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

6 (80) 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
Б.Б. ХАСАНОВ
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)

6 (80)

2025

ИЮНЬ

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

Received: 20.05.2025, Accepted: 10.06.2025, Published: 15.06.2025

УДК 616.314.17-018-08-07

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЁЗ

Наврузова Л.Х. https://orcid.org/0000-0001-7586-6579

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***

На сегодняшний день достаточно хорошо изучена клиническая картина и состояние ротовой полости и зубов при кариозных и некариозных заболеваниях, однако многие вопросы патогенеза, патоморфологии, дифференциальной диагностики и подхода к лечению их при гиперпаратиреозе все ещё остаётся недостаточно освящёнными. Дискутабельной остаётся выбор алгоритма дифференцированной диагностики и подбор реставрационного материала у подобных пациентов. Всё перечисленное предопределило проведения настоящего научного исследования

Ключевые слова: стоматология, методы исследования, гиперпродукции паратгормона полость рта, кариозные и некариозные заболеваний зубов

FEATURES OF DENTAL PARAMETERS OF THE ORAL CAVITY IN PARATHYROID GLAND DYSFUNCTION

Navro'zova L. X.

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***

To date, the clinical picture and the state of the oral cavity and teeth in carious and non-carious diseases have been studied quite well, however, many issues of pathogenesis, pathomorphology, differential diagnosis and approach to their treatment in hyperparathyroidism still remain insufficiently illuminated. The choice of an algorithm for differentiated diagnosis and the selection of restorative material in such patients remains debatable. All of the above predetermined the conduct of this scientific study

Keywords: dentistry, research methods, hyperproduction of parathyroid hormone in the oral cavity, carious and non-carious diseases of the teeth

PARATIROID BEZLARI DISFUNKTSIYASIDA OG'IZ BO'SHLIG'INING TISH KO'RSATKICHLARINING XUSUSIYATLARI

Navro'zova L. X.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston, Buxoro sh. A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Rezyume***

Bugungi kunga kelib, karioz va karioz bo'lmagan kasalliklarda og'iz bo'shlig'i va tishlarning klinik ko'rinishi va holati juda yaxshi o'rganilgan, ammo patogenez, patomorfologiya, differentsial diagnostika va ularni giperparatiroidizm bilan davolashga yondashuvning ko'plab masalalari hali ham etarli darajada muqaddaslanmagan. Bunday bemorlarda differentsial diagnostika algoritmini tanlash va tiklash materialini tanlash munozarali bo'lib qolmoqda. Yuqorida aytilganlarning barchasi ushbu ilmiy tadqiqotni oldindan belgilab qo'ydi

Kalit so'zlar: stomatologiya, tadqiqot usullari, paratiroid gormonining haddan tashqari ishlab chiqarilishi og'iz bo'shlig'i, tish kariozi va kariozsiz tish kasalliklari

Актуальность

Во всем мире доказано, что гиперпаратиреоз (ГПТ), являясь одной из видов дисфункции паращитовидных желез (ПЩЖ), в 90-95% случаев имеет спорадический, около 5% наследственно обусловленный характер. [2; 4; 7] «…По данным ВОЗ (2018) частота гиперкальциемии более 3%, при гиперпродукции паратгормона (ПТГ), обусловленной ГПТ, при этом, среди взрослого населения манифестные формы составляют 67%, а мягкие – 33%.».

