



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

9 (83) 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. 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. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (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 (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 (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (84)

2025

октябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.

АСПЕКТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕННЫЕ АЛЬВЕОЛИТОВ В ПОЛОСТИ РТА

Самадова Шахзода Исаковна <https://orcid.org/0000-0001-7103-1216>

E-mail: samadova.shahzoda@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

Альвеолит является наиболее распространенным постэкстракционным осложнением. Основные симптомы альвеолита появляются через 1–3 дня после проведения оперативного вмешательства и представляют собой боль различной интенсивности в области лунки удаленного зуба, а также иррадиацию боли в соседние зубы, ухо, височную область, в некоторых случаях — в области шеи, глаза и лобную, выпадение кровяного сгустка, запах изо рта, повышение температуры до субфебрильных значений, воспаление маргинального края десны, обнажение фрагмента альвеолярной кости, сероватый налет на стенках лунки, явления регионарного лимфаденит.

Главными симптомами данного заболевания является боль в области лунки и частичный или полный распад кровяного сгустка. Данные распространенности этого заболевания не всегда достоверны, т.к. не все больные обращаются повторно в стоматологические медицинские учреждения по поводу легких форм воспалительного процесса в лунке удаленного зуба, ограничиваясь полосканиями полости рта, тепловыми процедурами и т.д.

Ключевые слова: Альвеолит, Гиперимия, Галитоз, Лунка, Налет.

OG'IZ BO'SHLIG'IDA ALVEOLITLARNI PAYDO BO'LISHI VA TARQALISHINIG JIHATLARI

Samadova Shaxzoda Isoqovna <https://orcid.org/0000-0001-7103-1216>

E-mail: samadova.shahzoda@bsmi.uz

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

Alveolit - bu ekstraktsiyadan keyingi eng keng tarqalgan asorat. Alveolitning asosiy belgilari operatsiyadan 1-3 kun o'tgach paydo bo'ladi va tortilgan tishning bo'shlig'i soxasida har xil intensivlikdagi og'riqlar, shuningdek, qo'shni tishlarga, quloqqa, peshonaga og'riqning tarqalishi, ba'zi hollarda - bo'yin, ko'z va frontal sohada, qon ivishining yo'qolishi, noxush hid, haroratning subfebril darajaga ko'tarilishi, tish katagi chekka qirrasining yallig'lanishi, alveolyar suyakning bo'lagining ta'siri, tish katagi devorlarida kulrang karash, regionar limfadenitning paydo bo'lishi bilan belgilanadi.

Ushbu kasallikning asosiy belgilari tish katagi sohasidagi og'riq va qon laxtagining qisman yoki to'liq parchalanishidir. Ushbu kasallikning tarqalishi haqidagi ma'lumotlar har doim ham ishonchli emas, chunki barcha bemorlar tish katagi yallig'lanishning engil shakllari uchun stomatologiya muassasalariga qaytmaydi, og'zini chayish, issiq muolajalar va boshqalar bilan cheklanadi.

Kalit so'zlar: Alveolit, ekstraktsiya, limfadenit, qon laxtagi.

ASPECTS OF OCCURRENCE AND PREVALENCE OF ALVEOLITIS OF THE ORAL CAVITY

Samadova Shahzoda Isakovna <https://orcid.org/0000-0001-7103-1216>

E-mail: samadova.shahzoda@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

Alveolitis is the most common post-extraction complication. The main symptoms of alveolitis appear 1-3 days after the surgical intervention. interventions and are represented by pain of varying intensity in the area of the socket of the extracted tooth, as well as irradiation of pain to neighboring teeth, the ear, the temporal region, in some cases - to the neck, eye and frontal region, loss of a blood clot, bad breath, an increase in temperature to subfebrile values, inflammation of the marginal edge of the gum, exposure of a fragment of the alveolar bone, grayish plaque on the walls of the socket, regional lymphadenitis. The main symptoms of this disease are pain in the socket area and partial or complete disintegration of the blood clot. Data on the prevalence of this disease is not always reliable, since not all patients return to dental medical institutions for mild forms of inflammation in the socket of an extracted tooth, limiting themselves to mouth rinses, thermal procedures, etc.

Key words: Alveolitis, Hyperemia, Halitosis, Hole, Plaque.

