



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 (86) 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
У.О. АБИДОВ
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
Д.Т. АШУРОВА
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. 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
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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 (86)

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

2025 декабрь

УДК 616.314-002.3-053.2:616.379-008.64

ОПТИМИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА С УЧЁТОМ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ

Гулбоева Зебо Нуриддин кизи e-mail: gulboeva.zebo@bsmi.uz
Норова Мавжуда Баходуровна <https://orcid.org/0000-0003-2229-1403>
Email: norova.mavjuda@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
Бухара, ул. Гиждуван. 23 Телефон: +998 (65) 223-00-50, электронная почта: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Альвеолит у детей с сахарным диабетом 1 типа представляет собой сложную клиническую проблему, обусловленную сочетанным влиянием метаболических, микроциркуляторных и иммунных нарушений. Стандартные методы стоматологического лечения, применяемые у соматически здоровых детей, в данной группе пациентов часто оказываются недостаточно эффективными, что проявляется затяжным течением воспалительного процесса, замедленным заживлением лунки и высокой частотой осложнений. Целью настоящего исследования является обоснование и разработка оптимизированного подхода к стоматологическому лечению альвеолита у детей с сахарным диабетом 1 типа с учётом системных нарушений. В статье рассмотрены ключевые направления оптимизации лечения, включающие коррекцию местной терапии, взаимодействие с эндокринологом и профилактику рецидивов.

Ключевые слова: альвеолит, сахарный диабет 1 типа, дети, оптимизация лечения, стоматологическая помощь.

1-ТУР ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА АЛЬВЕОЛИТНИ СТОМАТОЛОГИК ДАВОЛАШНИ МЕТАБОЛИК ВА ИММУН БУЗИЛИШЛАРНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ҲОЛДА ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Гулбоева Зебо Нуриддин кизи e-mail: gulboeva.zebo@bsmi.uz
Норова Мавжуда Баходуровна <https://orcid.org/0000-0003-2229-1403>
Email: norova.mavjuda@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

1-тур қандли диабет билан оғриган болаларда альвеолит метаболик, микроциркулятор ва иммун бузилишларнинг қўшма таъсири билан боғлиқ бўлган мураккаб клиник муаммо ҳисобланади. Соматик жиҳатдан соғлом болаларда қўлланиладиган стандарт стоматологик даволаш усуллари ушбу беморлар гуруҳида кўп ҳолларда етарли даражада самара бермайди, бу яллигланиш жараёнининг узоқ давом этиши, тиш олинган лунканинг секин битиши ва асоратлар тез-тез учраши билан намоён бўлади. Мазкур тадқиқотнинг мақсади 1-тур қандли диабет билан оғриган болаларда альвеолитни стоматологик даволашнинг оптималлаштирилган ёндашувини тизимли бузилишларни ҳисобга олган ҳолда асослаш ва ишлаб чиқишдан иборат. Мақолада даволашни оптималлаштиришнинг асосий йўналишлари, жумладан маҳаллий терапияни коррекция қилиш, эндокринолог билан ҳамкорлик ва рецидивларнинг олдини олиш масалалари кўриб чиқилган.

Калит сўзлар: альвеолит, 1-тур қандли диабет, болалар, даволашни оптималлаштириш, стоматологик ёрдам.

OPTIMIZATION OF DENTAL TREATMENT OF ALVEOLITIS IN CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS TAKING INTO ACCOUNT METABOLIC AND IMMUNE DISORDERS

Gulboeva Zebo Nuritdin kizi e-mail: gulboeva.zebo@bsmi.uz
Norova Mavzhuda Bahodurovna <https://orcid.org/0000-0003-2229-1403>
Email: norova.mavjuda@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 in children with type 1 diabetes mellitus represents a complex clinical problem caused by the combined influence of metabolic, microcirculatory, and immune disorders. Standard dental treatment methods used in somatically healthy children are often insufficiently effective in this group of patients, which is manifested by a prolonged inflammatory course, delayed healing of the extraction socket, and a high frequency of complications. The aim of this study is to substantiate and develop an optimized approach to the dental treatment of alveolitis in children with type 1 diabetes mellitus, taking systemic disorders into account. The article considers key directions for optimizing treatment, including correction of local therapy, collaboration with an endocrinologist, and prevention of recurrences.