Эпидемиологические исследования, проведенные в странах Западной Европы и Северной Америки, показали, что ГПТ занимает третье место по распространенности среди эндокринных заболеваний после сахарного диабета и патологии щитовидной железы, составляя 1% в популяции, и чаще болеют лица старше 55 лет (до 2%) (2019). Соотношение мужчин и женщин 1:3. В то время, как исследования европейских учёных доказывают, что этиопатогенетическим фактором кариозных и некариозных заболеваний зубов в 30-40% случаев является гиперпа¬ратиреоз. [5; 6; 10]

Таким образом, процесс кариеса и некариозных процессов зубов являются серьезной патологией, которые могут стать важным показателем и/или предиктором развития соматических заболеваний, указывая на физическое здоровье лиц, страдающих гиперпаратиреозом. [1; 3; 8]

Однако, профилактика подобных состояний, своевременная диагностика, правильный выбор терапии относятся к важным приоритетным направлениям медико-стоматологической этики для предотвращения развития серьёзных осложнений и заболеваний, связанных с деформацией зубочелюстной системы. В связи с этим, несмотря на многочисленные научные работы отечественных и зарубежных исследователей данная проблема остаётся актуальной и своевременной, а по некоторым соображениям малоизученной и востребованной для разработки мет Цель исследования

Изучение клинических и структурных изменений кариеса и некариозных заболеваний зубов при гиперпаратиреозе, обусловленных дисфункцией паращитовидных желез, выбрать пути их профилактики и терапии.

Цель исследования: изучить особенности стоматологических показателей ротовой полости при дисфункции паращитовидных желёз.

Материал и метод исследования

Так, в нашем исследование обследовано 88 (100%) пациентов, из них в 1-группе (группе сравнения) находились 30 (34,1%) пациентов с различными стоматологическими заболеваниями без патологии паращитовидных желез, 2-гр. (основная) состояла из 58 (65,9%) пациентов с одов ранней д кариозными и некариозными заболеваниями зубов, развивающиеся после прорезывания, страдающих гиперпаратиреозом. В научной работе проведены клинико-стоматологические, рентгенологические, морфологические, биохимические, и статистические методы исследования.

В основной группе после 40 лет количество кариозных и некариозных заболеваний зубов увеличился (62,1%) на 1,6 раза, по сравнению с пациентами до 40 лет (37,9%), не имея достоверную разницу. Количество женщин и мужчин имело практически такую же разницу, т.е. не зависимо от возраста и гендерных различий, при наличии гиперпаратиреоза количество кариозных и некариозных заболеваний зубов увеличивалось, при этом с возрастом и у женщин данные патологические состояния прогрессировали быстрее, по сравнению с пациентами у которых не обнаруживалась патология паращитовидных желез. Для правильной диагностики и выбора терапии заболевания у пациентов были тщательно собран анамнез, и независимо от предъявляемых жалоб (с анализом причины и времени возникновения болевого синдрома; локализации, характера; продолжительности, сконцентрированности; вызывающих её причин) и выявляемых стоматологических и клинических симптомов были обследованы зубочелюстная и лицевая область. Для выявления основной причины заболевания, оценивали общее состояние организма, изучали результаты биохимических анализов крови, при необходимости консультировались с узкими специалистами (эндокринолог, ортопед, терапевт, кардиолог, ЛОР).

Начинали стоматологическое обследование с визуального осмотра – обращали внимание на состояние кожных покровов лица (цвет, тургор, имеющиеся высыпания, деформации) и видимых

слизистых, симметричность лица, состояние имеющихся на лице складок. Далее, осуществляя поверхностную, глубокую, вне- и внутриротовую пальпацию области лица и челюсти, таким образом определяли резистентность, конфигурацию, подвижность кожи, мышц и костей данной области, в том числе оценивали состояние головки сустава. После общего осмотра провели исследование непосредственно состояния зубов, среди которых важное значение для нашей работы имел наиболее распространенный показатель – индекс КПУ (кариозные, пломбированные, удалённые зубы), показатель, отражающий интенсивность поражения кариесом.

Результат и обсуждение

Индекс КПУ, отражающий интенсивность и распространённость поражения зубов кариесом в сравнительной группе в среднем составило 3,27±0,36 зубов, и в основной группе 13,2±0,71 зубов, что равнялось 10,9% с низкой интенсивностью и распространённостью у больных в группе сравнения, и 48,9% средней степени интенсивности и распространённости кариеса у больных основной группы, страдающих гиперпаратиреозом.