Актуальность

Довольно часто альвеолиты развиваются в результате травматически проведенной операции удаления зуба, особенно при несоблюдении больными правил гигиены полости рта (Вернадский Ю.И., 1983). Считается, что при уменьшении в полости рта количества бактериальной микрофлоры число альвеолитов (особенно при удалении нижних зубов) снижается.

Альвеолит чаще наблюдается при продолжительном проведении операции удаления зуба или корня, а также при значительном травмировании кости и слизистой оболочки, которые в дальнейшем подвергаются инфицированию. Если после удаления корня зуба края лунки остаются острыми и обнаженными, то это способствует появлению в послеоперационный период посттравматического неврита и развитию на его фоне альвеолита.

В результате травмы отсутствует биологическая связь между начинающей омертвевать костной поверхностью альвеолы и разможжёнными, отмирающими мягкими тканями и тромбом. В альвеоле образуется среда для гнилостных бактерий, альвеолярный тромб распадается в результате гниения.

При атипичном удалении зуба, когда стенки альвеолы подверглись разможжению щёчками щипцов, происходили надломы стенок и костных перегородок, разрыв десны или отрыв её в области операционного поля, края оставались острыми и обнажёнными, что способствовало ущемлению, сдавлению или растяжению нервных веточек, обрыву их и появлению в послеоперационном периоде травматического неврита лунки. Вскоре такая лунка инфицируется, в ней развивается микробная флора, происходит распад кровяного сгустка, начинается гнойное воспаление. Другими словами, на фоне первоначального неврита развивается альвеолит (Вернадский Ю.И., 1983).

Другой причиной развития альвеолита является нарушение сгустка крови в связи с кровотечением. Удаление зуба в менструальном и предменструальном периоде, в которые нарушается фибринолиз сгустка, и снижаются защитные силы организма; удаление зуба при нарушении системы свёртываемости крови также приводят к нарушению формирования сгустка крови в лунке (Попович Т.В., 1991). При длительном удалении зуба происходит тромбирование капилляров альвеолы, в результате чего отсутствует кровяной сгусток (Киселёва Т.А., 1990).

Для нормального заживления постэкстракционной раны необходимо наличие в лунке кровяного сгустка. Чтобы предупредить образование «сухих лунок», нужно устранять причины, которые могут препятствовать образованию кровяного сгустка. Причиной развития альвеолита может явиться чрезмерная инфильтрация тканей анестезирующим веществом, «способствующим образованию большого числа «сухих лунок».

В литературе имеются указания на существование факторов, которые могут препятствовать образованию или способствовать разрушению уже сформировавшегося кровяного сгустка. Так, использование сосудосуживающих препаратов, вводимых совместно с местными анестетиками, ведет к длительному спазму сосудов и препятствует образованию в лунке зуба кровяного сгустка. Нарушение процесса свертывания крови (гемофилия, псевдогемофилия, болезнь Шенлейна-Геноха, применение антикоагулянтов у больных с инфарктом миокарда, гормональные геморрагии), тампонада лунки марлевыми полосками, несоблюдение больным рекомендаций врача (полоскание полости рта после операции, курение, употребление алкоголя) также может явиться причиной нарушения образования кровяного сгустка. Разрушение кровяного сгустка может произойти за счет фибринолитического действия слюны.

Возникновению «сухой лунки», а следовательно, альвеолита, могут способствовать травматическое удаление зуба, недостаточная отслойка зубодесневой связки, неправильный выбор инструмента для проведения операции, аномалия расположения зубов и др.

Следует помнить, что существенную роль в возникновении альвеолитов играет инфицирование лунки. Микроорганизмы могут проникать в постэкстракционную рану из одонтогенных и неодонтогенных очагов хронического инфицирования, которые располагаются в виде гранулемы или грануляционной ткани, на слизистой оболочке полости рта, носа, носоглотки, а также в самой лунке.

По мнению Ю.В. Дяченко (1982), основным местом скопления стафилококков в организме человека является полость носа. По данным автора, ее высокая обсемененность стафилококками является стабильным показателем развития альвеолита, не зависящим от возраста и пола больных, а также сезона года.

