



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

12(50)2022

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (50)

2022

декабрь



Received: 20.11.2022
Accepted: 29.11.2022
Published: 20.12.2022

УДК 616.314-007.1-053.4(470.41-25)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ИНТЕНСИВНОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Атаева М.А., Машиарипов С.М.

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Однако довольно высокий негативный фон местных раздражающих факторов, таких как плохая гигиена полости рта, отсутствие лечения заболеваний тканей пародонта, не позволил дифференцированно определить причину роста заболеваемости генерализованным пародонтитом.

Следует так же отметить, что процесс развития более тяжелых форм как гингивита, так и генерализованного пародонтита, при неблагоприятном стоматологическом статусе протекает значительно быстрее, чем прирост количества новых лиц с заболеваниями пародонта.

Ключевые слова: пародонтит, локализованный, генерализованный пародонтит, гигиенический индекс.

БАЛОҒАТ ЁШИДА ПАРОДОНТ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ, ТАРҚАЛИШИ, ИНТЕНСИВЛИГИ ВА ХУСУСИЯТЛАРИ

Атаева М.А., Машиарипов С.М.

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Оғиз бўйлигининг ёмон гигиенаси, периодонт тўқималари касалликларини вақтида даволамастик каби маҳаллий салбий хусусиятли омилларнинг жуда юқори салбий таъсири умумий пародонт билан касалланишнинг қўпайиши сабабларини фарқлашга имкон бермади. Оғиз бўйлигининг нотўғри гигиенаси, пародонтал тўқималар касалликларини даволамастик каби маҳаллий таъсир қилувчи омиллар умумий пародонт билан касалланишнинг қўпайиши сабабларини фарқлашга имкон бермади.

Калит сўзлар: пародонтит, маҳаллий, умумий пародонтит, гигиеник индекс

PREVALENCE, INTENSITY AND FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF PERIODONTAL DISEASES IN YOUNG AGE

Atayeva M.A., Masharipov S.M.

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

However, a rather high negative background of local irritating factors, such as poor oral hygiene, lack of treatment of periodontal tissue diseases, did not allow us to differentiate the cause of the increase in the incidence of generalized periodontitis.

It should also be noted that the process of development of more severe forms of both gingivitis and generalized periodontitis, with an unfavorable dental status, proceeds much faster than the increase in the number of new individuals with periodontal diseases.

Key words: periodontitis, localized, generalized periodontitis, hygiene index.

Актуальность

Распространенность заболеваний пародонта имеет устойчивую тенденцию к повышению. В последние десятилетие отмечен значительный рост заболеваний пародонта у детей и лиц молодого возраста. У 10-15% 13-16 летних, детей диагностируют генерализованные формы гингивита и пародонтита. Широкая распространенность воспалительно-деструктивных поражений и пародонта среди лиц молодого возраста требует, разработки мер по их профилактики. Основой таких мероприятий являются данные массовых эпидемиологических исследований.

Цель исследования: Изучить распространенность и интенсивность воспалительно и деструктивных заболеваний пародонта у лиц в возрасте от 17 до 25 лет.

Материал и методы

Массовые осмотры проведены на базе клиники кафедры терапевтической стоматологии Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али ибн Сино по методике ВОЗ. Осматривались практически здоровые лица мужского пола (допризывники и военнослужащие срочной службы) в возрасте 17-25 лет, в количестве 800 человек. Основную массу обследованных составили лица в возрасте 17-20 лет (70%), 20% - лица в возрасте 21-22 лет и лишь 10% были в возрасте 23-25 лет. Выбор считалась репрезентативной, так как в каждой возрастной группе количество обследованных превышало 100 человек.

Состояние гигиены полости рта определяли по индексу Федорова-Володкиной в модификации Федорова (1982), а состояние пародонта – с помощью пародонтального индекса (PI) по Russel (1967).

Результат и обсуждения

Распространенность заболеваний пародонта в изучаемой группе населения мужского пола высокая – более 50% и составляет в среднем 520 человек на 1000 обследуемых, в том числе 230 человек с пародонтитом и 290 человек с – гингивитом.

Распространенность гингивитом на 10% выше распространенности пародонтита. Однако, эта разница обеспечивается за счет большего количества больных с локализованными формами гингивитов. У генерализованных форм поражения пародонта распространению пародонтита составили 54%, что на 8% больше, распространенности генерализованного катарального гингивита. Таким образом у лиц молодого возраста уже тяжелых форм поражения пародонта. У больных пародонтитом распространённости I и II степени тяжести почти в 4 раза превосходят количество больных с начальной степенью заболевания. Так, среднее значение пародонтального индекса для группы больных генерализованным пародонтитом составляет $1,70 \pm 0,03$ балла. Величина этого показателя по шкале интерпретации, предложенной автором индекса, находится в критической зоне между интервалами начала деструктивного пародонтального поражения (0,7-1,9 балла – верхняя граница) и выраженного деструктивного поражения (1,6-5,0 балла – нижняя граница), полученная нами величина пародоктального индекса позволяет охарактеризовать поражение пародонта как «средней тяжести» с выраженной тенденцией к ухудшению.