Согласно данным метода вычисления пародонтального индекса (PI) по Rusel в сравнительной группе средний балл индекса PI был равен 3,2±0,06, что соответствовало гингивиту без повреждения прикрепленного эпителия, где еще клинический карман не определялся. В основной группе больных средний балл был равен 3,9±0,06, при этом у больных с первичным гиперпаратиреозом он составил 3,9±0,06 балла, а у больных с вторичным гиперпаратиреозом – 4,0±0,06 балла, у них наблюдалось исчезновение замыкающих кортикальных пластинок на вершинах альвеолярного отростка по данным рентгенологического анализа, вместе с тем, определялось появление признаков клинического кармана.

Следующим шагом исследования явилось определение индекса кровоточивости десны (PBI – papilla bleeding index) по методу Muhlemann по 4 степеням. В сравнительной группе средняя степень индекса кровоточивости десны была равна 2,2±0,05, отмечалось лёгкое кровотечение по краю сосочка линейного характера. В основной группе индекс кровоточивости Muhlemann в среднем был равен 2,9±0,10 степени, при этом у больных с первичным гиперпаратиреозом он составил в среднем 2,86±0,1 степени, с вторичной формой заболевания 2,67±0,19 степени. В основной группе больных отмечалось умеренное заполнение межзубного треугольника кровью, тем временем, 10 (17,1%) пациентов с первичным гиперпаратиреозом страдали 4 степенью кровоточивости по методу Muhlemann, чего не выявляли при вторичном гиперпаратиреозе. Пациенты с 4 степенью кровоточивости страдали перфузным кровотечением после зондирования, с быстрым покрытием поверхности зуба и десны кровью.

Для оценки наличия и степени воспалительного процесса в деснах использовали метод Массера в модификации Парма (1960), вычисляющий сумму PMA в процентах, для которого определяли степень воспаления в баллах каждого зуба и делили на количество всех обследованных зубов. Критерием оценки послужил индекс PMA по 3 степеням воспаления десны: до 25% - легкая, 25-50% - средняя, и более 50% - тяжелая степень. Так, в 1-группе сравнения степень воспалительного процесса в деснах был равен в среднем 26,8±2,1%, что соответствовало средней степени гингивита, тогда как в основной, 2-группе пациентов он составил 38,9±1,4%, что соответствовало также, как и в 1- группе средней степени гингивита, однако отмечалось более выраженный процесс воспаления десны при наличии гиперпаратиреоза, с достоверной разницей между ними в $P<0,05$. Наблюдали более тяжелое течение воспаления десен при вторичном гиперпаратиреозе, с индексом PMA 41,0±2,11%, который не имел достоверной разницы между индексом PMA у больных с первичным гиперпаратиреозом.

Оценку состояния гигиены полости рта осуществляли по индексу Грин-Вермиллиона (OHI-S). При оценке гигиены полости рта определяли наличие налёта и камней, и их объем расположения на зубной поверхности, по формуле расчёта выявляли значение индекса, и определяли степень гигиены полости рта. Так, в сравнительной группе OHI-S был равен в среднем 2,2±0,1, в основной группе 2,4±0,08, при этом, у больных с первичным гиперпаратиреозом эти значения составили 2,31±m, у больных с вторичной формой заболевания оно составило 2,35±m в то время, как между индексами OHI-S в сравнительные и основные

группы достоверной разницы практически не было. Индекс Грин-Вермиллиона (OHI-S) оценивался как «высокий», а гигиена полости рта как «не удовлетворительная», т.е. при кариозных заболеваниях зубов, как и при наличии дисфункции паращитовидной железы, так и при отсутствии её, состояние зубов, определяющее гигиену полости рта оказался в «не удовлетворительном» состоянии, а OHI-S продемонстрировал «высокий» показатель, которые нуждались в особенном уходе, профилактике и гигиене.

