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

5 (79) 2025

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. ИЛЬЯСОВ
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. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
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 (Азарбайджан)
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)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 06.05.2025, Published: 10.05.2025

УДК 616.31:616-089:615

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМЕ ЗУБОВ ПУТЕМ ПЕРЕСАДКИ

Ражабов Амиржон Ахтамович https://orcid.org/0000-0002-1081-7087
E-mail: rajabov.amirjon@bsmi.uz

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

✓ ***Резюме***

Отсутствие зубов приводит к нарушению функции желудочно-кишечного тракта, функции речи. В более старшем возрасте (13-15 лет) дети становятся менее контактными, замкнутыми и мало смеются. Все это в конечном итоге приводит к различным нервным расстройствам. На основании экспериментальных и клинических наблюдений установлено, что нарушение непрерывности зубных рядов вызывает патоморфологические и функциональные изменения вблизи дефекта и распространяется на весь зубной ряд, а затем на весь организм в целом.

Ключевые слова: зубы, зубочелюстная система, нервные расстройства, реплантация, хронический периодонтит, пересадка тканей, осложнения, зубной дефект.

БОЛАЛАРДА ТИШ ЎТКИР ТРАВМАЛАРИДА ТИШ ҚАТОРИ ДЕФЕКТИНИ РЕПЛАНТАЦИЯ МЕТОДИ БИЛАН БАРТАРАФ ЭТИШ

Ражабов Амиржон Ахтамович https://orcid.org/0000-0002-1081-7087
E-mail: rajabov.amirjon@bsmi.uz

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***

Тишларнинг йўқотилиши ошқозон – ичак трактида сезиларли ўзгаришларни келтирибгина қолмай, балки нутқнинг бузилишига хам сабабчи бўлади. Ўсмирлик ёшида (13-15 ёш) болалар кам мулоқотга киришади, одамови ва кам куладиган бўлиб қолишади. Шундай қилиб, бу каби бузилишлар асаб тизимининг зўриқишларига хам олиб келади. Олиб борилган эксперимент, клиник тажрибаларга асосланган холда тиш ёй қаторидаги нуқсонлар нафақат патоморфологик ва функционал ўзгаришлар, балки бутун организмда ўзгаришлар чақиради.

Калит сўзлар: тишлар, тиш – жаг тизими, асаб бузилишлари, реплантация, сурункали периодонтит, тўқималарни кўчириш, асоратлар, тиш дефекти.

REPLACEMENT OF DEFECTS IN THE DENTITION IN CHILDREN WITH ACUTE TRAUMA OF THE TEETH BY TRANSPLANTATION

Rajabov Amirjon Axtamovich
https://orcid.org/0000-0002-1081-7087 *e-mail:* rajabov.amirjon@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz.

✓ ***Resume***

The absence of teeth leads to dysfunction of the gastrointestinal tract, speech function. At an older age (13-15 years old), children become less contact, withdrawn and laugh little. All this ultimately leads to various nervous disorders. On the basis of experimental and clinical observations, it was established that disruption of the continuity of the dentition causes pathomorphological and functional changes near the defect and extends to the entire dentition, and then to the entire body as a whole.

Key words: teeth, dentoalveolar system, nervous disorders, replantation, chronic periodontitis, tissue transplantation, complications, dental defect

Актуальность

На основании экспериментальных и клинических наблюдений установлено. Что нарушение непрерывности зубных рядов вызывает патоморфологические и функциональные изменения вблизи дефекта и распространяется на весь зубной ряд, а затем и на весь организм в целом. (1,3). Отсутствие зубов у детей приводит к стойким, а иногда к неисправимым изменениям лица заметному уплощению мягких тканей. укорочению верхней губы, прогеническому соотношению челюстей, снижение нижнего отдела лица, что придает лицу больного старческий вид (3,4). Отсутствие зубов приводит к нарушению функции желудочно-кишечного тракта, функции речи. В более старшем возрасте (13-16 лет) дети становятся менее контактными, замкнутыми, мало смеются [1,2,5].

Практически здоровый человек, имеющий дефект зубного ряда, обращается с целью зубопротезирования к врачу. Врач обтачивает интактные зубы. расположенные рядом с дефектом. В последующем на эти обточенные зубы надеваются коронка. Как известно, уже через 4-5 лет эти ранее здоровые зубы под коронкой разрушаются и в последующем удаляются. К сожалению. на сегодня это норма, так как многие ортопеды не умеют по-другому замешать дефект [1].

Smirnof и Flitr представили отдаленные результаты имплантации через 10 и 15 лет. Были исследованы 26 имплантатов у 18 пациентов. 13 из 26 имплантатов были признаны удовлетворительными. В других 13 случаев отмечено разрежение костной ткани вокруг имплантатов, а так же имелись глубокие костные карманы. Уровень успеха составил 50 %.

