

лица и шеи у детей // Актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2006. – С. 14-15.

2. Икрамов Г.А. Применение актовегина у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после уранопластики: Дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2004. – 105 с.

3. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей. – М., 1990. – 170 с.

4. Bos M., Hopman J., Stuiver M.M., Voss A. Decolonisation of meticillin- resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) carriage in adopted children with cleft lip and palate // J. Glob. Antimicrob. Res. – 2016. – Vol. 9? №7. – P. 8-33.

АННОТАЦИЯ: Лечение детей с врожденной расщелиной губы и неба является одной из наиболее сложных задач современной восстановительной хирургии челюстно-лицевой области. Проблема заключается не только в исправлении анатомического дефекта, но и в полноценном восстановлении функции структур нёбно-глоточной области. Важнейшим показателем функционально-метаболической активности тканей ротовой полости является микробиоценоз полости рта. У наблюдаемых детей до операции выявлен значительный сдвиг качественного состава микрофлоры в сторону патогенных видов, а также количественные изменения нормальной стабилизирующей микрофлоры полости рта.

Ключевые слова: врожденная расщелина верхней губы и неба, уранопластика, микроэкология полости рта.

ABSTRACT: Treatment of children with CCLP is one of the most difficult tasks of modern reconstructive surgery of the maxillofacial area. The problem lies not only in the correction of the anatomical defect, but also in the full restoration of the function of the structures of the palatopharyngeal region. Microbiocenosis of the oral cavity is an important indicator of the functional and metabolic activity of the tissues of the oral cavity. The results of microbiological studies showed that in children with CCLP before surgery, a significant shift in the qualitative composition of microflora towards pathogenic species was revealed, as well as quantitative changes in the normal stabilizing microflora of the oral cavity.

Key words: congenital cleft of the upper lip and palate, uranoplasty, microecology of the oral cavity.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-15>
УДК: 616.314.165-089.87-089.23-08

МИЛК ТЎҚИМАЛАРИДА ДЕНТАЛ ИМПЛАНТАЦИЯ АМАЛГА ОШИРИЛГАН НИДАН СЎНГ РЎЙ БЕРАДИГАН КЛИНИК-ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАР ВА УЛАРНИ КОРРЕКЦИЯ ҚИЛИШ УСУЛЛАРИ



Зиядуллаева Н.С., Кобилжонов У.Ш.,
Болтабоев Б.Б.

Тошкент давлат стоматология институти

Бугунги кунда ортопедик стоматология соҳасидаги энг кенг қўлланиладиган ва талаб юқори бўлган йўналишларидан бири бири бу тиш қаторидаги камчиликларини тузатиш ҳисобланади. ВОЗ маълумотларига кўра, аҳолининг 75 фоизи ушбу патологиядан азият чекмоқда. Ушбу муаммонинг асосий хусусияти шундаки, тишларнинг қисман йўқотилиши натижасида тишлар қаторида жиддий ўзгаришлар рўй беради, тиж-жағ тизимнинг биомеханикаси, тишнинг периодонтал ва қаттиқ тўқималарининг ҳолати бузилади, эстетик нуқсонлар пайдо бўлади, бу ҳолат беморнинг психологик ҳолати ҳам таъсир қилади [11,14,20].

Бунда асосий вазифа – даволаш усулини ва шифокор ва беморнинг барча талабларига жавоб берадиган зарур дизайнни тўғри танлаш ҳисобланади. Имплантологиянинг ривожланиши билан беморлар олинadиган протезлардан фойдаланишни воз кечишмоқда, ва имплантларга асосланган тузилмаларни афзал кўришмоқда.

Молекуляр генетика, материалшунослик, биомеханика ютуқлари туфайли дентал/тиш имплантацияси усули стоматологияга муваффақиятли тадбиқ қилинмоқда ва стоматологияда кенг қўлланилмоқда. Суяк ичига ўрнатиладиган дентал имплантларнинг самарадорлиги ва имкониятлари эндиликда ҳеч кимда шубҳа туғдирмайди. Дентал

