



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 (74) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (74)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.11.2024, Accepted: 03.12.2024, Published: 10.12.2024

УДК 616.716.8+ 616-002.3+ 616-08-039.71

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Камалова Ф.Р. <https://orcid.org/0000-0003-0891-4256>

Ахмедов И.И. <https://orcid.org/0009-0002-6348-3591>

Бухарский институт медицины имени Абу Али ибн Сино, Узбекистан, г. Бухара, ул. А.
Навои, 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Цель: Совершенствование лечения острого одонтогенного гнойного периостита у детей и профилактика осложнений.

Материалы и методы: клинические, стоматологические, микробиологические.

Заключение: В результате на клиническую картину острого одонтогенного периостита у детей влияет возраст: в период прорезывания молочных зубов (2-5 лет) более выражены общие признаки воспаления, так как наблюдается гиперергическая реакция, в переходный период (6-9 лет) местные признаки воспаления и их общие проявления соответствуют тяжести заболевания. В период прорезывания постоянных зубов (10-13 лет) в картине периостита преобладают местные признаки воспаления.

Ключевые слова: периостит, одонтогенный.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ОДОНТОГЕН ЙИРИНГЛИ ПЕРИОСТИТНИНГ ДАВОЛАНИШИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ВА АСОРАТЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Камалова Ф. Р. <https://orcid.org/0000-0003-0891-4256>

Ахмедов И. И. <https://orcid.org/0009-0002-6348-3591>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Тадқиқот мақсади: Болаларда ўткир одонтоген йирингли периоститнинг даволанишини ва асоратларнинг олдини олишни такомиллаштириш.

Материаллар ва усуллар: клиник, стоматологик, микробиологик.

Хулоса: Ўткир одонтоген периоститнинг клиник расмига болаларнинг ёши таъсир қилади: сут тишлари пайдо бўлиши даврида (2-5 ёш) яллигланишнинг умумий белгилари кўпроқ ифодаланган, чунки гиперергик реакция мавжуд, ўзгариш даврида (6-9 ёш) эса, маҳаллий яллигланиш белгилари ва уларнинг умумий кўринишлари касалликнинг оғирлигига мос келади. Доимий тишлар пайдо бўлиши даврида (10-13 ёш) периостит расмида маҳаллий яллигланиш белгилари устунлик қилади.

Калит сўзлар: периостит, одонтоген

IMPROVEMENT OF TREATMENT AND PREVENTION OF COMPLICATIONS OF ACUTE ODONTOGENIC PURULENT PERIOSTITIS OF THE JAWS IN CHILDREN

Kamalova F. R. <https://orcid.org/0000-0003-0891-4256>

Axmedov I. I. <https://orcid.org/0009-0002-6348-3591>

Institute of Medicine of Bukhara named after Abu Ali ibn Sino, Uzbekistan, Bukhara, A. Navoi
str., 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Resume**

Objective: *To improve the treatment of acute odontogenic purulent periostitis in children and to prevent complications.*

Materials and methods: *clinical, dental, microbiological.*

Conclusion: *As a result, the clinical picture of acute odontogenic periostitis in children is influenced by age: during the period of appearance of milk teeth (2-5 years), general signs of inflammation are more pronounced, as there is a hyperergic reaction, in the transition period (6-9 years), local signs of inflammation and their general manifestations correspond to the severity of the disease. During the appearance of permanent teeth (10-13 years), local signs of inflammation prevail in the picture of periostitis.*

Key words: *periostitis, odontogenic.*

Актуальность

Известно, что диагностика и лечение воспалительных заболеваний челюстно - лицевой области представляют одну из основных проблем стоматологии детского возраста. По данным ряда исследователей, воспалительные заболевания челюстно-лицевой области составляют до 21 % всех хирургических и 52% стоматологических заболеваний в детском возрасте.

Течение одонтогенной инфекции у детей имеет ряд особенностей, обусловленных относительной незрелостью органов и тканей ребенка, несовершенством иммунитета, обильностью лимфатической ткани, наличием анатомо-физиологических особенностей строения зубов и челюстей, легкостью повреждения и повышенной проницаемостью для микробов естественных защитных барьеров и др.