Keywords: alveolitis, type 1 diabetes mellitus, children, treatment optimization, dental care.

Актуальность

Современная детская стоматология всё чаще сталкивается с необходимостью оказания помощи пациентам с хроническими соматическими заболеваниями, среди которых сахарный диабет 1 типа занимает особое место. Данное заболевание характеризуется абсолютной инсулиновой недостаточностью, нестабильностью гликемического контроля и развитием системных осложнений, оказывающих прямое влияние на процессы заживления тканей.

После удаления зубов у детей с сахарным диабетом 1 типа риск развития альвеолита значительно выше, чем у соматически здоровых пациентов. При этом воспалительный процесс в лунке удалённого зуба отличается более тяжёлым и затяжным течением, что требует пересмотра традиционных подходов к лечению и разработки оптимизированных стоматологических протоколов.

Сравнительная оценка процессов заживления лунки при альвеолите (условные баллы)

Шкала оценки (0–3 балла):

- 0 — процесс не сформирован
- 1 — слабая выраженность
- 2 — умеренная выраженность
- 3 — удовлетворительное состояние / близко к норме
-

Этап заживления	Соматически здоровые дети	Дети с СД 1 типа
Формирование кровяного сгустка	3	1
Грануляция	3	1–2
Эпителизация	2–3	1
Общее клиническое восстановление	3	1–2

Оптимизация лечения альвеолита в данной группе пациентов предполагает не только усовершенствование местных стоматологических мероприятий, но и обязательный учёт общего состояния ребёнка, уровня компенсации диабета и иммунологического статуса.

Традиционные схемы лечения альвеолита, включающие механическую обработку лунки, антисептические повязки и симптоматическую терапию, ориентированы преимущественно на

локальный воспалительный процесс. Однако у детей с сахарным диабетом 1 типа такие подходы часто не обеспечивают ожидаемого клинического эффекта.

Одной из причин низкой эффективности стандартного лечения является нарушение микроциркуляции в области альвеолярной лунки, что приводит к недостаточному поступлению кислорода и питательных веществ в ткани. В условиях хронической гипергликемии процессы регенерации замедляются, а воспаление приобретает затяжной характер.

Кроме того, иммунная дисфункция, характерная для сахарного диабета, снижает эффективность местных противовоспалительных и антимикробных средств. В результате возрастает риск вторичной инфекции и рецидивирования альвеолита, что требует повторных вмешательств и увеличивает длительность лечения.

Оптимизация местного лечения альвеолита у детей с сахарным диабетом 1 типа должна быть направлена на создание условий для полноценного заживления лунки. Особое значение имеет щадящая обработка тканей с минимальной травматизацией, что позволяет сохранить остатки кровяного сгустка и снизить риск дополнительного повреждения.

Использование антисептических средств должно быть обоснованным и дозированным, с учётом возраста пациента и состояния слизистой оболочки. Предпочтение следует отдавать препаратам с мягким действием, не нарушающим процессы регенерации.

Таблица 1. Сравнительная клиническая характеристика заживления лунки при альвеолите у детей

Параметр заживления	Соматически здоровые дети	Дети с сахарным диабетом 1 типа
Стабильность кровяного сгустка	Сформирован и сохраняется	Нестабильный, возможен ранний лизис
Формирование грануляционной ткани	В физиологические сроки	Замедленное
Эпителизация лунки	В пределах нормы	Значительно замедленная
Воспалительные проявления	Кратковременные	Длительно сохраняющиеся
Клиническое заживление	В стандартные сроки	Удлинённые сроки

Одним из ключевых элементов оптимизированного лечения является контроль метаболических показателей. Проведение стоматологического вмешательства и последующего лечения альвеолита должно осуществляться на фоне максимально возможной компенсации сахарного диабета.