имплантларини қўллаш имкониятлари доираси жуда кенг – битта тишни алмаштиришдан тортиб жағнинг бир қисмини тиклашгача. Стоматологиянинг ушбу йўналиши билан нафақат протезлаш билан боғлиқ бир қатор муаммоларни, балки кенг тарқалган тиш касалликларининг олдини олинишига умид билдирилмоқда. Аммо протезлашнинг мураккаблиги тишсиз жағларнинг алвеоляр суяги тузулишининг ўзига ҳос хусусиятларидан келиб чиқади. Имплант ўз вазифасини яхши бажариши учун оғиз бўшлиғининг чайнашда иштирок этадиган таянч тўқималарига босимни шундай тақсимлаши керакки уларнинг нормал ишлашини сақлаб қолган ҳолда, суяк тўқимасида морфологик ўзгаришларни келтириб чиқармаслиги керак. Остеоинтеграция натижасида жағнинг биологик фаол, динамик равишда янгиланадиган суяк тўқимаси ва суяк ичига ўрнатиладиган имплант юзаси ўртасида морфологик ва функционал бевосита алоқа ўрнатилади. Ортопедик даволанишнинг муваффақиятини таъминловчи омиллардан бири бу имплантнинг атрофдаги тўқималар билан алоқа қилишининг табиати ҳисобланади. Бундай ҳолда, микроциркуляция параметрларида ўзгаришларнинг пайдо бўлиши суяк тўқималарида резорбция жараёнлари бошланишига ва натижада қимирлашнинг кучайишига ва кейинчалик имплантни суяк ичидаги ишчи қисми узунлигининг қисқариши оқибатида унинг олиб ташланишига олиб келиши мумкин [2,12-15,26].

Ўтган йиллар давомида имплантация методикаси талаб этиладиган муваффақият мезонларига ва терапевтик тадбирларни тўғри қўллаш шартларига риоя қилинганда ўзининг самарали эканлиги исботлади. Дентал/тиш имплантациясининг ҳозирги тенденциялари хирургик жароҳатларини минималлаштириш, юқори косметик натижаларга эришиш ва реабилитация муддатини қисқартиришга қаратилган. Айнан шу сабабларга кўра тишларни олиб ташлашда имплантларни бир вақтнинг ўзида ўрнатиш усуллари, уларнинг дарҳол юкланиши ҳозир кенг қўлланилмоқда [7,10,14,21].

Тўғридан-тўғри протезлаш суғуриб олинган тишлар атрофида суяк тўқималарининг оптимал анатомик ва функционал хусусиятларини сақлаб қолиш учун катта аҳамиятга эга эканлиги ҳаммага маълум. Иммедиат-протезлар ўзига ҳос «боғлаш» нинг бир тури бўлиб, бунинг натижасида алвеоладаги қон қуйқаси яхшироқ сақланиб қолади; озиқ-овқат қолдиқларидан

кириб қолиши ва сўлак билан емирилишидан яраланган юзани ҳимоялайди. Каттиқ танчанинг мавжудлиги операциядан кейинги яранинг қирраларини бир-бирига ёпишишига, протез тўшагининг суяк бўртиклари бўлган жойларда ва олиб ташланган тишларнинг тешикларидаги ўткир қирралари соҳасида қулай шаклланишига ёрдам беради. Бошқа томондан, иммедиат-протезлари орқали тишсиз жойга тақсимланадиган чайнашдаги босим қон қуйқасини қисқа муддатларда суяк тўқимаси билан алмашишига ёрдам беради ва остеогенез жараёнларини тезлаштиради. Фронтал қисмдаги тишсиз алвеоляр ўсимтанинг қулай шакли ва суяк тўқимасини тўлиқ минераллашиши ортопедик даволаш усуллари танлашда, шу жумладан дентал имплантацияси билан боғлиқ усулларни танлашда ҳам, имкониятларни кенгайтиради дея тахмин қилиниши мантиқан тўғри [7,13,14,20].

Тиш имплантологияси тобора ривожланиб бориши билан эътибор нафақат функционалликка, балки эстетикага ҳам катта урғу берилмоқда. Тиш имплантларини ўрнатишда энг қийин ишлардан бири бу табассумнинг уйғунлиги ва мувозанатини таъминлайдиган «оқ-пушти эстетика»га эришиш (реставрацияни юмшоқ тўқималар билан эстетик яқунлаш). Бугунги кунда кўплаб ортопед-стоматологлар, имплантларни, айниқса жағнинг олдинги қисмини юмшоқ тўқималар билан тўлдирилишининг муҳимлигини англаб етишади. Адабиётларда 61% ҳолларда олди томондаги юзадан тиш милклар рецессияси камида 1 мм бўлиши ҳақида маълумотлар келтирилган. Шу сабабли, милк ҳосил қилувчиларни ўрнатишда хирургик жароҳатларини минималлаштириш муаммоси имплантация операция билан бирга эстетик ва функционал жиҳатлари билан тенг аҳамиятга эга [12,21].