У большинства детей источником воспалительных одонтогенных заболеваний является осложнение кариеса временных зубов. В зависимости от характера возбудителя и реакции организма ребенка, путей проникновения инфекции, воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области могут носить, как острый, так и хронический характер.

Высокая частота кариеса и его воспалительные осложнения у детей до 6 лет ставят необходимость проведения санационной и профилактической работы в детских дошкольных учреждениях.

Цель исследования: Совершенствование лечения и профилактика осложнений острого одонтогенного гнойного периостита челюстей у детей.

Методы исследования: клинические, стоматологические, микробиологические.

Материал и методы исследования

С учетом формирования зубочелюстной системы и смены зубов все дети разделены на 3 группы. Первую группу составили 336 больных в возрасте 2-5 лет с временным прикусом. Вторую - 175 детей в возрасте 6-9 лет со сменным прикусом, третью группу 40 детей в возрасте 10- 13 лет, у которых в основном произошла смена временных зубов на постоянные. У всех больных изучена локализация воспалительного процесса (верхняя, нижняя челюсти, справа и слева) «причинные» зубы, явившиеся входными воротами инфекции и др. Для учета анамнестических, клинко-лабораторных исследований течения болезни нами разработана карта обследования больного острым гнойным периоститом, в которую заносили анамнестические сведения, общие и местные признаки заболевания, данные лабораторных исследований. Все качественные признаки переводили в количественное выражение (баллы). У всех в день поступления при сборе анамнеза тщательно изучали жалобы, учитывали местные признаки воспалительного процесса, общую реакцию организма, перенесенные и сопутствующие заболевания, предшествующее лечение. Госпитализация детей с острым гнойным периоститом проводилась по показаниям, установленным дежурным врачом приемного отделения клиники и врачами поликлиник.

Результат и обсуждения

Для оценки особенностей клинического течения заболевания все признаки заболевания разделены на общие и местные, каждый из признаков был выражен в баллах.

Такие признаки, как температура тела, количество лейкоцитов, СОЭ, ЛИИ были разделены на 3 градации и по мере нарастания им придавали больше число баллов, соответственно от 1 до 3 баллов, при отсутствии - 0 баллов.

Для нас представлял интерес, как проявляется клиническая картина периостита у детей в зависимости от возраста.

При анализе жалоб больных 2-5 лет, поступивших в клинику с острым гнойным периоститом, установлено: чем младше ребенок, тем более выражены общие признаки заболевания (табл.2.). Родители 29 детей из 32 отмечали такие признаки заболевания, как слабость, недомогание. Такие признаки, как головная боль, нарушение аппетита, боль в разрушенном зубе были у всех детей, у 15 детей беспокойность и возбужденность ребенка. Все дети жаловались на боль в челюсти и разрушенном зубе.

Из 32 детей только у 7, несмотря на наличие гнойного процесса, температура тела оставалась в пределах 36,6-36,9°C, у 14 - температура тела повышалась до 37,9°C, у 11-достигала 38°C и больше, как правило, дети с высокой температурой были возбужденными и беспокойными.

У детей 6-9 лет при изучении этих же признаков их проявление носило не столь выраженный характер. Из 31 ребёнка у 19 отмечена слабость и недомогание, у 11 детей головная боль, только 5 детей были беспокойными, неадекватно себя вели, у них температура тела достигала 37,9°C.

Таблица 2

Бальная оценка клинических признаков острого гнойного периостита у детей при поступлении в клинику в зависимости от возраста