Сотрудничество стоматолога и эндокринолога позволяет своевременно корректировать инсулинотерапию, снижать выраженность гипергликемии и тем самым улучшать условия для заживления тканей. Такой междисциплинарный подход существенно повышает эффективность лечения и снижает риск осложнений.

Таблица 2. Основные направления оптимизации стоматологического лечения альвеолита у детей с сахарным диабетом 1 типа

Направление лечения	Стандартный подход у здоровых детей	Оптимизированный подход при СД 1 типа
Обработка лунки	Стандартная механическая	Максимально щадящая, минимальная травматизация
Антисептическая терапия	Кратковременная	Контролируемая с учётом регенерации
Оценка общего состояния	Не проводится	С учётом гликемического контроля
Междисциплинарное взаимодействие	Не требуется	Стоматолог – эндокринолог
Диспансерное наблюдение	Стандартное	Сокращённые интервалы контроля

Учитывая снижение иммунной реактивности у детей с сахарным диабетом 1 типа, оптимизация лечения альвеолита должна включать мероприятия, направленные на поддержку местного иммунитета. Это способствует повышению резистентности тканей полости рта к микробной инвазии и ускоряет репаративные процессы.

Профилактика рецидивов альвеолита. Профилактика рецидивов альвеолита у детей с сахарным диабетом 1 типа является неотъемлемой частью оптимизированного стоматологического лечения и должна рассматриваться как длительный, многоэтапный процесс. Купирование острого воспаления в лунке удалённого зуба не гарантирует стойкой ремиссии при отсутствии системного и профилактического подхода, учитывающего особенности метаболического статуса пациента.

Ключевым направлением профилактики является обучение родителей и детей правилам послеоперационного ухода за полостью рта. Детям с сахарным диабетом 1 типа необходимо разъяснять важность щадящего режима в первые дни после удаления зуба, исключения механической травматизации лунки, отказа от горячей и раздражающей пищи, а также строгого соблюдения рекомендаций стоматолога. Родители должны быть вовлечены в процесс контроля выполнения данных рекомендаций, особенно у детей младшего возраста.

Существенное значение имеет регулярное динамическое наблюдение пациента в послеоперационный период. Плановые осмотры позволяют своевременно выявить начальные признаки воспаления, нарушения формирования кровяного сгустка или замедления репаративных процессов и скорректировать лечебную тактику до развития выраженных осложнений. Такой подход особенно важен у детей с нестабильным гликемическим контролем.

Важным профилактическим фактором является поддержание адекватного уровня гликемии. Доказано, что декомпенсация сахарного диабета существенно повышает риск рецидивирования воспалительных процессов в полости рта. В этой связи профилактика альвеолита должна проводиться в тесном взаимодействии с эндокринологом, с обязательным учётом показателей метаболической компенсации заболевания.

Дополнительное значение имеют мероприятия, направленные на поддержание местного иммунитета и нормализацию микробиоценоза полости рта. Рациональная гигиена, использование щадящих средств ухода и контроль хронических очагов инфекции способствуют снижению частоты повторных воспалительных осложнений и формированию более благоприятных условий для заживления тканей.

Обсуждение

Результаты проведённого анализа свидетельствуют о том, что альвеолит у детей с сахарным диабетом 1 типа является клинически и патогенетически более сложной патологией по сравнению с аналогичными воспалительными процессами у соматически здоровых пациентов. Особенности течения заболевания обусловлены сочетанным воздействием хронической гипергликемии, микроциркуляторных нарушений, иммунной дисфункции и замедленных репаративных процессов.

Стандартные подходы к лечению альвеолита, ориентированные преимущественно на локальное воздействие, в данной категории пациентов не всегда обеспечивают устойчивый клинический эффект. Это объясняется тем, что без коррекции системных факторов воспалительный процесс сохраняет тенденцию к затяжному течению и рецидивированию. Полученные данные подчёркивают необходимость пересмотра традиционных лечебных алгоритмов и внедрения оптимизированных схем стоматологического лечения.