Распространенность генерализованного катарального гингивита среди всех форм поражения пародонта составила: легкая степень 6,9% человек, средняя степень – у 22,4, и тяжелая степень диагностирована у 3,7% обследованных.

Среднее значение индекса гингивита для этой группы обследованных составило $1,5 \pm 0,04$, что соответствует гингивиту средней тяжести.

Результат изучения гигиенического состояния полости рта показали, что «плохое» гигиеническое состояние отмечено у 68% обследуемых (22% - «неудовлетворительное», 20% - «плохое», 26» - «очень плохое») и лишь у 32% диагностировано «удовлетворительное» гигиеническое состояние ротовой полости. Средне значение индекса Федорова-Володкиной в модификации Федорова составляет $2,8 \pm 0,07$ балла, что может оцениваться как «плохая гигиена» ротовой полости. Не выявлено достоверное различие в индексной оценке гигиены полости рта среди различных возрастных групп ($P > 0,09$).

Таким образом, гигиенический индекс не зависит от возраста обследуемых, является отражением постоянно действующего раздражающего фактора на ткани пародонта. Очевидно, что старшие возрастные группы отличаются его более длительного временного воздействия неудовлетворительного состояние гигиены полости рта. Была изучена динамика развития воспалительных заболеваний пародонта в зависимости от возраста обследованных.

С этой целью обследуемые были разделены на 3 возрастные группы: I – 19-20 лет, II – 21-22 года и III – 23-24 года.

В образованных группах были изучены как частота появления новых заболеваний, так и скорость ухудшения состояния пародонта у заболевших ранее. Как видно из приведенных данных, количество лиц генерализованными заболеваниями пародонта с возрастом увеличивается, прирост новых заболеваний за первые два года составил 80 человек на 1000 лиц обследованных, а за последующие периоды – 75 человек.

Таким образом, за 4 года количество больных с генерализованными заболеваниями пародонта увеличилось на 155 человек. Количество больных генерализованным гингивитом в начале возросло на 50 человек (с 165 до 215), а затем снизилось на 55 человек и составило уже 160 больных. Иная картина наблюдалась при анализе прироста больных генерализованным пародонтитом. За двухлетний промежуток количество больных генерализованным пародонтитом увеличилось на 30 человек, а за последующие два года уже на 130 человек, что в 1,7 раза превышает прирост больных с генерализованными заболеваниями пародонта. Таким образом, за четыре года количество больных генерализованным пародонтитом увеличилось на 160 человек. Учитывая выявленную зависимость увеличения количества больных генерализованным пародонтитом при снижении количества больных гингивитом, следует признать, что при наличии довольно высокого негативного фона местных раздражающих факторов развитие генерализованного пародонтита у значительной части лиц явилось следствием длительно текущего генерализованного гингивита. Однако утверждать с достаточной долей вероятности, что рост и развитие пародонтита в обследованной группе целиком и полностью является следствием длительно текущего катарального гингивита, мы не можем по следующей причине: все обследуемые являлись призывниками либо служащими срочной службы в армии. Несомненно, изменение условий жизни и питания не может не вызвать стрессовых ситуаций у значительного количества лиц, подвергнутых обследованию, что в свою очередь, могло оказать влияние на развитие дистрофически – воспалительного процесса в тканях пародонта.

Выводы

Однако довольно высокий негативный фон местных раздражающих факторов, таких как плохая гигиена полости рта, отсутствие лечения заболеваний тканей пародонта, не позволил дифференцированно определить причину роста заболеваемости генерализованным пародонтитом.

Следует так же отметить, что процесс развития более тяжелых форм как гингивита, так и генерализованного пародонтита, при неблагоприятном стоматологическом статусе протекает значительно быстрее, чем прирост количества новых лиц с заболеваниями пародонта.

Пик развития более тяжелых форм гингивита находится в возрасте 20-21 года, а пародонтита в 22-23 года. Это очень важно для планирования лечебных и профилактических мероприятий лицам молодого возраста, особенно в организованных коллективах.

