ ВА ТАРҚАЛИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Усманова Шоира Равшанбековна
Тиббиёт фанлари номзоди, доцент
Тошкент давлат стоматология институти
Хаджиметов Абдугаффур Ахатович
биология фанлари доктори, профессор
Тошкент давлат стоматология институти
Камилов Хайдар Пазилович
тиббиёт фанлари доктори, профессор
Тошкент давлат стоматология институти

АННОТАЦИЯ

Сурункали буйрак касаллиги билан оғриган беморларда пародонт ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларининг клиник кечиш хусусиятлари ва тарқалиши ўрганилди. 78 нафар ўрта ёшли (45 ёшдан 59 ёшгача бўлган) сурункали буйрак касаллиги (СБК) билан уч йил ва ундан кўпроқ вақт давомида азоб чекаётган еркаклар текширилди. Текширувдан ўтган беморларнинг 42 нафари сурункали пиелонефрит, 36 нафари сурункали гломерулонефрит билан оғриган. Сурункали пиелонефрит ва сурункали гломерулнефрит билан оғриган беморларда периодонтал тўқималарнинг ҳолати бир хил ёшдаги деярли соғлом одамларга нисбатан фарқ қилиши аниқланди. Бундай беморлар тенг даражада тез тез периодонтал тўқималарнинг яллиғланиш ва дегенератив касалликлари, шунингдек, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва лаблар касалликларидан азият чекишади.

Калит сўзлар: сурункали пиелонефрит, цитокинлар, оғиз суюқлиги, қон, сийдик.

Relevance

In the last decade, a large number of scientific papers have been published in domestic and foreign literature, which present data on the existing significant relationship and features of the clinical course of major dental diseases with concomitant somatic pathology (M.V. Avdeeva, V.B. Voitenkov, I.G. Samoilova, 2013, F.I. Komarov, A.K. Iordanishvili, 2015; O.A.Belskikh, 2016; J.A. Bastos, C.G. Diniz, M.G. Bastos, 2011; V. Ariyamuthu, K. Nolph, 2013). It should be noted that there are

only a few publications that address the prevalence and features of the clinical course of major dental diseases in kidney diseases (I.K.Lavrov, 2010, V.Ariyamuthu, K.Nolph, B.Ringdahl, 2013). Chronic kidney diseases significantly disrupt homeostasis, which affects the morpho-functional state of the tissues of the oral cavity. Information about the dental status of persons suffering from CKD is presented only in isolated studies (I.K. Lavrov, 2010; L.Y. Orekhova, M.V. Osipova, 2010; O.A.Belskikh, 2016; S. Jain, A. Singla et al., 2014; E. Ioannidou, H. Swede et al., 2014; J. Limeres, J.F. Garcez et al., 2016), and data on the incidence of major dental diseases in such patients in available publications vary significantly. Therefore, it seems important to investigate in a comparative aspect the features of the clinical course and frequency of occurrence of the main dental diseases of the periodontal and oral mucosa in persons suffering from CKD. Many researchers have not fully disclosed the features of the clinical course and frequency of dental diseases in people suffering from CKD.

As many dentists point out, when carrying out dental therapeutic and preventive measures in patients suffering from chronic kidney disease (CKD), it is important not only to ensure the effectiveness of the therapy due to the presence of somatic pathology, but also to prevent complications caused by chronic foci of odontogenic infection (B.G. Alikhanov, I.B. Salmanov et al., 2015; F.I. Komarov et al., 2015; R.G. Craig, P. Kotanko, 2009; F. Fang, B. Wu, 2015).Based on the above, the purpose of this study was to study the features of the clinical course and frequency of occurrence of periodontal diseases and oral mucosa in patients suffering from chronic kidney disease.

Material and methods of research

To conduct this study, 78 middle-aged men (aged 45 to 59 years) who had suffered from chronic kidney disease (CKD) for three years or more were examined. Among the examined patients suffering from CKD, 42 had chronic pyelonephritis, 36 had chronic glomerulonephritis. The control group consisted of 18 practically healthy men.

The examined patients had an oral cavity examination using a dental mirror and a probe. The intensity of dental caries was calculated by the CPI index, the incidence of

caries, non-carious lesions, chronic periapical foci of odontogenic infection, as well as the need for dental treatment and dental prosthetics were expressed as a percentage. To identify chronic periapical foci of odontogenic infection, the conclusions of radiologists were studied, which they established based on the study of orthopantomograms. The frequency of occurrence of periodontal pathology and oral mucosa was expressed as a percentage. The intensity of inflammatory processes in the gum was determined using the iodine number of S. Svrakov, the intensity of the course of periodontal diseases was determined by the KPI index (P.A. Leus, 1976; Yu.V. Chizhov, 2008; T.S. Martyanova, 2009), the hygienic condition of the oral cavity was assessed using the generally accepted index of Yu.A. Fedorov-V.V. Volodkina (L.Yu. Orekhova, M.V. Osipova, 2010; P.V. Lionenko, G.P. Leonenko, 2014).

To study the indicator of secretory immunity of saliva, a laboratory study of oral fluid was performed in patients suffering from CKD. Saliva was taken in the morning from 9.00 to 10.00, according to the following method: the patient rinsed the oral cavity with 100 ml of a warm, pale pink solution of potassium permanganate, then for the next 10-15 minutes the patient collected saliva in a dry test tube - about 7 ml. The content of secretory immunoglobulin A (sIgA) in saliva was determined by enzyme immunoassay using Vector Best kits (Russia). Statistical processing was carried out using the program Statistica for Windows version 7.0. The difference was recognized as reliable with a reliability criterion (t) of at least 2, which corresponds to an error-free forecast of 95.5% and an error probability of no more than 0.05.

Research results and their discussion

During the clinical study, the features of the clinical course and the frequency of dental diseases in patients suffering from chronic kidney disease were studied, and their need for dental treatment and prosthetics was clarified, taking into account the level of dental care provided to them.

The study of the dental status of patients with chronic kidney diseases made it possible to establish the features of the clinical course of the pathology of the hard tissues of the teeth, to assess the level of dental care provided to such patients, as well as to clarify information about the frequency of caries, non-carious lesions of the teeth, the

need for treatment and prosthetics of teeth. In order to improve the accuracy and reliability of the clinical study conducted to study the features of the clinical course of diseases of the hard tissues of the teeth and oral mucosa, the frequency of their occurrence in CKD, at the same time, the dental status of practically healthy individuals (of the same age group and gender) was studied.

Dental examination of middle-aged men included in the control group of the study showed that their incidence of gingivitis and periodontitis was, respectively, 19.8% and 64.9%, with an indicator of the intensity of the course of periodontal diseases (KPI index) of 1.98 ± 0.14 cont. units. In the control group of men, 76.1% of patients needed removal of tartar deposits, and diseases of the mucous membrane of the oral cavity, lips and tongue (SOPRG) they met in 6.4% of cases. The value of the indicators of the Svrakov iodine number was 2.29 ± 0.16 units, the hygiene index was 1.88±0.15 units.

The periodontal status of people suffering from chronic pyelonephritis and chronic glomerulonephritis differed from that of the control group. Thus, a dental examination of middle-aged men suffering from chronic pyelonephritis (CP) showed that their incidence of gingivitis and periodontitis was, respectively, 31.3 and 79.5%, with an indicator of the intensity of the course of periodontal diseases (KPI index) of 2.34 ± 0.15 cont. units. In this group of patients, 92.7% of patients needed removal of tartar deposits, and diseases of the mucous membrane of the oral cavity, lips and tongue (SOPRGiA) were diagnosed in 7.8% of cases. The value of the indicators of the iodine number of Svrakov in persons suffering from CP was 2.28 ± 0.17 units, the hygiene index was 1.94 ± 0.14 units. The frequency of dystrophic lesions of periodontal tissues (periodontal disease) was 4.2%.

People suffering from chronic glomerulonephritis (HCG) have the following indicators of periodontal status. Their incidence of gingivitis and periodontitis was 36.8% and 81.5%, respectively. The indicator of the intensity of the course of periodontal diseases (KPI index) was equal to 2.46 ± 0.17 conl. units. In the group of patients suffering from HCG, 95.1% of patients needed to remove tartar deposits, and diseases of the joint were diagnosed in 9.1% of cases.

The value of the indicators of the iodine number of Svrakov in persons suffering from HCG was 2.34 ± 0.14 conl. units, the hygiene index was 1.91 ± 0.17 conl. units. The frequency of dystrophic lesions of periodontal tissues (periodontal disease) was 4.6%.

Thus, a clinical study of patients suffering from various chronic kidney diseases for more than three years allowed us to establish the features of the periodontal status, as well as the course of periodontal pathology, depending on the nosological form of chronic kidney disease. Thus, in individuals suffering from chronic pyelonephritis and chronic glomerulonephritis, there were differences in the condition of periodontal tissues, compared with practically healthy individuals of the same age group. Such patients equally often suffered from inflammatory and dystrophic diseases of periodontal tissues, as well as diseases of the oral mucosa, lips, where complications were more pronounced in patients.

During the study, it was found that in healthy middle-aged men (control group), the incidence of caries and non-carious lesions of the teeth was -68.2% and 29.8%, respectively. Each examined patient from the control group had 0.74±0.07 teeth with chronic periapical foci of odontogenic infection. The intensity of the course of the carious process according to the CPU index (K - the number of carious teeth, P- filled teeth, Y - removed teeth) in the control group was 13.7 ± 0.89 (K- 2.1± 0.44; P - 7.4±0.61; Y - 2.8±0.31). 64.1% of men in the control group needed dental treatment, 51.3% needed dental prosthetics. The level of dental care in the control group was satisfactory (USP index=51.04%).

The study of dental morbidity in persons suffering from chronic pyelonephritis (CP) and chronic glomerulonephritis(HC) showed that its indicators differed significantly from those obtained during the examination of control group individuals. Thus, the incidence of caries and non-carious dental lesions in individuals suffering from CP and HCG was 81.7% and 90.5%, respectively. At the same time, with CP and HCG, people were more likely to suffer from non-carious lesions of the hard tissues of the teeth (wedge-shaped defects, increased tooth erasure, dental hyperesthesia), respectively, in 31.4% and 34.5% of cases. It was also revealed that for each examined

person suffering from CP and HCG, there were, respectively, 0.67 ±0.05 and 0.59±0.04 teeth with chronic periapical foci of odontogenic infection. So, with CP, the CP index was 12.8± 1.11 (K - 3.7± 1.83; P - 5.3±0.47; Y - 3.2±1.43), and with CP - 13.1±0.91 (K - 3.1±0.24; P - 6.8±0.53; Y - 2.7±0.15). Patients suffering from CP and HC needed dental treatment and prosthetics, respectively, in 71.3% and 54.6% of cases and 74.5% and 57.8% of cases. The index of the USP index for patients suffering from CP and HCG was, respectively, 51.2% and 57.6%.

In general, the study of the dental status of patients suffering from chronic kidney disease showed that the presence of somatic pathology affects both the incidence of pathology of hard tissues of teeth and the clinical picture of the course of major dental diseases. With CP and HCG, with a satisfactory level of dental care, the incidence of non-carious lesions increases, and the need for treatment of pathology of hard tissues and prosthetics of teeth differs from the needs of healthy people of the same age group in dental care. In persons suffering from CP and HCG, the intensity of the course of the carious process increases sharply to 16.4 - 19.3 affected teeth in the direction of increasing the number of carious and removed teeth.

One of the main indicators of the immunity of the mucous membranes is the content of secretory immunoglobulins. It should be noted that the ratio of immunoglobulins in the oral cavity is different than in the blood serum. Secretory antibodies of the oral fluid are immunoglobulins of the IgA and IgM classes and are of local origin. They are produced by plasma cells located under the basement membrane in the connective tissue layer of the mucous membrane — in its own lamina (lamina propria). The main role of IgA class antibodies is to prevent the attachment of bacteria and microbial toxins to the epithelium, the absorption of harmful xenobiotics. sIgA are an important element of the first line of defense against pathogens. Saliva contains much more sIgA than other immunoglobulins: for example, in saliva secreted by the parotid glands, the ratio of IgA/ IgG is 400 times higher than that in blood serum. The data obtained by us indicate a decrease in local immunity of the mucous membranes of the oral cavity, manifested in a decrease in the level of secretory immunoglobulin A in saliva to 0.44 ± 0.02 g/l versus 0.61± 0.06 g/l in healthy individuals in patients with CP.