Определяли наличие пародонтита у обследованных нами пациентов визуально, который сопровождался образованием пародонтального кармана. Глубину пародонтального кармана определяли специальным пародонтальным пуговчатым зондом. У всех исследованных пациентов определяли наличие пародонтита с образованием пародонтального кармана. В 1-группе глубина идентифицированного пародонтального кармана в среднем равнялся 3,2± 0,4мм, во 2-гр. 4,0±0,73 мм, достоверно превышая сравнительную группу (P<0,01); при этом у больных с первичным гипопаратиреозом его длина равнялась в среднем 3,9±0,28 мм, с вторичным 4,2±0,7 мм, имея достоверную разницу между собой (P<0,05). иагностики, прогнозирования, профилактики, а также лечения.

Таблица 1

Состояние полости рта по индексным оценкам

Группа больных	1-группа (n=30)	2-группа (n=58)		
		общий индекс	первичн. гиперпарати реоз	вторичн. гиперпарати реоз
Индекс КПУ	3,27±0,36	13,2±0,71	13,1±0,71	14,0±0,68
Пародонтальный индекс (PI)	3,2 ± 0,4	3,8 ± 0,24	3,9 ± 0,28	4,0 ± 0,73
PBI (Muhlemann)	2,4±0,7	2,9±0,1	2,9±0,1	3,3±0,3
ИндексPMA (%)	26,8 ± 2,1	38,9± 1,4***	39,0 ± 1,52***	39,2 ± 2,09***
Индекс Грин-Вермиллиона (OHI-S)	2,2 ± 0,1	2,4 ± 0,06	2,4 ±0,08	2,2 ±0,11
Глубина пародонтального кармана (мм)	3,4 ± 0,3	3,9 ± 0,2	3,9 ± 0,21	4,2 ± 0,7

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - <0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001);

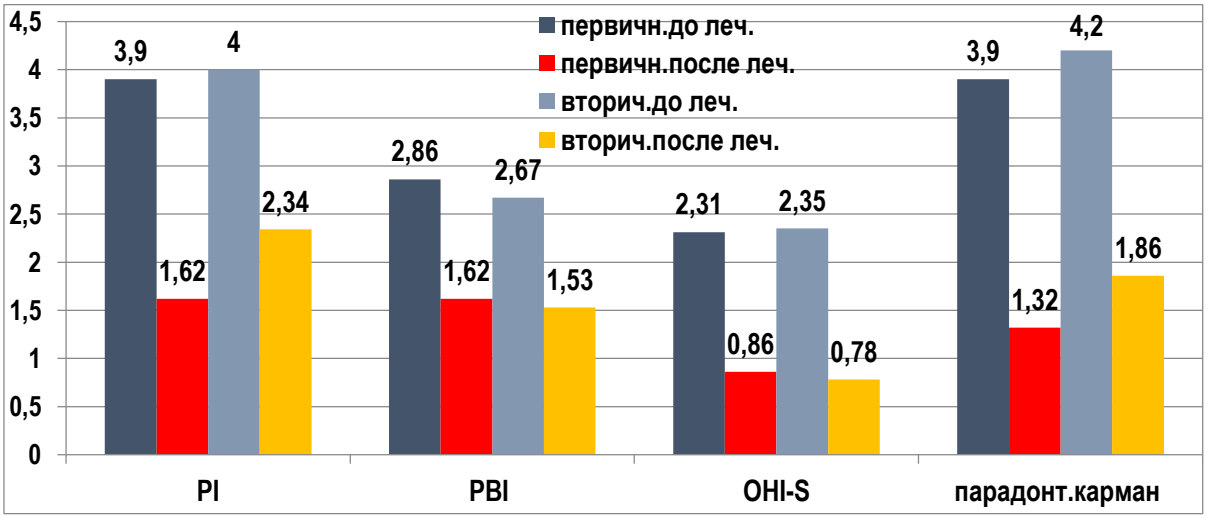

Рис. 1. Динамика терапии индексных оценок ротовой полости

Заключение

Проведенный анализ индексного состояния зубов раскрывает клиническую сущность состояния стоматологического здоровья пациентов, и полученные результаты еще раз доказывают более тяжелое клиническое течения патологии зубов при наличии гиперпаратиреоза, примером которого послужила доказанная тяжесть течения гингивита, парадонтита с образованием парадонтального кармана, подвижности зубов, глубины клинического кармана, кровоточивости десен, менее устойчивой кариесорезистентности эмали и её минерализирующего потенциала, которые были достоверно ярче выражены при первичном гиперпаратиреозе.