Необходимо учитывать также и степень инфицирования стафилококками полости носа (Тимофеев А.А., 1982). Предполагают, что большая часть микроорганизмов, обсеменяющих полость рта, проникла в нее из полости носа. Заслуживает внимания рекомендация Ю.В. Дяченко (1982) и Г.А. Житковой (1984), указывающих на необходимость проведения у больных перед хирургическим вмешательством санации полости носа. Г.А. Житкова (1984) установила зависимость между видовым составом стафилококковой микрофлоры, выделенной из постэкстракционной лунки, а также слизистой оболочки полости носа, и тяжестью течения заболевания. При гнойной и гнойно-некротической форме альвеолита чаще высевали золотистый стафилококк в ассоциациях с другими микроорганизмами. По нашему мнению, Известно, что постоянная персистенция микроорганизмов в хронических очагах инфекции вызывает сенсibilизацию организма больного, ведущую к изменению иммунологической реактивности организма. Продукты жизнедеятельности микроорганизмов, проникая по системе лимфатических сосудов в регионарные лимфоузлы в последующем фиксируются иммунокомпетентными клетками, что сопровождается выработкой антител и сенсibilизацией организма. Сенсibilизация приводит к ослаблению защитных реакций. С помощью кожных проб с микробными аллергенами, а также лабораторных тестов было выявлено у больных альвеолитом наличие сенсibilизации организма к патогенной микрофлоре (Тимофеев А.А., 1981).

У больных альвеолитом, при различной тяжести течения патологического процесса, зарегистрировано снижение показателей фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов крови, активности лизоцима в сыворотке крови и слюне, а также ослабление бактерицидных свойств кожи (Житкова Г. А., 1984).

Одной из причин развития альвеолита (Безруков В.М., Робустова Т.Г., 2001) считают нарушение больными больничного режима, когда производят полоскания полости рта в первые часы после удаления зуба, травма сгустка пищей, зубочисткой, что способствует вымыванию кровяного сгустка. Также авторы считают, что альвеолит возникает у больных при удалении зуба по поводу обострения хронического периодонтита, при оставлении грануляций в лунке.

Проведенный анализ научной литературы показал, что одним из наиболее актуальных вопросов современной хирургической стоматологии по-прежнему является профилактика развития и лечения постэкстракционных осложнений, в частности альвеолита челюстей. Для лечения воспалительных осложнений удаления зуба существует большое число лекарственных препаратов и методов, однако оптимальный метод так и не был найден (13)

Е. Сабо (1977) в клинике альвеолита выделяет острую, подострую и хроническую стадии.

По данным автора острая стадия длится 12-14 дней. Боль и неприятный запах изо рта являются ведущими симптомами. На рентгенограмме этой стадии отмечаются узорчатые края альвеолы (перелом края альвеолы), ещё не заметны изменения в структуре кости альвеолы.

В подострую стадию через 2-3 недели боль и запах изо рта исчезают, лунка заполняется грануляционной тканью. На рентгенограмме отмечается мраморный рисунок (области со сниженным содержанием солей более тёмные, структура размытая. Костная ткань с нормальным содержанием солей более светлая и имеет структуру здоровой ткани. Их чередование даёт мраморный рисунок.

В хроническую стадию через 3-4 недели образуется патологическая грануляционная ткань. При надавливании на неё выделяется гнойный экссудат. На рентгенограмме можно определить отдельные участки затемнения (секвестры).

Г.А.Житкова (1988), Н.Г.Коротких, М.В.Шалаева, О.Ю. Шалаев (1999) из клинических наблюдений 300 больных альвеолитом выделили 4 формы:

1 - серозная, характеризующая постоянной, ноющей, усиливающейся ночью и при приёме пищи болью; лунка пустая, сгусток отсутствует, переходная складка болезненна при пальпации; температура тела - 37,5°C; регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны.

2 - гнойная, сопровождается постоянной, пульсирующей болью; лунка заполнена гноем, имеются остатки сгустка чёрного цвета; переходная складка отечна, гиперемирована; температура тела - 38°C; регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны.

3 - некротическая, характеризуется периодической от раздражителей пульсирующей болью, в лунке разрастания грануляций грязно-серого цвета со зловонным запахом, сгусток отсутствует, переходная складка гиперемирована; температура тела - 38,5°C; регионарные лимфатические узлы увеличены.

4 - гипертрофическая (хроническая) сопровождается болью при надавливании и приёме пищи; в лунке рыхлые, бледно-розовые грануляции с избытком; переходная складка умеренно болезненна при пальпации; температура тела нормальная или субфебрильная; регионарные лимфатические узлы увеличены.