Indicators of secretory immunoglobulin A in saliva in patients with HCG significantly differed from those of healthy individuals and on average was equal to 0.35 ± 0.03 g/l. It is known that the sIgA level reflects the status of local immunity aimed at the formation of mechanisms of adaptation to stress, to changes in external conditions. A decrease in the level of sIgA, as was noted in patients with CP and HCG in saliva, leads to an increase in the likelihood of pathogenic and conditionally pathogenic microflora in the oral cavity and a decrease in the protective groups of microflora in the oral cavity and, thus, leads to an increase in the activity of inflammatory processes in both periodontal and SOPR.

Литература/ Reference

1. *Avdeeva, M.V. Specifics of risk factor verification and organizational aspects of primary prevention taking into account the age factor / M.V. Avdeeva, V.B. Voitenkov, I.G. Samoilova // Successes of gerontology. - 2013. - Vol. 26., No. 3. - pp. 481 - 486.*
2. *Alikhanov, B.G. Chronic focal infection and modern medicine / B.G. Alizanov, I.B. Salmanov, A.A. Serikov // Donozologiya - 2015.*
3. *Komarov, F.I. New directions in modern gerontology and geriatrics / F.I. Komarov, A.K. Iordanishvili // Medical problems of the elderly. - Yoshkar-Ola: B.I., 2015. - pp. 46-49.*
4. *Lavrov, I.K. The occurrence of concomitant pathology in the elderly at an outpatient dental appointment for the treatment of teeth with complicated forms of caries / I.K. Lavrov // Periodontology. - 2010. - № 2 (55). - P. 37-43.*
5. *Orekhova, L.Yu. The influence of chronic heart failure on the state of microcirculation in the oral cavity and the main indicators of dental health / L.Yu. Orekhova, A.Ya. Gudkova, A.A. Barmasheva // Periodontology. - 2010. - № 2 (55). - C.70.*
6. *Orekhova, L.Yu. The role of a periodontist in the diagnosis of general somatic pathology / L.Yu. Orekhova, M.V. Osipova // Periodontology. - 2010. - № 4 (57). - Pp. 20-25.*
7. *Ariyamuthu, V. Periodontal Disease in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease Patients: A Review / V. Ariyamuthu, K. Nolph, B. Ringdahl // Cardiorenal Med. - 2013. - No. 3. - P. 71 - 78.*
8. *Bastos, J.A. Identification of periodontal pathogens and severity of periodontitis in patients with and without chronic kidney disease. / J.A. Bastos, C.G. Diniz, M.G. Bastos [et. al] //Archives of Oral Biology. - 2011. - № 56 (8). - P. 804 - 811.*
9. *Craig, R. G. Periodontal therapy is associated with decreased risk of developing end-stage renal disease—a study using the Taiwan National Health Insurance Database // Evid. Based Dent. Pract. - 2014. - № 14 (2). - P. 62 - 64.*
10. *Craig, R.G. Periodontitis and the end-stage renal disease patient receiving hemodialysis maintenance therapy / R.G. Craig, P. Kotanko // Compend. Contin. Educ. Dent. - 2009 - № 30(8) - P. 544-549.*
11. *Fang, F. The clinical response and systemic effects of non-surgical periodontal therapy in end-stage renal disease patients: a 6-month randomized controlled clinical trial. / F. Fang, B. Wu, Q. Qu [et. al] //J. Clin. Periodontol. - 2015. - № 42 (6). - P. 537 - 546.*
12. *Ioannidou, E. Periodontitis Predicts Elevated C-reactive Protein Levels in Chronic Kidney Disease / E. Ioannidou, H. Swede, A. Dongari-Bagtzoglou // J. Dent. Res. - 2011. - № 90 (12). - P. 1411 - 1415.*

13. *Ioannidou, E. Tooth loss strongly associates with malnutrition in chronic kidney disease. / E. Ioannidou, H. Swede, G. Fares, J. Himmelfarb //J. Periodontol. - 2014. - № 85 (7). - P. 899 - 907.*
14. *Jain, S. Underlying kidney disease and duration of hemodialysis: an assessment of its effect on oral health / S. Jain, A. Singla, P. Basavaraj, S. Singh, K. Singh, H. Kundy // J. Clin. Diagn. Res. - 2014. - № 8 (5). - P.65 - 69.*
15. *Limeres, J. Early tooth loss in end-stage renal disease patients on haemodialysis. / J. Limeres, J.F. Garcez, J.S. [et al.] // Oral. Dis. - 2016. - № 68 (10). - P. 1125 - 1130.*

УДК: 616.314-002.4-003.231:612.392.69-053.2 (575.111)

СОДЕРЖАНИЯ ФТОРА В НЕ СТИМУЛИРОВАННОЙ СЛЮНЕ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Журабек Диникулов[1,a], Саидмуродхон Муртазаев[2,б], Фаррух Алижонов [3,c]
[1]*ассистент, Ташкентский государственный стоматологический институт*
[2] *доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт*
[3] *студент 3- курса факультет Детская стоматология*
[a]*jurabekdinikulov@gmail.com*, [b]*saidmurodtma@mail.ru*, [c]*alijonovfarrux2000@gmail.com*.

АННОТАЦИЯ

Цели: Цель настоящего исследования изучения физико- химических свойств не стимулированной смещенной слюны детей, проживающих в Ташкентской области

Материалы и методы: Обследованы 118 детей дошкольного возраста (от 4 до 6 лет), проживаюших в 4 районах Ташкентской области, не употребляющие фтор. Концентрацию фтора в слюне оценивали с помощью комбинированного иона специфический фторидного электрода (Элис 131F). pH слюны определяли прямой потенциометрическим активности ионов водорода (pH) с помощью иономера (Иономер лабораторный И-160МИ (ГОСТ 22261-94))

Результаты. Полученные результаты показывают, что pH слюны у детей Аккурганского (6,64+0,06) и Янгиюльского (6,45+0,09) районов достоверно ниже показателей pH слюны Ташкентского района (6,98+0,08).(P>0,05), сравнительный

анализ pH слюны обследованных девочек и мальчиков не выявил различий в концентрации водородных ионов в ротовой жидкости.

Вывод: pH слюны у детей Аккурганского и Янгиюльского районов достоверно ниже показателей pH слюны Ташкентского района, сравнительный анализ pH слюны в зависимости от пола показал отсутствие гендерных различий в концентрации водородных ионов в ротовой жидкости детей ДВ Ташкентской области (P>0,05).

Показатель иона фторида в ротовой жидкости у детей ДВ в зависимости от регионов Ташкентской области не выявил достоверных отличий, составляя в среднем 0,02±0,001, также анализ содержания фтора в зависимости от пола выявил одинаковые средние значения 0,02±0,001 мг/л.

Ключевые слова: фтор, кариес зубов, не стимулированная слюна.

ANNOTATION

Objectives: The purpose of this study is to study the physicochemical properties of non-stimulated whole saliva of children living in the Tashkent region

Materials and methods: 118 children of preschool age (from 4 to 6 years old) living in 4 districts of the Tashkent region who do not consume fluorine were examined. Salivary fluoride concentration was assessed using a combined ion-specific fluoride electrode (ЭЛИС131F). The pH of saliva was determined by direct potentiometric activity of hydrogen ions (pH) using an ion meter (Laboratory ion meter I-160MI (GOST 22261-94))

Results. The obtained results show that the pH of saliva in children from Akkurgan (6.64+0.06) and Yangiyul (6.45+0.09) districts is significantly lower than the saliva pH of Tashkent district (6.98+0.08) (P >0.05), a comparative analysis of the pH of the saliva of the examined girls and boys did not reveal differences in the concentration of hydrogen ions in the oral fluid.

Conclusion: pH of saliva in children of Akkurgan and Yangiyul regions is significantly lower than pH of saliva of Tashkent region, a comparative analysis of

saliva pH depending on gender showed no gender differences in the concentration of hydrogen ions in the oral fluid of preschool children in Tashkent region (P> 0.05).

The indicator of fluoride ion in the oral fluid in preschool children, depending on the regions of the Tashkent region, did not reveal significant differences, averaging 0.02 + 0.001, and the analysis of the fluorine content depending on gender revealed the same average values of 0.02 + 0.001 mg /l.

Keywords: fluoride, dental caries, non-stimulated saliva

АННОТАЦИЯ

Мақсад: Тадқиқотнинг мақсади Тошкент вилоятида яшовчи болаларнинг стимулланмаган сўлагининг физик-кимёвий хусусиятларини ўрганишдир.

Материаллар ва методлар: Тошкент вилоятининг 4 та туманида яшовчи, фтор истеъмол қилмайдиган 118 нафар мактабгача ёшдаги (4 ёшдан 6 ёшгача) болалар текширилди. Сўлакдаги фторид концентрацияси фторид электроди (ЭЛИС 131F) ёрдамида баҳоланди. Сўлак pH қиймати иономер ёрдамида водород ионларининг тўғридан-тўғри потенциометрик фаоллиги (pH) билан аниқланди (И-160МИ лаборатория ион ўлчагич (ГОСТ 22261-94))

Натижалар. Олинган натижалар шуни кўрсатадики, Оққўрғон (6,64+0,06) ва Янгийўл (6,45+0,09) туманларидаги болаларда сўлакнинг pH қиймати Тошкент туманидаги (6,98+0,08) (p >0,05) дан сезиларли даражада паст. Текширилган қиз ва ўғил болалар орасида аралаш сўлак pH даражасида фарқ аниқламади.

Хулоса: Оққўрғон ва Янгийўл вилоятлари болаларида сўлакнинг pH кўрсаткичи Тошкент вилоятидаги сўлакнинг pH даражасидан сезиларли даражада паст, жинсга қараб сўлак pH ни қиёсий таҳлил қилиш мактабгача ёшдаги болаларнинг оғиз суюқлигидаги водород ионлари концентрациясида гендер фарқларини кўрсатмади. Тошкент вилояти (p> 0,05).

Мактабгача ёшдаги болаларнинг оғиз суюқлигидаги фторид ионининг кўрсаткичи Тошкент вилояти ҳудудларига қараб сезиларли фарқларни аниқламади, ўртача 0,02 + 0,001 ни ташкил этди ва жинсга қараб фтор миқдорини таҳлил қилиш бир хил ўртача қийматларни аниқлади. 0,02 + 0,001 мг / л дан.

Калит сўзлар: фторид, тиш кариеси, стимулланмаган сўлак

ВВЕДЕНИЕ. Знание состава слюны важно для функционирования их отдельных компонентов, а также для растущего интереса к диагностике на основе слюны. Многочисленные исследования убедительно доказывают зависимость состояния органов и тканей полости рта от состава и свойств ротовой жидкости. Отражение состояния организма в слюне потенциально может быть использовано для мониторинга общего состояния здоровья, начала и прогрессирования заболевания. Белковые биомаркеры в биологических жидкостях, которые могут быть измерены точно и воспроизводимо, могут предоставить ценную информацию о реакции организма на лечение заболевания или состояния, включая долгосрочный мониторинг заболеваний полости рта. Биомаркеры могут также служить ранним индикатором заболевания, что является многообещающей альтернативой общепринятым пероральным диагностическим подходам.

Интерес обусловлен высокой информативностью водородного показателя, чутко реагирующего на малейшие нарушения кислотно-основного равновесия в полости рта, происходящие под влиянием физиологических и патологических процессов. Сдвиг pH может быть обусловлен алиментарными факторами, профессиональными и экологическими вредностями, использованием средств гигиены и лекарственных препаратов, протезами, пломбами, состоянием макроорганизма. Наиболее актуально изучение вопросов регуляции кислотно-основного баланса в полости рта в плане ранней диагностики и прогнозирования стоматологических заболеваний: кариеса зубов, воспалительных заболеваний пародонта.

Также еще одним индикатором развития кариеса является определение концентрации фторидов в слюне. Реминерализирующее и противокариозное действие фторидов подтверждено многочисленными рандомизированными клиническими исследованиями, имеющими высший уровень научной доказательности. Этому уровню соответствует качество доказательной базы по эффективности и безопасности системных методов фторид профилактики (фторирования воды, соли, молока, приема фторид содержащих таблеток и

капель), которые при низкой стоимости обеспечивают достаточно высокий противокариозный эффект (40-60%). [1,2,3]

Фтор в полости рта играет важную роль. в деминерализации и реминерализации. [4] (Это было показано in vitro, концентрация фторида ниже 2 частей на миллион (105,3 мкмоль/л) в растворе может влиять на деминерализацию и реминерализации эмали и эффект связан с концентрациии фтора в слюне или других окружающих жидкостях поверхности зуба. Наличие фтора в ротовой полости определяется поступлением фтора путем его периодического использования в той или иной форме и факторы, влияющие на удержание (связывание ионов фтора зубному налету, эмали, мягким тканям) и факторы, влияющие на его клиренс (скорость слюноотделения, оральные мышечные движения, есть, пить и др.). Концентрация фтора в слюне является важным предиктором кариеса. Концентрация фтора в слюне может быть индикатором индивидуального риска кариеса. [5]

Уровень фтора в слюне варьируется от 0,01 до 0,10 мг/л в зависимости от содержания фтора в воде и использование фтора в ежедневном рационе человека. Концентрация фтора в слюне, доступная для клинического исследования, значимое влияние на кариостаз невелико, но его наличие может иметь важное значение для предотвращения деминерализации и усиление реминерализации. [6] Многие исследования коррелируют восприимчивость человека к кариесу с концентрацией фтора в слюне. [7]

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено исследование по определению водородного показателя (pH) и концентрацию фтора (F) в слюне детей дошкольного возраста по Ташкентскому, Аккурганскому, Чиназскому и Янгиюльскому районам Ташкентской области. Исследование проведено у 118 детей от 4 до 6 лет, проживающих в Ташкентской области, 21 детей родившихся и постоянно проживающие в Ташкентском, 37 детей в Аккурганском, 45 детей в Чиназском и 15 детей в Янгиюльском регионах.