1. Генерализованный пародонтит на фоне ожирения характеризуется интенсивностью клинических признаков патологии пародонта. Нарушение микроциркуляции обусловлено дисфункцией липидного обмена, реологических свойств крови и гемостаза, которые сопровождаются воспалительно-деструктивными изменениями пародонта. Общая тяжесть поражения пародонта (индекс ИОТ) превосходит таковую больных без фоновой патологии на 24,36% ($P < 0,05$).
2. У больных ожирением в содержимом пародонтального кармана отмечено увеличение количества лейкоцитов до 19-20, моноцитов 5-7 в поле зрения. Обнаружены дрожжеподобные грибы (в 70% случаев – мицелий, в 15,6% - споры). Эпителий полости рта

- в 32,8% имел признаки дистрофии и раздражения, обнаружены клетки с признаками деструкции (голаядерные) и пласты эпителиальных клеток, а также соединительные волокна.
3. В смешанной слюне у больных ХГП на фоне ожирения выявлено достоверное повышение ИЛ-8 (в 8 раз, равный $26,4 \pm 2,13$ пг/мл, $P < 0,05$), усиленный синтез лактоферрина, альфа-2-макроглобулина в нейтрофилах (в 2,5 раза - $4,4 \pm 0,51$ мг/мл, $P < 0,05$), снижение уровня плазминогена (в 2 раза - $6,0 \pm 0,56$ мкг/мл, $P < 0,05$), что приводит к тканевой гипоксии и деструктивным процессам в тканях пародонта.
 4. ХГП на фоне ожирения отмечен дисбалансом липидного статуса крови и гормонального статуса смешанной слюны, который сопровождается достоверным увеличением уровня гормона ожирения лептина в крови в 18 раз ($68,2 \pm 7,11$ нг/мл, $P < 0,05$); снижением уровня свободного тестостерона в слюне в 2 раза ($20,3 \pm 1,96$ пг/мл, $P < 0,05$), прогестерона – в 1,3 раза ($0,07 \pm 0,001$, $P < 0,05$) и повышением содержания эстрадиола в 1,8 раза ($9,36 \pm 0,83$, $P < 0,05$). Указанные изменения способствуют нарушению трофики, усилению воспалительного процесса и деструкции пародонта.
 5. При ХГП отягощенным ожирением в плазме крови отмечается достоверное повышение уровня холестерина в 1,7 раза ($7,89 \pm 0,53$ ммоль/л, $P < 0,05$), триглицеридов в 3,5 раза ($2,89 \pm 0,09$ ммоль/л, $P < 0,05$), а также достоверное снижение в 1,9 раза содержания фосфолипидов ($1,44 \pm 0,07$ ммоль/л, $P < 0,05$), что приводит к усиленной десквамации эндотелиоцитов стенок сосудов в 2 раза ($4,68 \pm 0,31 \cdot 10^4$ /л, $P < 0,05$); отмечено повышение в 2,3 раза суммы активных форм тромбоцитов ($28,4 \pm 1,61\%$, $P < 0,05$); все эти изменения вносят значительный вклад в нарушения микроциркуляции пародонта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хабибова Н.Н., Хабилов Н.Л. Роль адгезивных молекул в развитие афтозного стоматита //Stomatologiya. Ташкент. -2019. - № 3. – С. 32-36.
2. Atoeva M.A. Requency toothmaxillary of anomalies at children living in various ecologic conditions and rendering of the preventive help by it //Вестник науки и образования - № 24(102). Часть 2. - 2020. - С 44-48.
3. Казакова Н.Н. Использование бактериофагов в профилактике воспалительных заболеваний полости рта при ревматизме //«Актуальные вызовы современной науки» XIVIII Международная научная конференция. Переяслав. - 2020. - С. 90-92.
4. Ширинова Х.Х. Сравнительный анализ клинической эффективности различных методов лечения больных генерализованным пародонтит средней тяжести //«Новый день в медицине» Научно – реферативный, культурно – просветительский журнал. -2017. - № 1 (17). – С. 100-103. <https://newdaymedicine.com/>
5. Shirinova N.N Application of diklofen gel in the complex treatment of generalized parodontitis //New Day in Medicine 2(26)2019 330-332 <https://newdaymedicine.com/index.php/2019/07/16/91-2-26-2-2019>
6. Тайлакова Д.И. Влияние пестицидов и промышленных выбросов на течение некариозных поражений твёрдых тканей зубов у детей //Научно-практическая конференция с международным участием. Актуальные вопросы в стоматологии. - 2018. 10 сентября.
7. Samadova Sh. I., Ibragimova M. Kh. Improvement of Complex Treatment of Red Lichen Planus of the Oral Mucosa. //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. - 05 January 2021- P. 5072-5080.
8. Атоева М.А. Взаимообусловленность частоты зубочелюстных аномалий у детей, проживающих в различных экологических условиях и оказания им профилактической помощи //Биология и интегративная медицина. Электронный научный журнал. - 2020. – 3 (43) - С. 45.

Поступила 20.11.2022