Главенствующим моментом в развитии альвеолита являются микроорганизмы, которые в процессе своей жизнедеятельности выделяют в рану биологические активные вещества, в частности ферменты, оказывающие вредное воздействие на клетки и ткани организма. Патогенная микрофлора резко активизирует кининовую систему, усугубляет расстройства микроциркуляции и тем самым способствует образованию в ране нежизнеспособных, некротических тканей, которые в свою очередь благоприятствуют развитию гнойной инфекции (Каплан А.В., Махсон Н.Е., Мельникова В.М., 1985).

Основными этиологическими факторами в его развитии являются: патогенная микрофлора, находящаяся в периодонтальных тканях, а также травма, связанная с типичным, сложным удалением зуба. Применение альвостаза позволяет существенно улучшить результаты лечения больных с альвеолитами и использовать его с профилактической целью. Применение отечественного препарата альвостаз, который в три раза дешевле импортного альвожила, экономически оправданно. (14)

Авторы отмечают, что за последние годы увеличилась высеваемость бактерий из семейства Enterobacteriaceae и рода Pseudomonas как в чистой культуре, так и в составе ассоциаций. Р.В.Ушаков, В.Н. Дарёв, (2003) отмечают доминирующее значение анаэробной неспорообразующей микрофлоры, полиэтиологический характер логической патологии (ассоциации факультативно-анаэробных и анаэробных видов и другие комбинации).

Углублённое изучение нагноительных процессов, вызванных неспорообразующей анаэробной микрофлорой показало, что частое одновременное выявление аэробной и

анаэробной флоры не случайно. Возникновение анаэробного нагноительного процесса подготавливается аэробами, которые проникают в патологический очаг и определенным образом готовят ткани к развитию анаэробной и гнойной инфекции, сенсibiliзируя их. Иначе говоря, аэробная и анаэробная инфекция не просто существует в ране; присутствие одних возбудителей обуславливает и в значительной степени предопределяет возможность развития других (Каплан А.В., Махсон Н.Е., Мельникова В.Н., 1985).

Заключение

Для лечения воспалительных осложнений удаления зуба существует большое число лекарственных препаратов и методов. Проведенный анализ научной литературы показал, что одним из наиболее актуальных вопросов современной хирургической стоматологии по-прежнему является профилактика развития и лечения постэкстракционных осложнений, в частности альвеолита челюстей. Таким образом, проведение исследований с целью определения наиболее эффективных препаратов для профилактики и лечения альвеолитов, являющегося актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии, и представляет интерес в современной стоматологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Samadova Shahzoda Isakovna Clinical characteristics of children under investigation for dental caries among children. International Journal of Health Systems and Medical Science ISSN: 2833-7433 2023 June;6:64-68.
2. Samadova Shahzoda Isakovna The level of occurrence of diseases of the mucous membrane of the oral cavity and dental caries (literature review) образование наука и инновационные идеи в мире 2023;22(8): 101-106.
3. Samadova Shahzoda Isakovna Modern methods of diagnostics of lichen plane // European Journal of Modern Medicine and Practice (EJMMP) Vol. 3 No. 4 (2023): EJMMP PUBLISHED: 2023-04-04 P.33-36
4. Самадова Шахзода Исаковна Современные методы диагностики красного плоского лишая // Journal of new century innovations | www.newjournal.org 2023;27(3/27/3:118-123.
5. Sh.I. Samadova Changes In Biochemical Indicators During the Development of Alveolitis. Journal of Eurasian Medical Research Periodical 2024 August; 35:56-59 ISSN: 2795-7624
6. Khojaeva Otabek Rajabov, Lola Muhsinova, Dilafruz Hamroyeva, Shahzoda Samadova, and Nozima Kazakova. Increasing the effectiveness of complex influence on the condition of parodontal tissue in patients with diseases of the digestive system and having fixed dentures BIO Web of Conferences 121, 03005 (2024) <https://doi.org/10.1051/bioconf/>
7. Samadova Shaxzoda Isokovna New Methods for Treating Inflamed Dental Alveoli and Characteristics of Osteoplastic Materials Used for Treatment. International Journal of Integrative and Modern Medicine 2024;2(6):806-809. ISSN: 2995-5319
8. Samadova Sh.I Pastki jag molyar tishlarini olingandan keyin yuzaga keladigan alveolitlarni oldini olish va kompleks davolash. // International scientific journal «Modern science and research» ISSN: 2181-3906 2024;3(6):298-302.

Поступила 20.09.2025