Концентрация фторидов в воде регионов колебалась от 0,34 до 0,38 ppm.

Был собран образец не стимулированной слюны (1 мл) от каждого из 118 детей, попросив испытуемых наклониться головой вперед, что способствовало скоплению слюны в ротовой полости. Образцы слюны собирались в пластиковые флаконы.

После сбора слюны флаконы ставили вертикально, в ящике для хранения и транспортировались в течение часа в Научно-исследовательский институт санитарии, гигиены и профзаболеваний и хранился при 4ºС до проведения анализа.

Концентрацию Фтор иона в слюне оценивали с помощью комбинации ионов специфического фтора электрода (ЭЛИС 131 F), соединенный с иономером и И160 МИ (ГОСТ 22261-94.). Хранящиеся образцы слюны анализировали в течение недели после коллекции. Их доводили до комнатной температуры (комнатная температуру поддерживали на уровне 25ºС) и обрабатывали буферным раствором БРОИС (Буферный раствор с высокой ионной силой, добавляемый к анализируемому и контрольным растворам для выравнивания их ионной силы). Один миллилитр слюны пипеткой переносили в другой пластиковый флакон и отбирали буферный раствор в соответствии с инструкциями производителя. При измерениях в пробах малого объема (микроизмерениях) использовался стакан с крышкой, в котором имелись отверстия для установки электрода сравнения, термодатчика (термометра) и электролитического ключа. Проба помещалась в полую часть ключа, в нее опускается рабочая часть измерительного электрода. Электрод сравнения погружается в стакан, заполненный насыщенным раствором KCl. Уровень раствора KCl должен быть таким, чтобы обеспечивать надежный контакт с пористой мембраной ключа. При использовании в качестве измерительного прибора иономера нет необходимости и построение граидуировочного графика. В этом случае градуировка осуществляется, как правило, по двум более растворам, согласно инструкции по эксплуатация иономера. Результата граудуровки прибор

заносит в свою память, в дальнейшемпри измерениях производит необходимые расчеты и выводят результаты на десплей. [8].

Для измерения концентрации фторида в слюне по ГОСТ 4386-89 к 1 мл исследуемой жидкости добавляли равное количество буфера, регулирующего общую ионную силу, перемешивали раствор с помощью магнитной мешалки и проводили измерение в соответствии с техническим описанием фторидэлектрода и электрода сравнения. стандартные растворы фторида натрия с концентрациями фторида 1 и 10 мг/дм3.

Результаты и обсуждение. Обычно кислотность смешанной слюны человека равна 6,8–7,4 pH, но при большой скорости слюноотделения достигает 7,8 pH. У детей, в среднем, кислотность смешанной слюны pH равна 7,32.

Водородный показатель является главным естественным регулятором гомеостаза минеральных компонентов эмали: чем он ниже, тем быстрее идет процесс деминерализации.

Сравнительный анализ кислотности смешанной слюны у детей дошкольного возраста по регионам Ташкентской области показал, что колебания средних показателей составляли от 6,45 до 6,98. (Табл.1).

Таблица 1

Физико-химические свойства смешанной слюны детей Ташкентской области дошкольного возраста в зависимости от регионов

Показатель	Ташкентский (21)	Аккурганский (37)	Чиназский (45)	Янгиюльский (15)
Фтор (F)ммоль/л	0,02+0,002	0,02+0,001	0,02+0,001	0,02+0,001
pH	6,98+0,08	6,64+0,06*	6,80+0,03•	6,45+0,09*-

Примечание: * - P<0,05 достоверность относительно показателей детей ДВ Ташкентского района; • - P<0,05 достоверность относительно показателей детей ДВ Аккурганского района; - P<0,05 достоверность относительно показателей детей ДВ Чиназского района

Полученные результаты показывают, что pH слюны у детей Аккурганского (6,64+0,06) и Янгиюльского (6,45+0,09) районов достоверно ниже показателей pH слюны Ташкентского района (6,98+0,08). (P>0,05) (Табл.1).

Проведен также сравнительный анализ pH слюны обследованных девочек и мальчиков. Нами не выявлено различий в концентрации водородных ионов в ротовой жидкости между мальчиками и девочками ДВ Ташкентской области (P>0,05) (Табл.2).

Таблица 2

Физико-химические свойства смешанной слюны детей Ташкентской области дошкольного возраста в зависимости от пола

Ташкентская область (n=118)	**Показатели слюны**	
	pH	**F (мг/л)**
Мальчики (n=63)	6,65±0,04	0,02±0,001
Девочки (n=55)	6,74±0,04	0,02±0,001
Общее (n=118)	6,64±0,04	0,02±0,001

Примечание: * - различия относительно данных группы мальчиков незначимы (P>0,05)

Таким образом, исследования показывают, что уровень водородного показателя несколько ниже общепринятых норм, что возможно имеет определенное значение в деминерализации и развитие кариеса у них.

Минерализующая способность слюны в значительной степени зависит от содержания в ней ионов фтора. В настоящем исследование была обнаружена концентрация фтора в слюне в пределах от 0,0013 до 0,022 ppm для 118 детей, не употреблявших фторид, проживающих в Ташкентской области с содержанием фтора в питьевой воде (0,21±0,09 мг/л). Показатель иона фторида в ротовой жидкости у детей ДВ в зависимости от регионов Ташкентской области не выявил достоверных отличий, составляя в среднем 0,02±0,001. Анализ содержания фтора в зависимости от пола выявил - у мальчиков 0,02±0,001 мг/л, у девочек этот показатель имел те же значения 0,02±0,001 мг/л (Табл.1,2)..

Таким образом, нами не выявлено различий в концентрации водородных ионов, в содержании ионов фтора в ротовой жидкости между мальчиками и девочками основных и контрольных групп (P>0,05), при изучении этих показателей считаем целесообразным воспользоваться средними значениями для детей обеих полов каждой группы.

Выводы:

Полученные результаты показывают, что pH слюны у детей Аккурганского (6,64+0,06) и Янгиюльского (6,45+0,09) районов достоверно ниже показателей pH слюны Ташкентского района (6,98+0,08), Сравнительный анализ pH слюны в зависимости от пола показал отсутствие гендерных различий в концентрации водородных ионов в ротовой жидкости детей ДВ Ташкентской области (P>0,05).

Показатель иона фторида в ротовой жидкости у детей ДВ в зависимости от регионов Ташкентской области не выявил достоверных отличий, составляя в среднем 0,02+0,001, также анализ содержания фтора в зависимости от пола выявил одинаковые средние значения 0,02±0,001 мг/л.

Литература/ Reference

1. *Попруженко,Т.В. Системная фторпрофилактика кариеса зубов: целесообразность и условия безопасного применения / Т.В. Попруженко // Стоматолог. - 2014. - №2. – С. 1317*
2. *Ризаев Ж.А. Хайдаров А.М. Распространённость и интенсивность кариеса зубов у детей, проживающих на территориях экологического риска // Stomatologiya.-2014.-№3-4.-С.10-16.*
3. *Худанов Б.О., Даминова Ш.Б., Йулдошхонова А.С. Эффективность профилактики и метода прогнозирования кариеса зубов у детей //Мед журн. Узбекистана.- 2014.-№6.-С.25-*
4. *Afflitto J, Schmid R, Esposito A, Toddywala R, Gaffar A.Fluoride availability in human saliva after dentifrice use: correlation with anticaries effects in rats. J Dent Res 1992; 71 Spec No: 841-845.*
5. *K.J., Toumba, M.E.J., Curzon. Fluoride concentrations in saliva related todental caries prevalence in primary teeth European Journal Of Paediatric Dentistry 1/2001. P. 15-19*
6. *Bruun C, Thylstrup A. Fluoride in whole saliva and dental caries experience in areas with high and low concentrations of fluoride in the drinking water. Caries Res 1984; 18: 450-456.*
7. *Duckworth RM, Morgan SN, Gilbert RJ. Oral fluoride mea- surements for estimation of the anti-caries efficacy of fluo-ride treatments. J Dent Res 1992; 71 Spec No: 836-840.*
8. *(Электрод Ионоселективный Элис-131F Паспорт ГРБА.418422.015-11 ПС)*

УДК: 665.6/.7-613.6.02:616.31 (575.1)

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РИСКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ РАБОЧИХ БУХАРСКОГО НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ЗАВОДА

Бекжанова О.Е.[1], Адизов М.А.[2]

1. *доктор медицинских наук, профессор,*
2. *ассистент*

Ташкентский государственный стоматологический институт
bekjanovaolga@mail.ru, adizovmiraziz@mail.ru

Аннотация: Изучали распространенность и интенсивность заболеваний пародонта среди рабочих основных профессиональных групп нефтеперерабатывающего производства. Осуществлены массовые стоматологические осмотры у рабочих нефтеперерабатывающего завода г.Бухара. Всего в данном исследовании осмотрено 152 рабочих. Максимальное влияние на тяжесть патологии пародонта у обследованного контингента оказывал стаж работы во вредных условиях труда. Так, при стаже работы до 10 лет распространённость кодов CPI индекса 0; 1-2 и 3-4 составила 13,89%; 72,22% и 13,89%; а у рабочих, проработавших на предприятии более 10 лет – 2,50%; 25,0% и 72,50% (χ^2 = 53,164; P ≤ 0,01). Другие значимые факторы риска пародонтита оказывали достоверное, но менее высокое влияние. Достоверное отрицательное влияние на распространённость тяжёлого течения пародонтита установлено для вредной привычки курения (χ^2 = 17,568; P ≤ 0,01) и вахтового режима работы (χ^2 = 22,943; P ≤ 0,01). работа в условиях производственных вредностей нефтехимического производства вносит существенный вклад в тяжесть поражения пародонта у работающих.

Ключевые слова: вредное производство, нефтеперерабатывающий завод, стоматологическая заболеваемость, ткани пародонта, интенсивность поражений пародонта, риски заболеваний.

Olga Bekjanova, Miraziz Adizov

1. Tibbiyot fanlari doktori, Professor, Toshkent Davlat stomatologiya institute
2. Assistent, Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti
Toshkent, O`zbekiston

bekjanovaolga@mail.ru, adizovmiraziz@mail.ru

Izoh: Biz neftni qayta ishlash sanoatining asosiy kasbiy guruhlari ishchilari orasida periodontal kasalliklarning tarqalishi va intensivligini o'rgandik. Buxoro neftni qayta ishlash zavodi ishchilarini ommaviy stomatologik ko‘rikdan o‘tkazdi. Ushbu tadqiqotda jami 152 nafar ishchi tekshirildi. So'ralgan kontingentda periodontal patologiyaning og'irligiga maksimal ta'sir zararli mehnat sharoitida ish tajribasi bilan ta'minlandi. Shunday qilib, 10 yilgacha bo'lgan ish tajribasi bilan CPI indeks kodlarining tarqalishi 0 ga teng; 1-2 va 3-4 13,89% ni tashkil etdi; 72,22% va 13,89%; korxonada 10 yildan ortiq ishlagan ishchilar uchun esa - 2,50%; 25,0% va 72,50% ($ch^2 = 53,164$; $P \leq 0,01$). Periodontit uchun boshqa muhim xavf omillari sezilarli, ammo ahamiyatsiz ta'sir ko'rsatdi. Chekish ($ch^2 = 17,568$; $P \leq 0,01$) va smenali ish ($ch^2 = 22,943$; $P \leq 0,01$) yomon odatlari og'ir periodontitning tarqalishiga sezilarli salbiy ta'sir ko'rsatdi. neft-kimyo ishlab chiqarishining sanoat xavfli sharoitida ishlash ishchilarda periodontal kasallikning og'irligiga katta hissa qo'shadi.

Kalit so'zlar: xavfli ishlab chiqarish, neftni qayta ishlash zavodi, tish kasalliklari, periodontal to'qimalar, periodontal lezyonlarning intensivligi, kasallik xavfi.