Организм жароҳатга (бизнинг ҳолатимизда, хирургик жароҳат) яллиғланиш билан жавоб қайтаради. Яллиғланишнинг патофизиологик моҳияти учта таркибий қисмдан иборат: алтерация, экссудация билан қон томир реакцияси ва лейкоцитларнинг эмиграцияси, шунингдек шикастланган тўқималарнинг яхлитлигини тиклашга қаратилган пролиферациядир. Операциядан кейин тўқималарни даволашни кечиктирилиши ёки асоратларни ривожланиши кейинги ортопедик даволанишни вақт жиҳатидан кечиктирилиши ва мураккаблашишига олиб келади.

Дентал имплантациясидан кейинги барча асоратлар одатда икки гуруҳга бўлинади: дастлабки (бир неча кундан 2-3 ҳафтагача) ва кеч (бир неча

йилдан кейин ривожланади). Дастлабки асоратларга яллиғланиш жараёнига ҳос бўлган, бу юзжағ соҳасининг тўқималарига етказилган механик шикастланишлар натижасида юзага келадиган асоратлари киради, яъни операциядан кейинги шишлар, анестезия эритмасининг таркибида мавжуб бўлган адреналиннинг вазоконстриктор таъсири тўхтатгандан сўнг юзага келадиган ўрнатилган имплант ҳудудида қон чиқиши. Бундан ташқари, оғриқ пайдо бўлиши, шунингдек тана ҳарорати 38°C га кўтарилиши мумкин.

Дентал имплантациясидан кейинги кечки асоратларга остеоинтеграция пайтида ёки остеоинтеграциядан сўнгги пайтда периимплантация зонасида яллиғланишнинг пайдо бўлиши ҳисобланади [1,3,9,12,15,18].

2008 йилда Европа Периодонтологлар федерациясининг семинарида дентал имплантлар соҳасидаги инфекциян-яллиғланишли жароҳатлар борасида консенсус ишлаб чиқилган бўлиб, замонавий илмий далиллар асосида, унга периимплант мукозити ва периимплантит киритиш таклиф қилинган эди [22].

Мукозит – бу остеоинтеграцияни бузилиши билан бирга кечмайдиган, конструкцияни ўраб турадиган юмшоқ тўқималарнинг яллиғланиши.

Периимплантит - бу имплант атрофидаги тўқималарнинг таянч суякнинг горизонтал ёки вертикал резорбцияси билан бирга кечадиган яллиғланишидир. Замонавий маълумотларга кўра, инсонларнинг 80 фоизда мукозит ривожланади, шу билан бирга периимплант эса кузатилганларнинг 28-56 фоизда аниқланган ва тавсифи келтириб берилган [22].

Имплант ноқобиллигининг ва унинг функционал хусусиятларининг ёмонлашувининг энг кенг тарқалган сабаби периимплантитнинг ривожланиши ҳисобланади. Имплантлар ўрнатилгандан кейин, дастлабки босқичларда беморларнинг оғиз бўшлиғини текшириш пайтида атрофдаги юмшоқ тўқималар ҳудудида маҳаллий яллиғланишнинг клиник белгилари аниқланди.

Келинг, периимплантитнинг баъзи сабабларини батафсил кўриб чиқамиз. Демак, периимплантит ривожланишининг муҳим омилларидан бири бу чекишдир. С.И. Жадько ва Ф.И. Герасименконинг фикрига кўра, сигарет чекадиган беморларга имплантациядан кейин тўқималарнинг тикланиши чекмайдиганларга қараганда анча секин ва ёмон кечади. Бунинг сабаби чекишга мойил бўлган одамларнинг тишларида налёт/тош тез пайдо бўлиши ва шу сабабли гингивит ва периодонтит ривожланиши, шунингдек суяк

тўқималарнинг қаттиқ резорбцияси пайдо бўлиши хавфининг юқорилигидир. Чекиш никотиннинг артериолаларга вазоконстриктив таъсири туфайли тўқималарда қон айланишини пасайтиради. Чекиш пайтида никотин, углерод монооксиди ва водород цияниди каби захарли қўшимча маҳсулотлар ажралиб чиқади, улар организм тўқималарининг репаратив функциясини сусайтиради. Никотинли гиёҳвандликка чалинган стоматологик беморларни дентал имплантация усули билан даволашда, агар бемор чекишни ташласа, асоратлар кечишини чекмайдиган стоматологик беморлардаги даражагача тушуриш мумкин.