Признаки	Возрастные группы				Всего (n=85)
	2-5 лет (n=32)	6-9 лет (n=31)	9-13 лет (n=22)		
1 Слабость, недомогание	29±1,04	19 ± 0,84*	9 ± 0,64*		57(67,1%)
2 Головная боль	31±1,64	11±0,67*	10±0,84*		52(61,2%)
3 Возбужденность,беспокойность	15±0,95	5±0,24*	1±0,11*		21(24,7%)
4 Нарушение аппетита	32±2,54	16±0,88*	15±1,02*		63(74,1%)
5 Боль в челюсти, в зубе	31±1,84	27±1,08*	18±0,84*		76(89,4%)
6 Температура тела 36,6-36,9°C	7±0,16	15±0,74*	13±0,67*		35(41,2%)
7 37,0-37,9°C	28±1,33	32±1,22	18±1,11*		78(91,7%)
8 38,0°C>	33±1,24	-	-		33(38,8%)
9 Количество лейкоцитов 9-10 * 10 ⁹	5±0,02	9±0,62	9±0,66		23(27,1%)
10 10-14 * 10 ⁹	46±2,55	40±1,34	22±1,27*		108
11 14-18 * 10 ⁹	12±0,89	6±0,21*	3±0,17*		21(24,7%)
12 СОЭ 9-16 мм/ч	7±0,54	12±0,49	11±0,45		30(35,3%)
13 17-25 мм/ч	36±1,95	24±1,33*	20±0,75*		80(94,1%)
14 26 мм/ч и больше	21±1,33	7±0,47*	1±0,09*		29(34,1%)
15 ЛИИ 1,5-2,0	7±0,62	13±0,91	7±0,24		27(31,7%)
16 2-4	44±3,48	36±1,33	30±1,84*		110
17 4,0 и больше	9±0,49	3±0,19	-		12(14,1%)
СУММА	393±12,6	265±14,9	187±9,54		
18 Коллатеральный отек	25±1,22	29±1,66	5±0,22		59(69,4%)
19 Воспалительный инфильтрат	9±0,67	5±0,14	3±0,18		17(20,0%)
20 Гиперемия кожи	8±0,41	2±0,11	-		10(11,7%)
21 Увеличение лимфоузлов	13±0,67	7±0,34	1±0,08*		21(24,7%)
22 Подвижность причинного зуба	28±1,99	25±0,94	15±0,84*		68(80,0%)
23 Выделение гноя из зубо-дес.карм	15±0,87	25±1,03	15±0,67		55(64,7%)
24 Запах изо рта	10±0,59	25±1,17	11±0,79		46(54,7%)
25 Инфильтрация переход.складки	32±1,97	31±2,47	19±1,11*		72(84,7%)
26 Размягчение инфильтрата	15±1,01	21±1,64	2±0,13		38(44,7%)
27 Альвеолит	7±0,48	-	-		7(8,2%)
28 Рана (разрез прокол)	7±0,51	-	-		7(8,2%)
29 Множества разрушений	7±0,33	17±0,75	9±0,57		33(38,8%)
30 Очень плохой гигиен.состояние	30±1,64	31±1,88	22±0,69		83(97,6%)
СУММА	206±11,8	218±10,6	102±7,68		
ВСЕГО (общие ±местные признаки)	599±24,4	483±25,5	289±17,2*		

Примечание: * -P≤0,05 достоверность различий по отношению к данным детей 2-5 лет

Из 31 детей 27 жаловались на боли в разрушенном зубе, у 16 детей температура тела повышалась от 37 до 37,9°C. Снижение аппетита отмечено у 13 детей.

С возрастом клиническая картина острого гнойного периостита меняется.

Из 22 детей 10-13 лет жаловались на слабость, недомогание. Головная боль была у 10, только 1 мальчик был несколько беспокойным, на снижение аппетита жаловались 15 детей. Боль в разрушенном зубе и челюсти отмечали 18 детей. Повышение температуры тела у 13 из 22 больных периоститом было в пределах 37,0-37,9°C

При обследовании мы также обратили внимание на показатели крови в зависимости от возраста. Из 32 детей с острым гнойным периоститом 2-5 лет только у 7 температура тела была от 36,6 до 36,9°C. У этих детей количество лейкоцитов колебалось от 9- до $10 \cdot 10^9/\text{л}$. У большей части детей - (23) содержание лейкоцитов в периферической крови было в пределах $10-14 \cdot 10^9/\text{л}$ и у 4 детей был выраженный лейкоцитоз - от 24 до $18 \cdot 10^9$. При выражении в баллах это соответственно составило 7, 36, 21 балла.