OCCUPATIONAL RISKS OF PERIODONTAL DISEASES AMONG WORKERS OF THE BUKHARA OIL REFINERY

Olga Bekjanova, Miraziz Adizov

1. Doctor of Medicine, Professor, Tashkent State Dental Institute

2. Assistant, Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

bekjanovaolga@mail.ru, adizovmiraziz@mail.ru

Annotaion: We studied the prevalence and intensity of periodontal diseases among the workers of the main professional groups of the oil refining industry. Carried out mass dental examinations of the workers of the oil refinery in Bukhara. A total of 152 workers were examined in this study. The maximum impact on the severity of periodontal pathology in the surveyed contingent was provided by work experience in harmful working conditions.

So, with a work experience of up to 10 years, the prevalence of CPI index codes is 0; 1-2 and 3-4 accounted for 13.89%; 72.22% and 13.89%; and for workers who have worked at the enterprise for more than 10 years - 2.50%; 25.0% and 72.50% (χ^2 =

53.164; P ≤ 0.01). Other significant risk factors for periodontitis had a significant but less significant effect. A significant negative impact on the prevalence of severe periodontitis was established for the bad habit of smoking (χ^2 = 17.568; P ≤ 0.01) and shift work (χ^2 = 22.943; P ≤ 0.01). work in the conditions of industrial hazards of petrochemical production makes a significant contribution to the severity of periodontal disease in workers.

Key words: hazardous production, oil refinery, dental morbidity, periodontal tissues, intensity of periodontal lesions, disease risks.

Рост промышленной активности во всем мире повысил уровень жизни людей, но и привёл к появлению профессиональных вредностей [5,7,8]. Пребывание рабочих во вредной производственной среде отрицательно влияет на показатели системного здоровья и приводит к росту стоматологической патологии [2,5,11,13,16]. Здоровье полости рта является важнейшей составляющей общего здоровья. В полости рта реализуются многочисленные связи между окружающей средой и организмом, при этом в условиях промышленного производства полость рта подвержена с одной стороны прямому воздействию профессиональных вредностей, с другой - стоматологическая патология напрямую зависит от соматической патологии и профессиональных заболеваний.

Наличие и тяжесть стоматологической патологии, детерминированной профессиональными вредностями, зависит от физических, химических и других характеристик профессиональных вредностей и способов их воздействия. Производственные факторы многих производств способны поражать пародонт и слизистую оболочку полости рта [2, 3]. Пародонтит является одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире [4, 12, 14]. Заболевания пародонта являются одной из основных проблем, с которыми сталкивается здравоохранение Узбекистан [1, 2]. Исследования распространенности и тяжести заболеваний пародонта доказывают полиморбидность патологии её обусловленность многими факторами (социально-экономические условия,

наличие и тяжесть соматической патологии, соблюдение гигиены полости рта, вредные привычки, возраст и т.д.). Показан рост заболеваний пародонта у работников с вредными условиями труда [6, 8, 9,10].

Производственная среда является фактором, влияющим на системное здоровье и стоматологическую патологию [13,15]. Существует множество исследований распространённости стоматологической патологии у работников различных производств, доказывающих рост патологии твердых тканей зубов, слизистой оболочки и пародонта при воздействии производственных вредностей [12]. Нефтепереработка является одной из важнейших отраслей промышленности в Узбекистане и мире [5, 8, 11, 14].

Десятки тысяч рабочих трудятся на предприятиях по переработке нефтепродуктов. Во время работы на рабочих воздействуют загрязнения воздуха производственными вредностями, шум, вибрация, неблагоприятный микроклимат, тяжесть и напряженность труда, сменный характер работы в три смены. Воздействие на рабочих производственных вредностей, возникающих при переработке нефтепродуктов приводит к росту соматической патологии различного генеза [12, 14]. Известно, что работа в условиях нефтехимического производства ассоциирована с достоверным увеличением распространённости и интенсивности стоматологической патологии [2, 5, 8].

Что обуславливает необходимость оценки состояния пародонта у рабочих нефтеперерабатывающих производств. Эти данные необходимы для планирования и лечения пародонта рабочих данного производства.

Материал и методы исследований

Осуществлены массовые стоматологические осмотры у рабочих нефтеперерабатывающего завода г.Бухара. Всего в данном исследовании осмотрено 152 рабочих. С этой целью разработана анкета, включающая сведения о социально-демографических характеристиках, соблюдении гигиены полости рта, осведомлённости о здоровье полости рта, а также о состоянии пародонта и соматической патологии. Осмотренным было предложено заполнить анкету. Вопросы анкеты охватывали темы, которые учитывались при анализе данных:

возраст, частота посещения стоматолога, частота чистки зубов щеткой и зубной нитью, наличие рецессии десны, удаление зубов в анамнезе, наличие заболеваний десен и привычки к курению. Исследуемая группа состояла из рабочих, удовлетворяющих критериям включения и исключения. Критерием включения было присутствие рабочих в день обследования. Критерии исключения были следующими: (1) лица, страдающие каким-либо системным заболеванием, (2) лица, не желавшие участвовать в исследовании, и (3) лица с привычкой к бруксизму.

Исследуемую популяцию составили 152 рабочих в возрасте 17–61 год, разделённых на возрастные группы 18 – 24; 24 -34; 35 – 44; 45 – 54 и более 55 лет. Уровень образования представлен только школьным и /или средним специальным. Соблюдение гигиены полости рта оценивалась по частоте ежедневной чистки зубов (раз/день). Учитывалась частота посещения стоматологи в течении года (да или нет). Вредная привычка курения оценивалась по категориям: курящие (выкуривание до 1 пачки в день) и: некурящие. Ожирение измеряли на основе стандартизированного медицинского осмотра. Все рабочие в выбранной группе были проинформированы об опросе до даты опроса, и все рабочие, присутствовавшие в дни опроса, были включены в исследование.

Внутриротовой осмотр проводили при естественном солнечном свете, при необходимости использовали дополнительный источник света. Осмотр ротовой полости проводился с использованием ротовых зеркал и зондов Состояние пародонта оценивали при помощи пародонтального индекса (CPI индексу) в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (WHO) [16]. Внутриротовой осмотр осуществлялся проводился одним врачом при содействии двух ассистентов стоматолога. Чтобы уменьшить межэкспертную изменчивость и повысить согласованность, исследователи прошли обучение на кафедре факультетской терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института.

Результаты исследования были статистически проанализированы с использованием программного обеспечения Statistical Package for the Social

Sciences (SPSS; SPSS Inc., Чикаго, Иллинойс, США), версия 19. Описательная статистика включала вычисление частоты и процентов. Статистический критерий, применяемый для анализа, представлял собой критерий хи-квадрат. Для всех тестов уровень достоверности и уровень значимости были установлены на уровне 95% и 5% соответственно.

Результаты и обсуждение

Все обследованные рабочие, работающие во вредных условиях труда были мужчинами. Работа осуществлялась вахтовым методом (65,13%) и посменно (34,87%). Большинство работников (64,47%) относилось к старшей возрастной группе (более 35 лет), а к молодой возрастной группе – 35,53% рабочих (18–34 года). Большинство рабочих было не квалифицированно и имели только школьное образование (59,21 %), среднее специальное образование имело 40,75% осмотренных. Распределение рабочих по стажу работы было достаточно однородно 47,37% из них имели стаж работы менее 10 лет и 52,63% - более 10 лет. Так же однородной была привычка курения – курили 49,34% осмотренных и не курили соответственно 50,66%. Рабочие редко и нерегулярно посещали стоматолога (80,26%), однако 60,13% чистили зубы хотя бы 1 раз в день (Таблица 1).

Таблица 1

Возрастное распределение и характеристика гигиены полости рта, вредной привычки курения и образование обследованных

Показатель	Градация	Обнаружено	%
1. Возраст, лет	18 - 34	54	35,53
	35-54	42	27,63
	>55	56	36,84
1. Образование	Среднее (школа, ПТУ)	90	59,21
	Среднее специальное (техникум)	62	40,79
2. Стаж работы	1-5	33	21,71

	6-10	39	25,66
	>11	80	52,63
3. Соблюдение гигиены полости рта	Да	79	51,97
	Нет	73	48,03
4. Кратность чистки зубов	1 раз в сутки	92	60,53
	2 раза в сутки	60	39,47
5. Курение	Не курит	77	50,66
	Курит до 1 пачки в день	75	49,34
6. Употребление алкоголя	Да	32	21,05
	Нет	120	78,95
7. Режим работы	Сменный	77	50,66
	Вахтовый	75	49,34
8. Регулярное посещение стоматолога за последние 2 года	Да	30	19,74
	Нет	122	80,26

Большинство рабочих предъявляло жалобы на неудовлетворительные условия труда (Таблица 2).

Таблица 2

Распространённость (в %) и характер жалоб рабочих нефтеперерабатывающего завода на вредные условия труда

№	Наименование вредностей	Обнаружено	%
1.	Высокая температура	62	40,79
2.	Низкая температура	33	21,71
3.	Перепады температуры	97	63,82
4.	Высокая влажность	110	72,37
5.	Неприятный запах	140	92,11

6.	Пары вредных веществ	137	90,13
7.	Задымление	102	67,11
8.	Высокая нагрузка из-за подъема тяжестей	88	57,89
9.	Производственный шум	68	44,73
10.	Вибрация на рабочем месте	71	46,71
	Всего с жалобами:	152	100,0

Результаты опроса о состоянии пародонта представлены в таблице 3.

Таблица 3

Удельный вес (в %) осмотренных с жалобами на патологию пародонта

№	Жалобы	Обнаружено	%
1.	Боли в деснах	45	29,79
2.	Припухлость десен	62	40,79
3.	Подвижность зубов	101	66,45
4.	Кровотечение десен при чистке зубов	74	48,68
5.	Запах изо рта	65	42,76
6.	Парестезии в деснах	44	28,95
7.	Образование пародонтальных карманов и гноетечение из них	92	60,53
8.	Слабость, недомогание, плохой сон, обострение хронических заболеваний	103	67,76
9.	Всего с жалобами	152	100,0

Как видно из представленных в таблице 3 данных большинство рабочих имели те или иные жалобы на патологию пародонта.

Стоматологические осмотры показали, что общая распространенность пародонтита среди обследованных рабочих (1-4 балла по CPI индексу) составила 92,11%, а 7,89% осмотренных не имели патологии пародонта (показатель CPI 0) (Таблица 4).

Массовые осмотры рабочих продемонстрировали влияние возраста осмотренных на распространённость и тяжесть патологии.

Таблица 4

Интенсивность поражения пародонта (по кодам индекса CPI) среди рабочих Бухарского нефтеперерабатывающего предприятия

Характеристика обследованных	Критерии тяжести	Обследовано	Коды CPI индекса			χ^2; P
			1Q2	1-2	3-4	
1. Возраст	18-34	54(35,53)	12(77,27)	32(59,26)	20(18,19)	34,8 p∠0,001
	>35	98(64,47)	-	44(44,90)	54(55,10)	
2. Образование	Среднее	90(59,21)	6(66,67)	28(31,11)	56(62,22)	0,973 p∠0,05
	Среднее специальное	62(40,79)	6(9,68)	22(35,48)	34(54,84)	
3. Стаж работы	До 10 лет	72(47,37)	10(13,89)	52(72,22)	10(13,89)	53,164 p∠0,001
	Более 11 лет	80(57,63)	2(2,5)	20(25,0)	58(72,5)	
4. Кратность чистки зубов	1 раз в день	92 (60,53)	3 (3,26)	36(39,13)	53(57,4)	7,443 p∠0,05
	2 раза	60 (39,47)	9(15,1)	24(26,67)	27(45,0)	
5. Курение	Нет	77(50,66)	5 (6,49)	34(44,16)	38(49,35)	175,68 p∠0,01
	Да	75(49,34)	7 (9,33)	10(13,33)	58(77,33)	
6. Режим работы	Сменный	53(34,57)	2 (3,79)	23(143,4)	28(38,36)	22,943 p∠0,01
	Вахтовый	99(65,13)	10(10,1)	10(10,10)	79(79,80)	

7. Регулярное посещение стоматолога	Да	30(19,74)	12(33,33)	11(33,33)	10(33,33)	33,32 p∠0,01
	Нет	122(80,26)	2(1,64)	56(45,90)	64(52,46)	

Так, в молодой возрастной группе (от 18 до 35 лет) распространённость здорового пародонта (показатель CPI 0) была максимальной – 22,22% при этом здоровый пародонт отсутствовал в более старшей возрастной группе (старше 36 лет); соотношение частоты распространённости показателя CPI от 1 до 2 балла в сравниваемых возрастных группах составило 59,26% и 44,90%; показатель CPI от 3 до 4 чаще встречался в возрастной группе более 36 лет – 55,10% и в младшей – 18,29%; в целом у осмотренных установлена достоверная тенденция увеличения распространённости более тяжелого поражения пародонта с возрастом (χ^2 = 34,24; P ≤ 0,01).