Периимплантитнинг яна бир сабаби бу иккита имплантнинг ҳаддан ташқари бир бирига яқинлиги бўлиши мумкин, бу ушбу жойда қон айланишини бузади, тиш-милк папилласининг шаклланишини башорат қилишини ва оғиз гигиенасини қийинлаштиради.

Чоп этилган маълумотларнинг таҳлиliga асосланиб, дентал имплантациясидан кейинги эрта ва кечки асоратлар патогенези негизида имплант атрофидаги тўқималарда гемодинамиканинг бузилиши деб тахмин қилиш мумкин [1-3,6,7,10,12,15,21,22,18,26].

Периимплант тўқималарида патологик ўзгаришларни ва периимплантитнинг ривожланиши эрта ташхислаш энг мақбул даволаш ва профилактик тадбирларни ишлаб чиқиш имконини берди.

Ҳозирги вақтда жуда кўп самарали антисептик ва антибактериал воситалар мавжуд, аммо яллиғланиш генезининг суяк тўқималари резорбцияси ривожланишини барча ҳолатларда бартараф этишнинг иложи йўқ. Шу муносабат билан ушбу мақсадлар учун дори-дармон бўлмаган даволаш усуллари, хусусан, физиотерапия усуллари ишлаб чиқишга катта қизиқиш мавжуд. Сўнгги йилларда периимплантитни даволашнинг физиотерапевтик усуллари арсенали янги терапевтик усуллар билан бойитилди, аммо шунга қарамай, операциядан кейинги даврнинг дастлабки босқичида ҳам, кейинчалик суяк ичида имплантлар ўрнатилиб ишга тушган пайтда ҳам периимплантитни даволаш самарадорлигини ошириш муаммоси долзарб бўлиб қолмоқда [1,5,6,9,18,19,23-27].

Шу билан бирга, яллиғланишга қарши, антибактериал, тикловчи ва иммуномодуляцион таъсир кўрсатадиган жисмоний омилларга катта эътибор қаратилмоқда [9,12,16,18,22].

Репаратив жараёнлар ва суяк тўқималарини тиклаш жараёнларини бузилишида, физиотерапиядан фойдаланиш, орган функцияларини автоном тартибга солишнинг турли даражаларига, шу жумладан метаболизм ва минтақавий қон айланишига таъсир ўтказишга қаратилган бўлади. Жисмоний омиллар ёрдамида бузилган метаболизмни тиклашга эришиш ва керакли миқдордаги субстратларни тўқималарга етказиб беришни таъминлаш ва шу орқали яллиғланиш жараёнларини тўхтатиш лозим бўлади.

Кўпгина муаллифларнинг фикрига кўра, бундай жисмоний омил сифатида паст интенсивликдаги лазер нурланишини қўллаш мумкин, бу маҳаллий муолажа яллиғланишга қарши таъсирга эга, шунингдек, тананинг мослашувчан ва захира қобилятини оширадиган умумий иммунорефлектор ҳисобланади [4,9,18,19,17,24,27].

Ҳозирги вақтда лазер электроникасининг ривожланиши авторезонант реакция туфайли организмнинг лазер таъсирига физиологик ва биологик реакцияларини оптималлаштиришга қаратилган янги технологияларни амалга оширишга имкон берадиган оптик генераторларни яратишга имкон берди ва шунинг учун анъанавий лазер нурланишининг аллақачон исботланган таъсири кучаймоқда.