Как известно, для острого воспаления характерно развитие нейтрофильного лейкоцитоза с регенераторным сдвигом. О ней можно судить по величине лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). Регенераторный сдвиг происходит главным образом за счет увеличения числа палочкоядерных нейтрофилов, появления юных форм и значительно реже миелоцитов [88]. Исходя из этого, мы также исследовали показатели ЛИИ у детей с периоститом. У всех детей 2-5 лет этот показатель разной степени, у 7 он колебался от 1,5 до 3 у 22 от 3 до 4 и у трех детей был выше 4, при балльной оценке соответственно это составило 7, 44, 9 баллов.

Эти же показатели нами изучены у детей 6-9 лет. При изучении количественного состава лейкоцитов у 9 детей их величина колебалась от 9 до $10 \cdot 10^9/\text{л}$, 9 баллов, у - 20 от 10 до $14 \cdot 10^9/\text{л}$, (40 баллов), у 2 - х был высоким от 14 до $15 \cdot 10^9/\text{л}$ (6 баллов). Судя по этим цифрам, мы можем судить, что инфекционно воспалительный процесс в периосте челюсти вызывает ответную реакцию организма нарастанием количества лейкоцитов. СОЭ у 12 детей находилась в пределах 9-16 мм/ч (12 баллов), у 12- от 17 до

мм/ч, у - 15, 7 детей этой возрастной группы СОЭ была выше в пределах

мм/ч.

ЛИИ у 13 детей этой возрастной группы находился в пределах от 1,5- до 2, у 18 детей в пределах 24 и только у 1 больше, чем 4 единиц.

Анализируя показатели крови у детей этой возрастной группы, можно заключить, что инфекционно-воспалительный процесс протекал без выраженных признаков интоксикации, о чем свидетельствуют и показатели крови - умеренный лейкоцитоз, невысокая СОЭ и низкие показатели ЛИИ.

При сравнении местных признаков периостита в зависимости от возраста также выявлено ряд особенностей. Так, у детей 2-5 лет, несмотря на то, что инфекционно-воспалительный процесс был локализован пародонтом причинного зуба, тем не менее, у 25 имелся коллатеральный отек мягких тканей лица. У 9 детей выявлен воспалительный инфильтрат с гиперемией кожи над ним.

В этой возрастной группе СОЭ имела тенденцию к нарастанию из 32 детей у 12 она была в пределах 9-16 мм/ч. у 12 - от 17 до 25 мм/ч и у 7 свыше 26 мм/ч. Лейкоцитарный индекс у 13 детей составил 1,5-2; у 18- от 2 до 4 и только у 1 ребенка был выше 4.

После смены временных зубов на постоянные (в 10-13 лет) клиническая картина периостита значительно меняется.

Так, из 22 детей только 9 жаловались на слабость и недомогание, 10-на головную боль. Среди этих детей не было беспокойных, возбужденных. Нарушение аппетита отмечали 15 детей, 18 детей жаловались на боли в разрушенном зубе, усиливающиеся при нагрузке на зуб. Температура тела была субфебрильной только у 9 детей. При поступлении в клинику умеренный лейкоцитоз был у 11 и у одного выраженный.

При сравнительном анализе общих признаков болезни детей трех возрастных групп, выраженных в баллах, установлено, что у детей 2-5 лет оно составило в среднем 12,8 балла, а у детей 6-9 лет 8,5 балла у детей 9-13 лет 8 баллов. Эти данные свидетельствуют о том, что у детей 2-5 лет при остром гнойном периостите общая картина заболевания проявляется выраженном признаком болезни, свидетельствующим о высокой интоксикации организма проявляющейся как клинически, так и лабораторными сдвигами.

Для оценки тяжести течения воспалительного процесса в возрастном аспекте представлял интерес изучение проявления местных признаков болезни.

Так, у детей 2-5 лет воспалительный процесс вышел за пределы пародонта «причинного» зуба в прилежащие мягкие ткани у 19 (59,3%) детей проявился в виде воспалительного инфильтрата щеки с гиперемией кожи у 13 (40,6%) имелся коллатеральный отек, у 13 (40,6%) детей были выявлены увеличенные лимфоузлы. Из 31 детей у 6-9 лет - 8 (25,8%) выявлен воспалительный инфильтрат, у 2 имелось гиперемия кожи, регионарные лимфоузлы были увеличены у - 7 (22,6%).