Интенсивность поражения пародонта (по кодам индекса CPI) среди рабочих Бухарского нефтеперерабатывающего предприятия.

Сравнительная оценка не выявила значительного влияния уровня образования на тяжесть CPI индекса (χ^2 = 0,973; P ≥ 0,05).

Необходимо отметить, что максимальное влияние на тяжесть патологии пародонта у обследованного контингента оказывал стаж работы во вредных условиях труда. Так, при стаже работы до 10 лет распространённость кодов CPI индекса 0; 1-2 и 3-4 составила 13,89%; 72,22% и 13,89%; а у рабочих, проработавших на предприятии более 10 лет – 2,50%; 25,0% и 72,50% (χ^2 = 53,164; P ≤ 0,01). Другие значимые факторы риска пародонтита оказывали достоверное, но менее высокое влияние. Достоверное отрицательное влияние на распространённость тяжёлого течения пародонтита установлено для вредной привычки курения (χ^2 = 17,568; P ≤ 0,01) и вахтового режима работы (χ^2 = 22,943; P ≤ 0,01).

При этом регулярное посещение стоматолога и чистка зубов чаще 2 раз в день оказывают достоверное положительное влияние на снижение частоты тяжелого поражения пародонта. Так, при чистке зубов 2 раза в день частота обнаружения кодов CPI индекса 0; 1-2 и 3-4 составила 15,00%; 26,67% и 45,00% против соответствующей распространённости, а у рабочих чистящих зубы 1 раз 3,26%; 39,13% и 57,61%, (χ^2 = 7,443; P ≤ 0,05); аналогичное соотношение распространённости кодов CPI индекса 0; 1-2 и 3-4 у рабочих в зависимости от регулярности посещения стоматолога составило 33,33%; 33,33% и 33,33% против 1,64%; 45,90% и 52,46% (χ^2 = 22,943; P ≤ 0,01).

Уровень жизни населения неуклонно повышается благодаря внедрению нового, более совершенного оборудования и автоматизации производства. Однако, до настоящего времени признается факт того, что производственная деятельность является причиной многих профессиональных рисков [8]. Нефтеперерабатывающая промышленность является одной из важнейших отраслей в мире [13]. Исследования о влиянии работы на нефтеперерабатывающих заводах на состояние здоровья касаются, как правило, системных патологий [11]. Сведения о состоянии полости рта рабочих этих производств единичны [5]. Из-за ограниченности данных возникают трудности при обобщении и сравнении результатов разных исследований в сопоставимых группах. В этом настоящем исследовании оценено состояние пародонта рабочих нефтеперерабатывающего предприятия во взаимосвязи с производственными условиями и общепринятыми факторами, определяющими тяжесть патологии.

В литературе нами обнаружено только одно исследование, ориентированное на работников нефтехимического производства и на шахтеров. Автором определены патогенетические механизмы развития патологии пародонта [4]. Полученные нами результаты распространённости пародонтита сопоставимы с данными Кабировой М.Ф. 2011г.

В настоящем исследовании установлена прямая зависимость тяжести поражения пародонта от возраста осмотренных (χ^2=34,24; P≤0,01), соблюдения гигиены полости рта (χ^2 = 7,443; P ≤ 0,05), курения (χ^2 = 17,568; P ≤ 0,01) и посещения

стоматолога (χ^2 = 22,943; P ≤ 0,01). При этом наиболее высокая корреляционная взаимосвязь (χ^2=53,164; P≤0,01) тяжести пародонтита установлена со стажем работы во вредных условиях (более 10 лет), а также режима работы вахтовым методом (χ^2 = 22,943; P ≤ 0,01). Таким образом, работа в условиях производственных вредностей нефтехимического производства вносит существенный вклад в тяжесть поражения пародонта у работающих. Глобальная распространённость патологии пародонта и отсутствие его контроля делает проблему заболеваний пародонта особенной актуальной [1, 2, 10, 14].

Современные данные указывают на то, что производственные и социально-гигиенические факторы играют роль в патогенезе заболеваний пародонта. В условиях промышленного производства, крайне важно понимание уровня вклада различных факторов (производственных, социально-бытовых, вредных привычек и т.д.) в развитие заболевания и уровень восприимчивости работающих. Такие исследования могут быть решающими в установлении путей оптимизации персонализированной терапии патологии пародонта у этого контингента.

Литература/ Reference

1. *Бекжанова О.Е., Ризаев Д.А., Ризаев Э.А., Олимжанов К.Ж. Интегральная оценка популяционного риска генерализованного поражения пародонта // Российский стоматологический журнал. - 2020. - № 24(5). – С.312 – 317.*
2. *Бекжанова О.Е., Ризаев Э.А. Единство системных патогенетических механизмов развития соматической патологии и заболеваний пародонта // Медицинский журнал Узбекистана. - 2019. №3. С. 85-88.*
3. *Бекжанова О.Е., Ризаев Э.А. Персонифицированный подход к терапии генерализованного пародонтита // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии: Сборник научных статей IX региональной научно -практической конференции с международным участием. – Хабаровск, 2019. С. 145-147*
4. *Кабирова М.Ф. Оптимизация профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний у работников, подвергающихся воздействию факторов химической этиологии (на примере нефтехимического производства): Автореф.дис. ...д-ра мед.наук. – Казань ,2011. – 42с.*
5. *Abbas I, Mohammad SA, Avidapu R. Oral health status of underground coal workers of Ramakrishnapur, Adilabad District, Telangana, India - across-sectional study // J ClinDiagn Res. 2016;10:ZC28–31.*
6. *Abbas I., Mohammad S. A., Peddireddy P. R. Mocherla M., Koppula Y. R., Avidapu R.Oral Health Status of Underground Coal Mine Workers of Ramakrishnapur, Adilabad District, Telangana, India - A Cross-Sectional Study// Dentistry Section DOI : – 2016. – V.10. – ZC28 - ZC31 p..7860/JCDR/2016/15777.7059*
7. *AttaqwaY., Mahachandra M., Heru Prastawa H. Analysis of benzene exposure considering workers characteristic in the oil and gas industry // International Conference on Advanced*

Mechanical and Industrial engineering IOP Conf. Series: Materials Science and Engineering 909 (2020) 012059 IOP Publishingdoi:10.1088/1757-899X/909/1/012059
8. *Cavalcanti AFC, Fernandes LHF, Cardoso AMR, Santos JSJ, Maia EG, Cavalcanti AL. Oral health status of Brazilian workers of a textile industry// Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2017;17(1):e3454.*
9. *Cengiz, M.İ., Zengin, B., İçen, M. et al. Prevalence of periodontal disease among mine workers of Zonguldak, Kozlu District, Turkey: a cross-sectional study // BMC Public Health 18, 361 (2018). https: doi.org/10.1186/s12889-018-5304-1*
10. *Chowdary SM, Sudhir KM, Reddy VC, Kumar RVVSK, Srinivasulu G. Oral impacts on daily performances in white-collar port workers in Nellore, India- a cross-sectional study//Int Marit Health. 2016; 67(4):205–13.*
11. *Darwish M.M.M, Zayet H.H., Alhaj M.S. Elghazally S.A. HealtH Hazards and some Correlates among oil refinery Workers // Egyptian Journal of Occupational Medicine, 2020; 43 (3): 761 – 776.*
12. *Janakiram C., Mehta A., Venkitachalam R. Prevalence of periodontal disease among adults in India: A systematic review and meta-analysis // J Oral Biol Craniofac Res. Oct-Dec 2020; 10(4):800-806. doi: 10.1016/j.jobcr.2020. 10.016. Epub 2020 Oct 27.*
13. *Michael AB Naafs Occupational Diseases in the Petrochemical Sector and Offshore Upstream Petroleum Industry // Progress Petrochem Sci. – 2018. - Volume – 2. – P.190 -196.*
14. *Nazir M., Al-Ansari A., Al-Khalifa K., Alhareky M., GaffarB. , Almas K. Global Prevalence of Periodontal Disease and Lack of Its Surveillance // 'e ScientificWorld Journa. – 2020. - Volume 2020, Article ID 2146160, 8 pages https://doi.org/10.1155/2020/2146160*
15. *Singh M, Ingle NA, Kaur N, Yadav P, Ingle E, Charania Z. Dental caries status and oral hygiene practices of lock factory workers in Aligarh City// J Int Oral Health. 2015;7(6):57–60.*
16. *WHO Expert Group on Equipment and Materials for Oral Care (EGEMOC). The periodontal probe for use with the Community Periodontal Index of Treatment Needs // Oral Health Surveys-Basic Methods 5 th edition. World Health Organization. 2013;(19):47.*

УДК: 616.74-022-002.4]-616.379-008.64-616-055.2-08

ГАНГРЕНЫ ФУРНЬЕ У БОЛЬНОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Сайфиддин Рисбаевич Баймаков[1], Гульчехра Ештаевна Тастанова[2], Сейдамет Шевкет-оглу Юнусов[3], Алена Григорьевна Иванисова[4], Сара Равшановна Шаниева[5]

1 – д.м.н., доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт
2 – к.м.н., доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт
3 – старший преподаватель, Ташкентский государственный стоматологический институт
4 – гинеколог, Республиканский Перинатальный Центр
5 – студентка, Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан

FOURNIER GANGRENE IN A PATIENT WITH DIABETES MELLITUS (case report)

Sayfiddin Risbaevich Baymakov[1], Gulchekhra Eshtaevna Tastanova[2], Seydamet Shevket-oglu Yunusov[3], Alyona Grigorevna Ivanisova[4], Sarah Ravshanovna Shanieva[5]

1 - MD, DSc, assistant professor, Tashkent State Dental Institute
2 - MD, PhD, assistant professor, Tashkent State Dental Institute
3 - MD, senior lecturer, Tashkent State Dental Institute
4 - MD, gynecologist, Republic Perinatal Center
5 – student, Tashkent State Dental Institute
Tashketn, Uzbekistan

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРДА ФУРНЬЕ ГАНГРЕНАСИ (АМАЛИЁТДАН ОЛИНГАН ҲОЛАТ)

Сайфиддин Рисбаевич Баймаков[1], Гульчехра Ештаевна Тастанова[2], Сейдамет Шевкет-оглу Юнусов[3], Алена Григорьевна Иванисова[4], Сара Равшановна Шаниева[5]
1 – т.ф.д., доцент, Тошкент давлат стоматология институти
2 – т.ф.н., доцент, Тошкент давлат стоматология институти
3 – катта ўқитувчи, Тошкент давлат стоматология институти
4 – гинеколог, Республика Перинатал Маркази
5 – талаба, Тошкент давлат стоматология институти
Тошкент, Ўзбекистон

АННОТАЦИЯ

Несмотря на развитие хирургии, гангрена Фурнье остается опасной хирургической патологией и считается малоизученной. Встречаемость ежегодно растет. Этиологические факторы многообразны, а возбудители могут быть как аэробы, так и анаэробы. Самым подверженным к данной патологии категория пациентов, больные страдающие сахарным диабетом, почечной недостаточностью и алкоголизмом. Гангрена Фурнье не зависит от возраста пациентов, не зависит от эндемической зоны. Встречаемость среди мужчин и женщин значительно отличается, случаи среди женщин составляет менее 1% от всех известных и описанных случаев гангрены Фурнье. Современные методы диагностики и лечение позволяют значительно снизить осложнения и летальность от данной патологии.

Ключевые слова: гангрена Фурнье, сахарный диабет, инфекция мягких тканей.

ABSTRACT

Despite the development of surgery, Fournier's gangrene remains a dangerous surgical pathology and is considered poorly understood. The incidence is growing every year. Etiological factors are diverse, and pathogens can be both aerobes and anaerobes.

The category of patients most susceptible to this pathology, patients suffering from diabetes mellitus, renal failure and alcoholism. Fournier's gangrene does not depend on the age of the patient, does not depend on the endemic zone. The incidence among men and women differs significantly, cases among women are less than 1% of all known and described cases of Fournier's gangrene. Modern diagnostic methods and treatment can significantly reduce complications and mortality from this pathology.

Key words: Fourunier gangrene, diabetes mellitus, infection of soft tissues.