Ф. Рашиди даволаш комплексига паст интенсивликдаги лазер нурини киритиш самарадорлигини асослаб берган. Бунинг учун у назорат ва асосий гуруҳларга бўлинган 415 суяк ичига ўрнатилган имплантати 108 беморни кўрикдан ўтказди (асосий гуруҳ пери-имплантитни даволашда лазердан фойдаланган). Назорат гуруҳида периимплантит касаллигига чалиниш 13,3% беморларни ташкил этди, асосий гуруҳда эса периимплантит – 5,1% беморларда аниқланди (шу жумладан 1,3%, имплантлар олиб ташланган). Тадқиқот усуллари сифатида қуйидагилар қўлланилган: Ю.А. Федоров, В.В. Володкина методикаси бўйича гигиеник кўрсаткичи (1964 й.), гингивитнинг папилляр-маржинал-алвеоляр кўрсаткичи (РМА), Шиллер – Писарев тести (яллиғланишдаги гликоген таркибини макрохистокимёвий 27 ўрганиш), оғиз бўшлиғининг рН кўрсаткичи, имплантат безидан олинган парчаларни цитологик ва бактериоскопик жиҳатдан ўрганиш (А.А. Кунин усули бўйича, 1973 й.), хамиртурушга ўхшаш қўзқоринларни бактериологик текшириш. Тадқиқотлар даволанишдан олдин, имплантация амалиётидан 2 кундан кейин, 1 ой, 6 ой, ва 1 йилдан кейин ўтказилди. Периимплантитни анъанавий даволаш учун 10 кун

давомида антибиотиклар, антигистаминлар ва яллиғланишга қарши дорилар қўлланилди; таъсир бўлмаганда эса – кюретаж, сўнгра имплантат атрофига остеопластик материал (Остеопласт К®) киритилди. Асосий гуруҳда периимплантит ёрдамида гелий-неон лазер тўлқин узунлиги 580 нм ва қувват зичлиги 100-150 мВт/см бўлган “Ягода” аппарати ёрдамида 10-15 кунлик процедура ёрдамида даволанди. Даволаш асосий терапия, шу жумладан дори моддалар терапияси ва периимплант тўқималарни жарроҳлик йўли билан даволаш фонида ўтказилди.

Муаллифнинг таъкидлашича [19], паст интенсивликдаги лазер нурланишидан фойдаланган ҳолда даволаш комплекси милк яллиғланишини олдини олишга ёрдам беради, репаратив осцеоинтеграция жараёнларини кучайтиради, бу эса ҳам эрта ва ҳам кечки периимплантда суяк ичидаги имплантни мустаҳкамланишига ёрдам беради. Бу периимплантитга чалинган беморларнинг барчасида йил давомида, кеч беморларда – беморларнинг 70 фоизиди да олти ой давомида ва беморларнинг 45 фоизиди йил давомида олинган самарани сақлаб қолишга ёрдам беради.

Физиотерапевтик муолажалар танага, шу жумладан оғиз бўшлиғи аъзолари ва тўқималарига турли хил таъсир кўрсатади (масалан, оғиз шиллик қаватининг яллиғланишида). Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг касалликлари механизмлари суяк тўқимасининг қон айнаlishининг бузилиши сабабли вужудга келади, бу эса кейинчалик гипоксия ҳолатига олиб келади. Шунинг учун, гингивит, периодонтит, периодонтал каби касалликларни даволашда микроциркуляцияни нормаллаштиришга ёрдам берадиган қон айланишини яхшилашга қаратилган ҳар қандай усуллар қўлланилади.

Бундай жисмоний даволаш усулларида бири Дарсонвализация ҳисобланади. Ушбу усул юқори кучли (20 кВ) ва паст кучли (0,02 мА) юқори частотали (100-300 Гц) пулсацияланувчи ўзгарувчан синусоидал ток орқали таъсир қилишдан иборат. Дарсонвализация оғриксизлантириш таъсирга эга, периодонтал тўқималарнинг трофикасини, қон томирларининг функционал ҳолатини яхшилайдиган, лейкоцитлар миграциясини кучайтиради, тўқима реактивлигини оширади ва шу билан бирга маҳаллий иммунитетни оширади ва барқарор ижобий терапевтик натижани беради.

Стоматологияда дарсонвализация қўлланилиши учун кўрсатмалар:

- периодонтит,

- гингивит (катарал, гипертрофик),
- периодонтал касаллик,
- периодонтит (ўткир, каналлар пломба билан тўлдиргандан сўнг унинг кучайиши);
- неврит, гипостезия, тригеминал невралгия,
- нейромиозит,
- глоссалгия,
- шиллиқ қават касалликлари (сурункали қайталанувчи афтозли стоматит, қизил ясси темпраткининг оддий шакли, стоматит, пуфакли тошма),
- яра,
- суяк синиши,
- гематома,
- жарроҳлик амалиётидан кейин юз-жағ соҳасидаги ўткир яллиғланиш жараёнлари (абсцесс, флегмона),
- чакка пастки жағ бўғимнинг артрити (ўткир, кучайиши),
- пластик жарроҳлик натижасида асоратлар,
- филатовский шохчаси пластикаси.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар – бу ёмон сифатли шишлар, юрак-қон томир тизимининг етишмовчилиги, қон кетишига мойиллик ва силнинг фаол жараёни.