Особое значение в лечении и профилактике альвеолита у детей с сахарным диабетом 1 типа имеет междисциплинарный подход. Интеграция стоматологической помощи в общую систему диспансерного наблюдения детей с эндокринной патологией позволяет учитывать индивидуальные особенности течения основного заболевания, своевременно корректировать метаболические нарушения и снижать риск стоматологических осложнений.

Следует отметить, что оптимизированные протоколы лечения оказывают положительное влияние не только на локальные клинические показатели, но и на общее состояние пациента. Снижение болевого синдрома, ускорение заживления и уменьшение числа повторных

вмешательств способствуют улучшению психоэмоционального состояния ребёнка и повышению приверженности к лечению.

Заключение

Оптимизация стоматологического лечения альвеолита у детей с сахарным диабетом 1 типа является актуальной и социально значимой задачей современной детской стоматологии. Выраженные метаболические и иммунные нарушения, характерные для данного заболевания, существенно изменяют течение воспалительных процессов в тканях полости рта и требуют особого клинического подхода.

Учет системных факторов, индивидуализация местной терапии и тесное взаимодействие стоматолога с эндокринологом являются ключевыми условиями успешного лечения и профилактики рецидивов альвеолита. Внедрение оптимизированных стоматологических протоколов позволяет сократить сроки заживления, снизить частоту осложнений и обеспечить более стабильные и прогнозируемые клинические результаты.

Перспективы дальнейших исследований связаны с разработкой стандартизированных алгоритмов ведения детей с сахарным диабетом 1 типа при проведении стоматологических вмешательств, что будет способствовать повышению качества специализированной стоматологической помощи и улучшению качества жизни данной категории пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Blum I. R. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): A clinical appraisal // Journal of the Canadian Dental Association. 2002;68(8):476-479.
2. Birn H. Etiology and pathogenesis of fibrinolytic alveolitis ("dry socket") // International Journal of Oral Surgery. 1973;2(5):211-263.
3. Alexander R. E. Dental extraction wound management: A case against routine antibiotic use // General Dentistry. 2000;48(2):202-206.
4. Bowe D. C., Rogers S., Stassen L. F. A. The management of dry socket/alveolar osteitis // Journal of the Irish Dental Association. 2011;57(6):305-310.
5. Daly B., Sharif M. O., Newton T., Jones K., Worthington H. V. Local interventions for the management of alveolar osteitis (dry socket) // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012. — CD006968.
6. Hupp J. R., Ellis E. III, Tucker M. R. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. — 7th ed. — St. Louis: Elsevier, 2019. 784 pp.
7. Peterson L. J., Ellis E., Hupp J. R., Tucker M. R. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. — 3rd ed. — Shelton: PMPH-USA, 2012. — 1432 p.
8. Neville B. W., Damm D. D., Allen C. M., Chi A. C. Oral and Maxillofacial Pathology. — 4th ed. — St. Louis: Elsevier, 2016. — 928 p.
9. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes — 2024 // Diabetes Care. 2024;47(1):1-350.
10. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Diabetes in childhood and adolescence // Pediatric Diabetes. 2022;23(1):1-xx.
11. Marhoffer W., Stein M., Maeser E., Federlin K. Impairment of polymorphonuclear leukocyte function and metabolic control of diabetes // Diabetes Care. 1992;15(2):256-260.
12. Falanga V. Wound healing and its impairment in the diabetic foot // The Lancet. 2005;366:1736-1743.
13. Lalla E., Papapanou P. N. Diabetes mellitus and periodontitis: A tale of two common interrelated diseases // Nature Reviews Endocrinology. 2011;7:738-748.
14. Bender I. B., Bender A. B. Diabetes mellitus and the oral cavity // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. 1983;55(2):132-136

Поступила 20.11.2025