АННОТАЦИЯ

Жарроҳлик ривожланишига қарамай, Фурнье гангренаси хавфли жарроҳлик патологияси бўлиб қолмоқда ва тўлиқ ўрганилмаган деб ҳисобланади. Касалликнинг аниқланиш усуллари ҳар йили ўсиб бормоқда. Этиологик омиллар хилма-хил бўлиб, патогенлар ҳам аэроблар, ҳам анаэроблар бўлиши мумкин. Ушбу патологияга энг кўп мойил бўлган беморлар тоифаси қандли диабет, буйрак этишмовчилиги ва алкоголизм билан оғриган беморлар ҳисобланади. Фурнье гангренаси беморнинг ёшига боғлиқ эмас, эндемик зонага боғлиқ эмас. Эркаклар ва аёллар ўртасидаги касалланиш сезиларли даражада фарқ қилади, аёлларда Фурнье гангренасининг барча маълум ва тавсифланган ҳолатларининг 1% дан камроқини ташкил қилади. Замонавий диагностика ва даволаш усуллари ушбу патологиядан асоратларни ва ўлим даражасини сезиларли даражада камайтириши мумкин.

Калит сўзлар: Фурнье гангренаси, қандли диабет, юмшоқ тўқималар инфекцияси.

Гангрена Фурнье характеризуется некротизирующим фасциитом, который охватывает наружные половые органы, промежность и перианальную область. Гангрена Фурнье входит в число заболевании, которые мало изучены и редко встречается в практике врача. На базе PubMed.gov (Национальный центр биотехнологической информации) описывается около 4 тыс. случаев в рукописях незначительно превышающее число 1000. Первые случаи описания отражаются в трудах Гиппократа. В 1883 году Жан Альфред Фурнье спонтанную фудроянтную

гангрену половых органов у мужчин, предраспологающий фактор был сахарный диабет и выделил 2 критерия, это внезапное начало и прогрессирующее течения болезни [1].

По данным мировой статистики в США ежегодно отмечается от 900 до 1000 случаев гангрены Фурнье. На 100 000 мужчин в популяции в год гангрена Фурнье встречается в 1,6 случаев, что меньше чем 0,02% всех госпитализации. В.М. Тимербулатов и соавт. Дают данные, что частота гангрены Фурнье составляет 0,09%. T. Eskitascioglu и соавт. Дают сведения, что частота гангрены Фурнье составляет 0,35%. По данным многих других авторов частота гангрены Фурнье: 1 случай на 7500, 1 случай на 5300, 0,04 случая на 1000 случаев всех острых хирургических заболеваний [2].

Описаны случаи гангрены Фурнье как у новорожденного, так и в 90 летнем возрасте. По данным большинства источников, соотношение мужчин и женщин составляет 10:1. Более 70% пациентов – это пациенты старше 55 лет. В литературе имеются данные, что мужчины составили 90%, женщины – 57 10% больных гангрены Фурнье. Соотношение мужчин и женщин в среднем было 9,2:1. Низкая заболеваемость ГФ у женщин объясняется анатомическими и гигиеническими особенностями промежности и наружных половых органов [2]. Женщины заболевают значительно реже [2, 3, 4], встречаемость составляет не более 1% от всех случаев заболевания [5]. По данным H.Yanar (2006) дает сведения о единичных случаях среди женщин.

Наружные половые органы у обоих полов формируются из полового бугорка и клоакальной щели: задний (задний проход) и передний (мочеполовая щель. Наружные половые органы представлены половым бугорком мочеполовой щели и двумя парами складок, охватывающих ее. Внутренние называются половыми складками, внешние - половыми валиками. С 4-го месяца эмбриональной жизни начинается дифференцировка наружных половых органов. У мужского зародыша под действием выделяемых семенником андрогенов половой бугорок растет, и из него развиваются головка, а позднее - пещеристые тела полового члена. Половые складки, окружая мочеполовое отверстие,

распространяются на нижнюю часть полового бугорка, образуют уретральную бороздку. Края половых складок, срастаясь вдоль уретральной бороздки, формируют мочеиспускательный канал, вокруг которого из мезенхимы полового бугорка формируется пещеристое тело уретры. Половые валики у мужчин, соединяясь по всей протяженности, образуют кожную часть мошонки. А у женщин, половой бугорок обращается в клитор. Половые складки разрастаются и превращаются в малые половые губы, ограничивающие с боков мочеполовую щель, которая открывается в мочеполовую пазуху. Дистальная часть половой щели становится шире и превращается в преддверие влагалища, куда открывается женский мочеиспускательный канал. Отверстие влагалища к концу внутриутробного развития становится шире. Половые валики увеличиваются и превращаются в большие половые губы, в которых накапливается значительное количество жировой ткани, затем они прикрывают малые половые губы [6].

Заболеваемость гангрены Фурнье не связана с сезонными колебаниями и эндемичными регионами, несмотря на это имеются данные, где отмечается более высокая заболеваемость гангрены Фурнье в странах Азии и Африки, чем в Европе и США [2,7].

Основными возбудителями гангрены Фурнье считаются streptococcus spp., staphylococcus spp., bacillus gangreanasus, e.coli, p. aeruginosa. Причиной гангрены Фурнье чаще всего бывает гнойные заболевания, травматизация кожи полового члена, мошонки, промежности с дальнейшим их инфицированием, а также различные заболевания аногенитальной зоны, такие как парафимоз или баланопостит, абсцессы наружных женских половых органов, криминальные аборты, пирсинг половых органов, эпиляция, травмы с инфекционными осложнениями, перинеотомия, симфизиотомия [2,3,4].

Клиника гангрены Фурнье проходит продромальный период, от 1 до 7 дней, далее начинается характеризуется повышением температуры тела, боль и отеки в области гениталии, эритема, после чего наступает гангрена мягких тканей гениталии [1-7].

Учитывая, тот факт, что не встретили клиническое описание данной патологии у женщин, мы хотели поделиться случаем из практики лечения пациентки с гангреной Фурнье.

Ниже приводим клиническое наблюдение из собственной практики в соответствии этическим стандартам Хельсинской декларации всемирной медицинской ассоциации (2000 г.).

Больная А.З., 70 лет, поступила в отделение эндокринологии Многопрофильной клиники ТМА в экстренном порядке. Больная была госпитализирована в связи с высокими показателями глюкоза крови (24,5 ммоль/л). Сахарный диабет в анамнезе в течении 30 лет, регулярно получает инсулин короткого и пролонгированного действия.

Учитывая жалобы, боли, гиперемия, в области наружных половых органов, уплотнение и отек в области в/3 бедра справа и в правой половине ягодицы, а также в нижних отделах передней брюшной стенки, отмечала повышение температуры тела до 38,4^{o}С. Больная была осмотрена гинекологом и хирургом. В анамнезе, больная в домашних условиях 10 дней назад проводила эпиляцию в области гениталии, после чего спустя 5 дней отметила появление уплотнения, отека, и гиперемии в области гениталии, на 7 сутки присоединилась боль и повышение температуры тела. Уплотнение и отек начали распространяться в выше указанные области.

Локальный статус: в области правой срамной губы отмечается образование, возвышающееся над кожей, размерами 6х5 см, локализуется на 2 см кнаружи от края половой губы, плотной консистенции, резко болезненная, деформируется правую половую губу, вокруг отмечается выраженная гиперемия, отек и уплотнение распространяется до нижних отделов передней стенки живота, правой ягодицы и в/3 правого бедра. Per rectum: дефектов стенки прямой кишки не выявлено, пальпируется плотное образования прилегающая к правой передне-верхней стенке прямой кишки, болезненное.

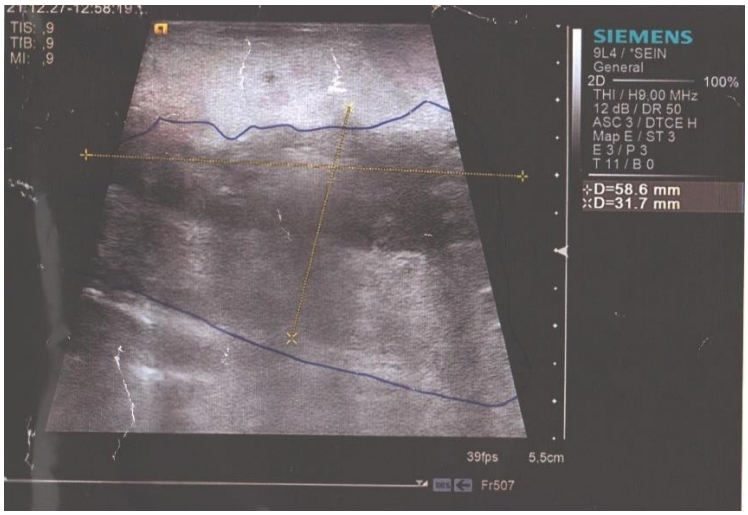
Изменения в лабораторных и инструментальных исследованиях в динамике.

Общий анализ крови: лейкоциты – 13,2-12,0-12,5-11,0-9,8-9,5-9,6-8,0х10^{9}/л.

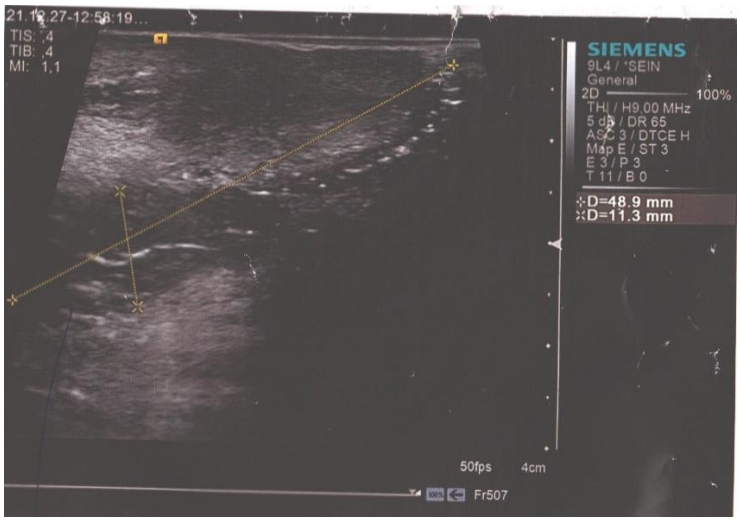
Биохимия крови: глюкоза после еды – 26,5-23,5-22,3-20,1-19,5-19,0-16,6-14,5 ммоль/л; глюкоза до еды – 24,5-20,5-19,1-19,0-16,8-15,2-12,6-9,5 ммоль/л.

Коагулограмма: фибриноген – 4,92-4,85-4,79-4,01 г/л; тромботест – 7-6-6-5; МНО – 1,25-1,25-1,22-1,18.

УЗИ мягких тканей: в проекции мягких тканей промежности на глубине 4 см образование с неровными и не четкими контурами, размерами 58х31 мм, в правой ягодичной области, в области в/3 правого бедра и в нижних отделах передней стенки живота имеется выраженная инфильтрация рисунок 1 а, б.



1а



1б

Рис. 1 а,б. УЗИ мягких тканей промежности

Гинеколог: per vaginum: дефектом и свищевых ходов не выявлено. Вывод: инфекция мягких тканей промежности.

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных, больной выставлен диагноз «*Основной:* Гангрена Фурнье. *Конкурирующий:* Сахарный диабет 2 тип, тяжелое течение».

Под местной анестезией выполнена вскрытие патологического участка, размерами до 10 см, выделилась густая гнойная масса до 100 мл со зловонным запахом. Ткани черного цвета, легко ранимы. Выполнена некроэктомия, санация и дренирование промежностной области.

В течении 10 дней проводилась перевязка 2 раза в день, с тщательной санацией (антисептиками, ферментативными препаратами и антибиотиками) и ликвидацией некротизированной ткани. В области отека и уплотнения в окружающих тканях ставили повязку с противоотечным и противовоспалительным компрессом. Также больная получала гипогликемическую (для коррекции уровня глюкозы в крови доза инсулина короткого действия достигала до 90 Ед в сутки, а пролонгированного действия до 40 единиц в сутки), комбинированную антибактериальную, антикоагулянтную и улучшающую реологию крови терапию.

Послеоперационная рана заживала вторичным натяжением.

Бактериологическое исследование № 305.

Заключение: Staphylococcus haemoliticus.

Полное выздоровление с затягиванием тканей и восстановлением физического состояния пациентки наступила через 65 дней.

Таким образом, гангрена Фурнье требует междисциплинарного подхода – совместное лечение хирургов, гинеколога, эндокринолога. Своевременное хирургическое лечение, коррекция обменных процессов организма способствует избегания грозных осложнении и летальности. В виду редкости данной патологии у женщин и недостаточности информации диагностики и лечения, на сегодняшний день гангрена Фурнье у женщин остается проблематичной и требует тщательный сбор анамнеза и локального смотра, проведение бактериологического

исследования для правильной постановки диагноза и выбора индивидуального подхода в лечении.