1. Согласно пародонтальному индексу в сравнительной группе средний балл соответствовал гингивиту без повреждения прикрепленного эпителия, где еще клинический карман не определялся, тогда как в основной группе исчезали замыкающие кортикальные пластинки на вершинах альвеолярного отростка по данным рентгенологического анализа и определялось появление признаков клинического кармана.
2. По исследованию индекса кровоточивости Muhlemann отмечалось лёгкое кровотечение по краю сосочка линейного характера в сравнительной группе, в основной группе определяли умеренное заполнение межзубного треугольника кровью, тем временем, при вторичном гиперпаратиреозе наблюдали перфузное кровотечение после зондирования, с быстрым покрытием поверхности зуба и десны кровью.
3. По методу Массера в модификации Парма в группе сравнения степень воспалительного процесса в деснах соответствовала средней степени гингивита, идентично с основной группой, однако отмечалось более выраженный процесс воспаления десны при вторичном гиперпаратиреозе, с достоверной разницей между ними в $P<0,05$. по Индекс Грин-Вермиллиона (OHI-S), определяющий состояние гигиены зубов оценивалось как «высокое», а гигиена полости рта как «не удовлетворительное», при кариозных заболеваниях зубов, как при наличии дисфункции паращитовидных желез.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Надеева Р.А., Камашева Г.Р., Амиров Н.Б. Гиперпаратиреоз и мочекаменная болезнь: ошибки диагностики (клинический случай) // Вестник современной клинической медицины. – 2016; 9(6). – С. 163-168.
2. Холупко Н.В., Навменова Я.Л., Ващенко Е.Н. Первичный гиперпаратироз: классификация, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения /– Гомель: ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2019.– 22 с.
3. Ackermann M., Wang X. H., Wang F. S., Neufurth M., Schroder H. C., Isemer F. E., Myuller W. E. G. Collagen-inducing biologization of prosthetic material for hernia repair: polypropylene meshes coated with polyP/collagen // J. Biomed. Mater. Res., Part B, 2017. DOI: 10.1002/jbm.b.34016.
4. Afolabi A.O, Shaba O.P, Adeqbuluqbe I.C. Distribution and characteristics of non-carious cervical lesions in adult Nigerian population // Nig Q. J. Hosp Med 2012 22: 1–6.
5. Navruzova L.X. Results examination of the organs of the oral cavity by index estimates for hyperparathyroisis. Eurasian journal of medical and natural sciences innovative academy. Research Support Cente UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Volume 3 Issue 2, February 2023. – ISSN 2181-287X – P. 164-169 1996; 3: 15—18.
6. Navruzova L.X. The role of sex hormones (FSH, LH) in thedevelopment of carious and non-carious dental diseases in hyperparathyroisis. Eurasian journal of medical and natural sciences innovative academy. Research Support Cente UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Volume 3 Issue 2, February 2023. – ISSN 2181-287X – P. 164-169
7. Ирсалиев Х.И. Наврузова Л.Х. Изменение на нижней челюсти при гиперпаратиреоидной остеодистрофии. Новый день в медицине. Ташкент 4(28)2019 с- 163-166
8. Наврузова Л.Х. Scaning elektronik mikroskopi of hard dental tissues at hyperfunktion of parascitroid. Вестник науки и образования. № 4 (102) декабрь 2020

Поступила 20.05.2025