С годами имплантологи, накапливая больше теоретического и практического опыта, начали получать лучшие клинические результаты. Hermann и многие другие авторы в течение пятилетнего наблюдения 487 пациентов с 1738 имплантатами системы Branemarka получили в 91,2 % случаев положительный результат операции. А.И. Сидельников наблюдал за пациентами после имплантации в течение 3-6 лет: в 98% случаев при установлении пластинчатых имплантатов и в 93.7 % при установлении винтовых получил положительные результаты. Однако анализ литературных данных показывает, что несмотря на внедрение новых материалов, для имплантации до сих пор не установлен факт истинного приживления их в челюсти, и держатся они исключительно за счет механического сдавления окружающими тканями. Постепенно за счет окклюзионной нагрузки в окружающих тканях происходит разрушение клеточной структуры, а в дальнейшем образуется патологические карманы, куда попадают пищевые остатки, в конечном итоге приводит к инфицированию и выпадению имплантатов.

Исходя из этого в сфере медицины разработаны различные искусственные органы: искусственные конечности, искусственные кровеносные сосуды, суставы и т.д. Но следует отметить, что все это делалось и делается из-за отсутствия возможности пересадки биологических, живых трансплантатов на месте отсутствующих. С развитием науки, а именно клинической и экспериментальной иммунологии, микробиологии, биофизики, все больше и больше изучаются различные вопросы трансплантологии. В итоге на сегодняшний день успешно пересаживаются донорское сердце, печень, почки и суставы. Следует отметить, в идеале с физиологической точки зрения все дефекты человеческого тела должны замещаться только живыми тканями и органами. Только тогда врач, проводивший операцию, может гордо говорить о полном восстановлении того или иного органа [5,7].

Отсутствие зубов является самой частой патологией зубочелюстной системы, по мнению большинства авторов служит причиной развития деформации зубных рядов и прикуса [1,5,6].

Учитывая значение и активность проблемы, мы в настоящей работе поставили перед собой **цель**: замещение дефектов зубного ряда у детей путем пересадки зубов.

Материалы и методы исследования

Нами проведено исследование и изучены 22 больных с различными видами травмы того или иного зуба. Наблюдения показали, что чаще всего у детей 58,6 % случаев травмы зубов подвергались 1 и 2 зубы, в том числе и 3. Нижняя челюсть (44,2 %), верхняя челюсть (53,2 % 54,2 %). Нами в условиях амбулатории было изучено и проанализировано 62 амбулаторных карт больных после операции реплантации зубов. В основном операция реплантация зубов проводилась по поводу безуспешных лечений хронических периодонтитов и при польным вывихе посстоянных зубов у детей. В большинство случаев возникновению травмы способствовали активная подвижность детей, активные занятия физкультурой и спортом при отсутствии необходимого контроля со стороны взрослых.

Обследование детей с острой травмой зубов состояло из опроса, клинических и дополнительных методов – рентгенографии, термо и электроодонтодиагностики. При опросе оценивали общее состояние ребенка, уделяли особое внимание наличию и отсутсвию признаков черепно – мозговой травмы, которая может сопровождать травматические воздействие на челюстно – лицевую область, особенно в детском возрасте. При внешнем осмотре обратили внимание наличие повреждений мягких тканей лица, исключали перелома нижней или верхней челюсти. При оценке состояния зубов во время внутри ротового осмотра обращали внимание положения или отсутствия зубов в зубном дуге, изменения цвета слизистой оболочки.

Наши клинические исследования по пересадке аутодентальных реплантатов позволили предложить следующие показания к этой операции: безуспешное лечение хронического периодонтита (35,3%), польный вывих посстоянных зубов у детей (54,6%), ошибочное удаление зубов (7,1%) и тортоаномалии одного зуба в зубном ряду (6,7%). Противопаказаниями к этой операции являлись общие заболевания организма (диабет, опухоли, заболевания крови, пародонтоз и плохая гигиена полости рта).

Перед операций пациентам а также их родителям объясняли суть дентальной реплантации и вероятные исходы и строго соблюдали этапность реплантации. При этом зуб подлежащей реплантации тщательно промывали физиологическом раствором с помощью шприца. С помощью алмазного диска посстоянно охлаждая физиологическим раствором резецировали верхушку корня на 2 мм. При подготовке реплантата нельзя допускать высыхание поверхности корня зуба и повреждение круговой связки, прикосновение инструментами или руками посерхности корня зуба, учитывая наличие коллагеновых волокон периодонта в области корней зубов. На время подготовки пациента к операции реплантат всегда оставляли в консервирующем растворе “Биодент”. Время консервации (от 2 часов до 7 суток) зависело от методов реплантации. Затем проводили локальную анестезию, реплантат и лунку тщательно промывали антибиотиком, зуб возвращали в сою лунку. Пересаженный зуб должен быть в прикусе. Фиксацию проводили с помощью проволочной или проволочно – композитной шины. Назначили перорально антибиотики на 5 – 6 дней с целью профилактики воспалительного процесса. Через 5-6 недель снимали шину.