Благодарность

Данный случай из практики поддержан администрацией и сотрудниками отделения хирургии Многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии.

Литература/ Reference

1. *Прохоров А.В. Гангрена Фурнье. История вопроса, терминология, эпидемиология, предрасполагающие факторы, этиология и патогенез: обзор литературы. Журнал "Экспериментальная и клиническая урология" Выпуск №4, 2015. С. 76-85.*
2. *Privolnev V.V., Zabrosaev V.S., Danilenkov N.V. FOURNIER'S GANGRENE (REVIEW). Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2014, Т. 13. №3. С. 47-55.*
3. *Sergatskiy K.I., Nikol'skiy V.I., Mitroshin A.N., Ivachev A.S., Kachkurkina Yu.I., Sheremet D.P. Fournier gangrene: surgeon's view of the problem's current state (a review of literature). Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki = University proceedings. Volga region. Medical sciences. 2021;(3):43–57. (In Russ.). doi:10.21685/2072-3032-2021-3-5.*
4. *Chernyadev S.A., Ufimtseva M.A., Ushakov A.A., Nikolaeva K.I. FOURNIER'S GANGRENE The problems of dentistry. 2017. Vol. 13, №4. P. 87-81.*
5. *Привольнев В.В., Плешков В.Г., Козлов Р.С., Савкин В.А., Голуб А.В. диагностика и лечение некротических инфекции кожи и мягких тканей на примере гангрены Фурнье. Амбулаторная хирургия. 2015. 3-4 (59-60). С. 50-57.*
6. *Герасимович Г.И. Онтогенез и врожденные аномалии женских половых органов. Учебно-методическое пособие. Минск БГМУ. 2010. С. 1-60.*
7. *Prokhorov A.V. The modern view of Fournier gangrene. Pacific Medical Journal. 2017. №1. P. 5-9.*

УДК: 616.594.173-03-07-085

ЭРИТРОДЕРМИЧЕСКАЯ ФОРМА КРАСНОГО ВОЛОСЯНОГО ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ДЕВЕРЖИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

[1]Мухамедов Б.И., [2]Курбанов О.Ж., [3]Колдарова Э.В.

[1]Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан 100047, Республика Узбекистан, г. Ташкент ул. Махтумкули д.103

[2]Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница, Ташкент, Узбекистан 100001, Республика Узбекистан, г. Ташкент ул. Нукус проезд д.14

[3] Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, Ташкент, Узбекистан 100102, Республика Узбекистан, г. Ташкент, ул.Фарабий д.3А

ERYTHRODERMIC FORM OF PITYRIASIS RUBRA PILARIS (DEVERGIE`S DISEASE): (CLINICAL CASE)

[1]Mukhamedov B.I., [2]Kurbanov O.J., [3]Koldarova E.V.
[1] Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan
Mahtumkuli str., 103, Tashkent, 100047, Republic of Uzbekistan
[2] Republican Dermatovenereologic Clinical Hospital, Tashkent, Uzbekistan
Nukus driveway str., 14, Tashkent, 100001, Republic of Uzbekistan
[3] Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Dermatovenereology and Cosmetology, Tashkent, Uzbekistan
Farabiy str., 3A, Tashkent, 100102, Republic of Uzbekistan

АННОТАЦИЯ

Красный волосяной отрубевидный лишай Девержи является редким хроническим папулосквамозным дерматозом неясной этиологии. Дано краткое описание этиологии, патогенеза, клиники и лечения болезни Девержи. Приведено описание случая трансформации процесса, дебютировавшего как токсикодермия, в острую, эритродермическую форму болезни Девержи. Отмечен быстрый регресс высыпаний при назначении комплексной терапии, включающей неотигазон.

Ключевые слова: красный волосяной отрубевидный лишай, Болезнь Девержи, эритродермия, системные ретиноиды.

ABSTRACT

Pityriasis rubra pilaris (Devergie`s disease) is a rare chronic papulo-squamous dermatosis of unknown etiology. A brief description of the etiology, pathogenesis, clinic and treatment of Devergie's disease is given. A case of transformation of a process that debuted as toxicoderma into an acute, erythrodermic form of Devergie's disease is given. A rapid regression of rashes was noted with prescribing complex therapy, including neotigazon.

Key words: pityriasis pilaris, Devergie's disease, erythroderma, systemic retinoids.

Красный волосяной отрубевидный лишай/ болезнь Девержи (БД) — редкое воспалительное, хроническое папулосквамозное заболевание, характеризующееся красными узелками с мелкими чешуйками величиной с булавочную головку, расположенными возле отверстий волосяных фолликулов. Частота встречаемости БД среди дерматозов составляет 0,03—1,3% [4,10]. Заболевание было описано

известным парижским дерматологом A. Devergie в 1857 г. под названием *pityriasis pilaris* [19].

БД встречается во всем мире без пристрастия к полу или этнической принадлежности. Этиология и патогенез БД остаются неизвестными, хотя существует несколько известных гипотез, могут играть роль метаболические нарушения и соматические заболевания [6], дисфункция кератинизации или метаболизма витамина А, аутоиммунные механизмы, аномальные иммунологические триггеры, такие как инфекция или ультрафиолетовое воздействие, при наличии признаков фото-триггерных и/или фотоактивированных случаев или травм [14]. Ранее БД рассматривался как дерматоз с аутосомно-доминантным типом наследования (6,5% случаев), однако в последние 10—15 лет заболевание считают гетерогенным, включающим не только генетически обусловленную аутосомно-доминантную, но и спорадическую (приобретенную) формы (с пиками в период с первого по второе и с пятого по шестое десятилетие жизни), которые клинически и гистологически идентичны [4,14]. Спорадическая форма характеризуется острым началом чаще у лиц старше 50 лет, быстрым распространением и развитием эритродермии, более частым поражением ладоней, чем подошв. Провоцирующими факторами выступают инсоляция, ожоги, травмы, прививки [4], прием лекарственных препаратов, например, противолейкозных цитостатиков, противовирусных средств (селективные ингибиторы протеазы) и др. [18]. БД может носить паранеопластический характер, чаще при новообразованиях органов дыхания [12,15]

На основании распространенности процесса и характера течения выделяют три формы заболевания: диссеминированную, локализованную (ладонно-подошвенную) и эритродермическую. Встречаются и стертые формы, особенно при локализации на кистях, в области коленных и локтевых суставов, а также на лице. В прогностическом плане эритродермическая форма отличается прогрессирующим течением и торпидностью к проводимой терапии.

Типичной локализацией дерматоза является разгибательная поверхность пальцев, носогубная складка, волосистая часть головы. Патологический процесс

представлен фолликулярными остроконечными папулами конической формы с характерными роговыми шипиками – «конусы Бенье», покрытые беловато-сероватыми чешуйками, с перифолликулярной эритемой, окружающих стержень волоса. Такая форма узелков формирует патогномоничный симптом «терки» – ощущение шероховатой поверхности при пальпации. При БД отмечается кирпично-красная или желтовато-красная окраска высыпаний. Заболевание может начинаться как остро, так и постепенно, протекает длительно; иногда наблюдаются неполные ремиссии, сменяющиеся обострением процесса. [1]. Обычно высыпания появляются на верхней половине туловища в виде эритематозных пятен или одной бляшки и распространяется вниз [3,5,7,11,13,17]. Дебютирует БД с эритемосквамозных очагов на лице и питириазиформного шелушения волосистой части головы, которые сопровождаются зудом различной интенсивности, что может имитировать себорейный дерматит. Клиническая картина со временем меняется, в результате слияния элементов. Процесс распространяется и постепенно на коже туловища бляшки образовывают сплошной инфильтрат или эритродермию. Эритродермия при БД весьма узнаваема, так как на фоне сплошной эритемы определяются характерные участки непораженной кожи, как бы «погруженные» в окружающую гиперемию. Данный симптом представляет собой наличие небольших участков кожи, имеющей здоровый вид, монетовидной формы диаметром около 1 см, разбросанных на эритродермическом фоне на любом участке кожного покрова. Шелушение имеет неоднородный характер: чешуйки на верхней половине тела мелкопластинчатые, на нижней – чаще крупнопластинчатые. Фолликулярный гиперкератоз на тыльной поверхности фаланг пальцев кистей (симптом Бенье), наблюдаются в 50% случаев. [5,7,9]. На ладонях и подошвах развивается более или менее выраженный гиперкератоз. Со временем ногти утолщаются, становятся серо-желтого цвета, ногти как бы сдавлены с боков, поперечная, реже продольная исчерченость и помутнение ногтевых пластин, а также резко выраженный подногтевой гиперкератоз, ломкость ногтевых пластинок [8,11]. Волосы редеют и истончаются. У многих больных отмечаются очень характерные изменения на

коже лица, которая в таких случаях значительно краснеет, кажется натянутой, муковидно шелушащейся, иногда развивается эктропион. На слизистой оболочке полости рта очень редко обнаруживаются единичные узелковые элементы. Больных беспокоит чувство стягивания, при остром течении – болезненность кожи, преимущественно в области суставов.

Диагностика эритродермической формы БД основывается на клинических признаках и патоморфологических данных - фолликулярный гиперкератоз с гнездами паракератоза над сосочками, неравномерный акантоз, вакуольнная дегенерация базального слоя. Незначительный инфильтрат дермы, состоящей из лимфоцитов, нейтрофилов и немногочисленных тучных и плазматических клеток, располагается преимущественно вокруг умеренно расширенных сосудов и волосяных фолликулов [8,11].

В лечение БД препаратами первого выбора являются [2]: системные – ретиноиды (ацитретин 0,5-0,75 мг/кг/день), метотрексат (10-25 мг в неделю, в/м или per os); тройная антиретровирусная терапия (при ассоциации с ВИЧ) [16]; Физиотерапия – фотохимиотерапия (топическая или ПУВА), экстракорпоральный фотоферез. Местно – эмоленты, кератолитики (салициловая кислота, мочевина), витамин Д3 (кальципотриол).

Препаратами второго выбора являются: системные – азатиоприн (100-150 мг/день), циклоспорин А (5 мг/кг/день), эфиры фумаровой кислоты, антагонисты фактора некроза опухоли-α. Физиотерапия – ультрафиолетовая фототерапия А1, В или узкополосная (311нм). Местно – глюкокортикоиды (средней и высокой степени активности); аналоги витамина А (тазаротен).

При торпидном течении и в случае развития эритродермии применяют цитостатики. Метотрексат в дозе 7,5—25 мг в неделю в течение 6—8 нед; азатиоприн 150 мг/сут. Также используют преднизолон, ПУВА- и Ре-ПУВА-терапию. Наружно назначают стероидные кремы, мази, масляной концентрат витамина А, 0,1% тигазоновый крем.

Приводим наш пример

Больной Р., 1968 г.р, гражданин Казахстана, в начале февраля 2022 г. был госпитализирован в стационарное отделение Республиканской кожно-венерологической клинической больницы МЗ РУз (РКВКБ) с жалобами на высыпания на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся сильным, упорным зудом.

Anamnesis morbi. Считает себя больным с середины декабря 2021 г., когда впервые появились зудящие высыпания на коже туловища, при обращении к гастроэнтерологу с жалобами на тяжесть в правом подреберье, вздутие и урчание живота, склонность к запорам, потерю 7-8 кг за последние 3 года, общую слабость. Начало заболевания связал с нарушением диеты. При первичном обращении к гастроэнтерологу на основании жалоб, анамнеза, УЗИ органов брюшной полости. Был выставлен диагноз - Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью неполная ремиссия. Хронический катаральный гастрит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

При консультации дерматологом в КВД по месту жительства был поставлен диагноз «Аллергический дерматит», рекомендовано: общий анализ крови, биохимический анализ крови, ИФА крови на витамин Д, HBsAg, HcVAg, ВИЧ, на лямблии и аскариды. Было назначено: антигистаминные (дезлоратадин), сорбент (лактоцил), наружно – крем вегтазон (мометазон) и крем на димедроле.

По результатам анализов: ИФА на HBsAg – положительный (27.12.2021); HcVAg, ВИЧ – отрицательный (27.12.2021); ИФА на лямблии и аскариды (29.12.2021)– в крови обнаружены аскариды; ИФА на витамин Д -7,5 нг/мл 48,44 (30-100) (27.12.2021). ЭГФДС от 14.01.2022: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы глубиной 2,0 см. Пептический рефлюкс-эзофагит н/3 пищевода. Диффузный катаральный гастрит. Умеренно выраженная деформация луковицы 12 перстной кишки, свободно проходимая прибором 0,7 см. Послеязвенный рубец 0,5х0,5 см на передние стенки луковицы 12 перстной кишки с катаральным воспалением, покрытая фибрином.