В то же время у детей 10-13 лет эти признаки были менее выражены так из 22 детей только у 7 (22,7%) имелся воспалительный инфильтрат щеки, однако гиперемии кожи над инфильтратом не наблюдали, регионарный лимфоузел был увеличен только у 1 ребенка.

При сравнении местных признаков периостита детей всех трех возрастных групп мы отметили, что в 10-13 лет периостит больше протекает как ограниченный очаг воспаления. Так, из 22 детей только у 5 процесс в периосте протекал с явлениями коллатерального отека, у трех определили воспалительный инфильтрат, без гиперемии кожи, явления регионарного лимфаденита было всего у двух детей. В этом возрасте меньше встречались дети с множеством разрушенных зубов. Однако у всех детей было очень плохое гигиеническое состояние полости рта.

Как уже было сказано выше, все изученные качественные и количественные показатели были переведены в баллы. Нами проведен сравнительный анализ клинических и лабораторных показателей в зависимости от возраста. Установлено, что у детей 2-5 лет в среднем сумма баллов общих признаков периостита составили $12,8 + 0,34$, местных - 8,5. в тоже время у детей 6-9 лет сумма баллов общих признаков составили $8,5 + 0,21$ и местные $8,54 + 0,49$.

В этом возрасте реакция организма на гнойно-воспалительный процесс была менее активной, нежели у детей младшего возраста. При сравнении суммы баллов периостита детей 10-13 лет оказалось, что общие признаки составили $4,12 + 0,34$ балла, а местные $5,61 + 0,47$. в этом возрасте гнойно-воспалительный процесс протекал с менее выраженной клинической картиной, больше проявлялись местные признаки заболевания.

Выводы

Клиническая картина острого одонтогенного периостита зависит от возраста ребенка: в периоде сформированного молочного прикуса (2-5 лет) общие признаки воспаления более выражены из-за гиперергической реакции в период сменного (6-9 лет), местные признаки воспаления и их общие проявления соответствуют тяжести заболевания. В период формирования постоянного прикуса (10-13 лет) в картине периостита преобладают местные признаки воспаления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азимов М.И. Клиника, диагностика и лечение одонтогенного периостита и остеомиелита челюстей у детей. //ТашГосМИ, Ин-т Кибернетики с ВЦ АН УзССР. -Т., 1988; 14 с.
2. Виноградова Т.Ф. Периоститы челюстей. /В кн.:Стоматология детского возраста: Рук-во для врачей. - М., Медицина. 1987; 287-306 с.
3. Арифджанов А.К., Агапова С.Н. Лечение острого одонтогенного периостита челюстей у детей в амбулаторных условиях //Стоматология. 1986;4:74-76.
4. Камалова Ф.Р., Иноятов А.Ш. Влияние препарата ИРС -19 на микрофлору полости рта у больных острым периоститом //Проблемы биологии и медицины. 2007;2:81-82.
5. Камалова Ф.Р. Совершенствование лечения и профилактика осложнений острого одонтогенного периостита челюстей у детей. //Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010; 26 с.
6. Yariyeva O.O. Clinic, Early Diagnosis and Treatment of Dental Caries in Children //International journal of Bio-Science and Bio-Technology. – India. 2019;6:15-23.
7. Губин М.А., Харитонов Ю.М., Гирко Е.И., Чевардов Н.И. Диагностика и лечение осложнений острой одонтогенной инфекции //Стоматология: Спец. выпуск. 1996; С. 39.
8. Яриева О.О. Распространенность и интенсивность кариеса временных зубов у детей Бухарского региона //Сборник статей Международной научно-практической конференции “Актуальные вопросы стоматологии”. 2017; 27 с.
9. Камалова Ф.Р., Олимов С.Ш. Частота встречаемости острого гнойного периостита у детей, аспекты диагностики и лечения //“Международная научно-практическая конференция. “Актуальные вопросы стоматологии”. 2017; 39-40 с.

Поступила 20.11. 2024