При наличии травмы слизистой полости рта или мягких тканей сначала проводили хирургическую обработку раны и только после купирования воспалительных процессов лунки проводили отсроченную реплантацию. Проводили контрольное рентгенологическое исследование реплантированного зуба через 1, 6, 12 месяцев. При этом, говоря о роли коллагеновых волокон периодонта, закрывающих поверхность корня пересаженного зуба, следует подчеркнуть, что ранее на эти коллагеновые волокна практически не обращали внимания. Обучая нас студентов в медицинском институте, уверяли, что корень зуба закрыт только цементом. Видимо поэтому, практические врачи и ученые стоматологи, проводя пересадка зубов, не обращали внимания на коллагеновые волокна, которые в виде тонкой и нежной пленки закрывают всю поверхность корня удаленного зуба.

Как показали наши экспериментальные и клинические исследования, именно от сохранности этой коллагеновой пленки зависит исход операции, а именно, рассосется или нет корень реплантата в отдаленные сроки. Это связано с тем, что при неосторожном обращении реплантатом или при незнании роли коллагеновых волокон периодонта происходит повреждение этой коллагеновой пленки.

Проводилась антибактериальная, противовоспалительная, обезболивающая и десенсибилизирующая терапия. Проводили иммобилизацию зуба с помощью проволочной или проволочнокомпозитной шины.

Для проведения терапевтического лечения реплантата нами предложено устройство в виде тиски, удобный в обращении и безопасный для врача.

Проведенные нами клинико-рентгенологические и функциональных исследований после пересадки зубов предусматривали изучение процесса приживления реплантата и восстановление его функции. В послеоперационном периоде. Через месяц после операции, когда снимали укрепляющий реплантат шину, общее состояние больного удовлетворительное. Объективно: слизистая оболочка в полости рта и в области реплантированного зуба бледно-розового цвета, пальпация не вызывает болезненности, перкуссия реплантированного зуба безболезненная.

Реплантат неподвижный или отмечается незначительная подвижность. Десна плотно охватывает шейку реплантата.

Через 6 месяцев после операции дентальной реплантации клинически определяется полное восстановление функции реплантата. Больные отмечают, что пользуются реплантированными зубами также, как и другими. Укрепление трансплантатов наблюдалось через 40 дней, визуально не отмечались от интактных зубов. На рентгенограммах этого периода. отмечается полная или заканчивающаяся репарация костной ткани в области резецированной в ходе операции верхушки реплантированного зуба. Отмечается равномерная тонкая линия периодонтальной щели.

Вывод

Анализ отдаленных сроков реплантации показал, что методы консервации реплантированных зубов влияют и на сроки их функционирования послеоперационном периоде. Мы сделали выводы, что успешность результата реплантации зубов зависит от консерванта, при этом: консервированных в физиологическом растворе 1 – 2 год, а консервированных в растворе «Биодент» на 5 – 6 год послеоперационного периода. Это подтверждает, что после консервации в растворе «Биодент» реплантированные зубы функционируют более длительные сроки, чем при консервации в физиологическом растворе. Таким образом, результаты клинических исследований показали, что при реплантации зубов способствуют ранней ликвидации местных и общих признаков воспаления, можно сохранить причинный зуб по состояние его. В результате реплантация является легкодоступным, простым и эффективным, малотравматичным, а замещение дефектов зубного ряда путем пересадки является тем идеалом, к которому стремится человечество.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хасанов Р.А. Пересадка зубов: монография. – Башкирия - Уфа. 2004 г.
2. Камалова Ф.Р. Первичная профилактика стоматологических заболеваний у детей // Новый день в медицине. 2020;2(30/2):383. https://newdayworldmedicine.com/en/article/3262
3. Камалова Ф.Р. Показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей Бухарской области // Новый день в медицине. 2019;2(26:183-185. https://newdayworldmedicine.com/en/article/2756
4. Раджабов А.А., Раджабов А.Б., Темирова Н.Р., Камалова Ш.М. Оценка результатов первичной хейлопластики у детей с врожденной двусторонней расщелиной верхней губы и нёба // Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина». 2017;5:36-46.
5. Axtamovich R. A. Improvement of Treatment and Prevention of Fluorosis in Children of School Age // Middle European Scientific Bulletin. 2022;22:170-172.
6. Axtamovich R. A. Evaluation of the Results of Primary Cheiloplasty in Children with Congenital Bilateral Cleft Lip and Palate // Middle European Scientific Bulletin. – 2022. – Т. 22. – С. 173-177.
7. Axtamovich R. A. et al. Features of Surgical Methods for the Elimination of Congenital Bilateral Cleft Lip and Palate // International journal of health systems and medical sciences. – 2022. – Т. 1. – №. 4. – С. 127-129.
8. Axtamovich R. A. et al. To Study and Assess the Condition of the Mouth in Children with Congenital Cliffs of the Lip and Palate // Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2022. – Т. 3. – №. 5. – С. 378-380.
9. Rajabov A. A. Indications for the disease of inflammatory diseases of the dental system in children with examined cerebral palsy // European journal of modern medicine and practice. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 56-60.

Поступила 20.04.2025