При повторной консультации гастроэнтерологом установлен диагноз: впервые выявленный хронический вирусный гепатит В, аскаридоз кишечника. Рекомендовано – противоглистная терапия, гепатопротекторы, желчегонные, витамин Д; анализ на я/г после лечения.

В связи с увеличением зуда, отсутствием эффекта от лечения в январе 2022 года обратился к другому дерматологу с жалобами на высыпания, зуд и шелушение в течение 1 месяца. Был поставлен диагноз – «Токсикодермия». Рекомендовано – раствор дексаметазон 12 мг в/в капельно №5, 8 мг № 5; антигистаминные (фексофенадин 120 мг), наружно – топическая глюкокортикостероидная мазь (афлодерм). В связи с отсутствием эффекта от лечения и прогрессированием высыпаний был госпитализирован в РКВКБ МЗ РУз.

Anamnesis vitae: рос и развивался соответственно полу и возрасту в благоприятных социально-бытовых условиях. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ, детские инфекции. Сопутствующие заболевания: хронический панкреатит с экскреторной недостаточностью, неполная ремиссия. Хронический катаральный гастрит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Хронический вирусный гепатит В, в стадии ремиссии. Наследственность не отягощена, кровное родство между родителями исключает. Аллергических реакций на прием лекарственных средств и продуктов питания не отмечено. Операции, донорство, вредные привычки отрицает. У стоматолога в течение последних 6 месяцев не был, за рубеж не выезжал.

Status praesens: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, температура тела 36,8ºС. Сознание ясное. Ориентирован в месте и времени. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Костно-суставная и мышечная системы без особенностей. Дыхание везикулярное, частота дыхательных движений 18 в 1 мин, границы сердца в пределах нормы, частота сердечных сокращений 76 в 1 мин, артериальное давление 130/80 мм рт. ст., аускультативно - шумов нет. Язык обложен белым налетом. Границы печени выходит из-под края реберной дуги на 1 см, при пальпации безболезненна. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Status localis. Кожно-патологический процесс на коже носит распространенный хронический, воспалительный характер, локализуется преимущественно на коже лица, верхней части туловища, верхних конечностях и характеризуется полиморфными высыпаниями. На коже туловища и конечностей высыпания представлены папулами ярко-красного цвета диаметром до 0,5 см с тенденцией к слиянию. На коже лица на фоне эритемы наблюдались чешуйки и корочки, а в области передней поверхности шеи и декольте на пораженной коже — серо-коричневые плотные чешуйки (рис. 1).

Рисунок 1. Больной Р. Папулы ярко – красного цвета диаметром до 0,5 см с тенденцией к слиянию на коже туловища и конечностей. На коже лица на фоне эритемы чешуйки и корочки, в области шеи и декольте - серо-коричневые плотные чешуйки.

Figure 1. Patient R. Bright red papules up to 0.5 cm in diameter with a tendency to merge on the skin of the trunk and extremities. On the skin of the face - scales and crusts on erythema background, in the neck and neckline - gray-brown dense scales.

При пальпации боковых поверхностей туловища выявили симптом «терки». На фоне сплошной эритродермии имелись "островки" здоровой кожи, так называемые «белые окна» (рис. 2).

Рисунок 2. Тот же пациент. На фоне сплошной эритродермии имелись "островки" здоровой кожи. называемые «белые окна».

Figure 2. The same patient. Continuous erythroderma on the background of, there were "islands" of healthy skin, the so-called "white windows".

В области ладоней и подошв выявлены гиперкератоз, более выраженный в области подошв, многочисленные болезненные трещины. Лимфатические узлы не пальпировались. Дермографизм красный. Субъективно — интенсивный зуд.

Диагноз при госпитализации – Красный волосяной отрубевидный лишай Девержи эритродермическая форма.

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови: гемоглобин- 138 г/л, эритроциты- 4,1 × 10^{12}/л, тромбоциты- 371 × 10^{9}/л, лейкоциты- 9,0 × 10^{9}/л, эозинофилы – 7× 10^{9}/л, лимфоциты- 16 × 10^{9}/л, моноциты- 8 × 10^{9}/л; СОЭ 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,020, pH 5, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, белка, глюкозы, кетоновых тел и билирубина не обнаружено.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 18,7 мкмоль/л, АЛТ-44,7 мкмоль/л, АСТ-38,1 мкмоль/л, мочевина 6,1 ммоль/л, креатинин 95 мкмоль/л, глюкоза 4,6 ммоль/л,

Гистология от 04.02.2022: выраженный гиперкератоз с роговыми инвагинациями, невыраженный акантоз. Зернистый слой дифференцирован, местами утолщен. В нескольких местах в устье волосяного фолликула определяется роговая пробка. В дерме отмечается периваскулярная лифогистиоцитарная инфильтрация. Гистологическая картина соответствует диагнозу L44.0 – Питириаз красный волосяной отрубевидный (болезнь Девержи).

Лечение: Пациенту назначен р-р дексаметазона 8 мг в/м №7 - 4 мг №3; р-р натрия хлорида 0,9%-100 с раствором тиосульфата 30%-10,0 в/в капельно через день №5; р-р натрия хлорида 0,9%-100 с неомарином 1200 мг в/в капельно через день №5,; таб. панангин по 1 таб х 3 раза в день №10; капс. Неотигазон 30 мг с последующим снижением дозы до 10 мг. наружно крем Дексерил, крем Дермовейт. Из физиотерапевтических процедур – ВЛОК.

Выводы:Таким образом, в настоящем клиническом случае мы наблюдали трансформацию процесса, начавшегося как токсикодермия, в остропротекающую эритродермическую форму БД с характерными клиническими проявлениями (симптомами «терки», «белых окон», кератодермии на фоне эритемы с желтоватым оттенком, гиперемия кожи лица). После назначения неотигазона отмечался выраженный регресс вышеуказанных симптомов, что подтверждает диагноз БД (рис 3).

Рисунок 3. Выраженный регресс высыпаний после применения неотигазона

Figure 3. Pronounced regression of rashes after neotigazon application

Красный волосяной лишай Девержи, проявляющаяся как эритродермия, часто создает трудности при постановке диагноза, его часто путают с псориазом, особенно на ранних стадиях. Диагноз может быть поставлен с высокой степенью достоверности в случаях типичных клинических особенностей. При наблюдении пациентов с эритродермией необходимо проведение гистологического исследования для постановки правильного диагноза, так как назначение неадекватной терапии может ухудшить состояние пациента. Представленное клиническое наблюдение является наглядным примером возрастающей в последнее время спорадической формы БД. Кроме того, данный случай еще раз демонстрирует хроническое, торпидное и резистентное ко многим видам лечения течение красного волосяного отрубевидного лишая Девержи.

Литература/ Reference

1. *Гаджимурадов М.Н., Гунашева А.А., Гайдарова З.Г., Ганиев К.Д. О клинике первичной эритродермической формы болезни Девержи. Клиническая дерматология и венерология. 2008; 1: 9—12. [Gadzhimuradov M.N., Gunasheva A.A., Gaydarova Z.G., Ganiev K.D. About the clinic of the primary erythrodermic form of Devergie's disease. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2008; 1: 9—12. (in Russian)]*
2. *Дерматология Фицпатрика в клинической практике: В 3 т. / Л.А. Голдсмит, С.М. Кац, Б.А Джилкрест и др.; пер. с англ.; общ. ред. Н.И. Потекаева, А.Н.Львова. – Изд. 2-е, исп., перер., доп. – М.: Издательство Панфилова, 2015. – Т.1. –1168 с. [Fitzpatrick's dermatology in clinical practice: In 3 volumes / L.A. Goldsmith, S.M. Katz, B.A. Gilcrest et al.; per. s angl.; obsh. red. N.I. Potekaeva, A.N. Lvova. – Ed. 2nd, isp., perer., dop. - M.: Izdatelstvo Panfilova, 2015. - T.1. –1168 p. (in Russian)]*
3. *Елькин В.Д., Митрюковский Л.С. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы. Иллюстрированный справочник по диагностике и лечению дерматозов Пермь; 2000: с. 699 [Elkin V. D., Mitryukovsky L. S. Izbrannaya dermatologiya. Redkie dermatozy i dermatologicheskie sindromy. Illyustrirovanniy spravochnik po diagnostike I lecheniyu dermatozov. Perm, 2000. 699 p. (in Russian)]*
4. *Елькин В.Д., Митрюковский Л.С., Седова Т.Г. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы. Пермь; 2004: 386—8 [Elkin V.D., Mitryukovskiy L.S., Sedova T.G. Izbrannaya dermatologiya. Redkie dermatozy i dermatologicheskie sindromy. Perm; 2004: 386—8. (in Russian)]*
5. *Каламкарян А.А., Кубанова А.А., Акимов В.Г., Арифов С.С. Красный волосяной лишай Девержи// Вестник дерматологии и венерологии;1990 №6 с.20-23 [Kalamkaryan A. A., Kubanova A. A., Akimov V. G., Arifov S. S. Pityriasis rubra pilaris (Devergie`s disease) //Vestnik dermatologii I venerologii. 1990, No. 6. P. 20-23. (in Russian)]*
6. *Клиническая дерматовенерология: Руководство для врачей. Скрипкин Ю.К., ред. 2009; 2: 714—60. [Clinical dermatovenereology. Rukovodstvo dlya vrachey. Skripkin Yu. K.edit. 2009:2: p.714-60 (in Russian)]*
7. *Кубанова А.А., Арифов С.С. Особенности клинического течения красного отрубевидного волосяного лишая. Вестн дерматол. 1990; 7:59-61 [KubanovaA. A., Arifov S. S. Feature of a clinical current of pityriasis rubra pilaris (Devergie`s disease) //Vestnik dermatologii I venerologii. 1990, No. 7. P. 59-61(in Russian)]*

8. *Кубанова А.А. Кожные болезни. М.: Геотар Медицина, 1998 с 63 [Kubanova A. A. Skin diseases. M.: GEOTAR Medicine, 1998.63 p. (in Russian)]*
9. *Кубанова А.А., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней. Атлас-справочник. Изд. Медицинское информационное агентство. 2009. 299 с [Kubanova A. A., Akimov V. G. Differential diagnostics and treatment of skin diseases: Atlas reference book. M.: LLC Medical News Agency, 2009. 304 p (in Russian)]*
10. *Куклин В.Т., Куклина З.В., Суколин Г.И. Клиника и классификация красного отрубевидного волосяного лишая Девержи. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2001; 1: 22—8 [Kuklin V.T., Kuklina Z.V., Sukolin G.I. Clinic and classification of Pityriasis rubra pilaris (Devergie`s disease) Rossiyskiy jurnal kojnih i venericheskih bolezney. 2001; 1: 22—8. (in Russian)]*
11. *Пальцев М.А., Потекаев Н.Н., Казанцева И.А., Кряжева С.С. Клинико- морфологическая диагностика и принципы лечения кожных заболеваний. Руководство для врачей.М.: МЕДИЦИНА:2006. С. 50 [Palcev M. A., Potekayev N. N., Kazantseva I. A., Kryazheva S. S. Clinical and morphological diagnostics and principles of treatment of skin diseases Rukovodstvo dlya vrachey. M.: Medicine, 2006. 50 p (in Russian)]*
12. *Batinac T., Kujundzić M., Peternel S., Cabrijan L., Troselj-Vukić B., Petranović D. Pityriasis rubra pilaris in association with laryngeal carcinoma. Clin. Exp. Dermatol. 2009; 34(8): e917—9. doi: 10.1111/j.1365-2230.2009.03701. x.*
13. *Berenbeyn B. A., Studnitsin A. A., etc. Differential diagnostics of skin diseases. M.: Medicine, 1989. 672 p.*
14. *Brown F, Badri T. Pityriasis Rubra Pilaris. [Updated 2021 Jun 29]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/*
15. *Garretson C.B., Machan M.L., Krejci-Manwaring J., Aires D., Tonkovic-Capin V. Letter: Adenocarcinoma of the lung associated with pityriasis rubra pilaris. Dermatol. Online J. 2011; 17(11): 14.*
16. *Gonzolez-Lypez A. HIV-associated pityriasis rubra pilaris responsive to triple antiretroviral therapy // Br. J. Dermatol. –1999. – Vol.140. – P. 931-934.*
17. *Mordvinians V. N. Heritable diseases and malformations of skin. M.: Science, 2004. 174 p.*
18. *Plana A., Carrascosa J.M., Vilavella M., Ferrandiz C. Pityriasis rubra pilaris-like reaction induced by imatinib. Clin. Exp. Dermatol. 2013; 38(5): 520—2. doi: 10.1111/ced.12081.*
19. *Wallach D. Vintage descriptions / D. Wallach. – In:Dermatology in France, 2002. – P. 77-105.*