Тўлиқ олинадиган пластинали протезлардан фойдаланган беморларда протезли тўшакнинг гемодинамикасини яхшилаш учун дарсонвализация усулидан фойдаланиш тўғрисида далиллар мавжуд [8].

Шундай қилиб, ушбу гуруҳ беморларининг клиник ва стоматоскопик текшируви протез тўшагининг шиллиқ қаватининг ранги яхшиланганлигини даволашнинг 6-7 кундаёқ аниқланган. Беморларнинг субъектив шикаятлари комплекс даволашнинг 5-6-кунда камайди. Даволанишнинг 10-кунда беморларни объектив текширилиши, протезли тўшакнинг шиллиқ қаватининг яхшиланганлигини кўрсатди, бунда у сиқилиши, ранги яхшиланиши ва қон томир тузилишининг кўзга кўриниши билан ажралиб турарди.

Протез тўшагига маҳкамланиши яхшиланди. Даволанишнинг 20-кунда протез тўшагининг шиллиқ қавати ранги кўкимтир эмас, оқарган ва гиперемик жойларсиз табиий текис оч пушти рангга ега бўлди.

Даволашнинг 10-кунда ЛДФ-грамм натижалари қон оқими ва унинг интенсивлигини мос равишда 53% ва 4% га ошганлигини кўрсатди, шу билан бирга микротомирларнинг вазомотор фаоллиги 27% га пасайди. Комбинацияланган даволанишнинг 10-кунда ўтказилган тўқима қон айланишининг амплитудали-частота хусу-

сиятлари динамикаси таҳлили вазомоциялар ва юқори частотали флаксмоциялар даражасининг мос равишда 11 ва 18% га ошганлигини кўрсатди, бу микровасуляторнинг артериал ва венуляр қисмларида қон айланишининг яхшиланишини кўрсатди. Уриш пулсациясининг 9% га пасайиши протез тўшагининг микроциркулятор веноз қон айланишининг яхшиланганлигидан далолат беради.

Даволанишнинг 20-кунида беморларни текширганда, тўқималарда қон айланиш даражаси бошланғич кўрсаткичлардан 58 фоизга ошганлиги, микроциркуляция интенсивлиги 10 фоизга ошганлиги маълум бўлди. Микротомирларнинг вазомотор фаоллиги бошланғич кўрсаткичдан 28% га камайди. Бошқача қилиб айтганда, даволанишнинг 20-кунида барча микроциркуляция кўрсаткичлари нормаллашган ҳолда назорат гуруҳининг кўрсаткичларига яқинлашди (тиш қатори бузилган шахслар).

ЛДФ-граммнинг амплитуда-частота спектрида, пулсацияланувчи флаксмоциялардан ташқари, ўрганилган барча ритмларнинг амплитудалари, қон айланиши фаол ва пассив модуляциясининг компенсацион ўсишини тавсифлаган ҳолда ўсиб бориши кузатилган. Микроциркуляция кўрсаткичи назорат қийматларига мос келди, бу микроциркуляция самарадорлигини ошишини ва тўқима қон айланишининг барқарорлашишини англатади.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, дарсонвализация усули периимплантит каби дентал имплантациясидан кейинги эрта ва кеч асоратларини даволашда ҳам самарали бўлишини таҳмин қилиш мумкин.

Адабиётлар

1. Амиров А.Р. Экспериментально-клиническое обоснование использования эрбиевого лазера в комплексном лечении пациентов с периимплантитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 26 с.
2. Базикян Э.А., Романенко Н.В., Кузнецов Е.А. и др. Профилактика инфекционных осложнений внутрикостной имплантации // Рос. стоматол. журн. – 2000. – №2. – С. 16-20.
3. Ванцян А.В. Комплексная иммунопрофилактика осложнений при дентальной имплантации с использованием ультразвука: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 141 с.
4. Елисеенко В.И. Биологические проявления действия низкоэнергетического лазерного излучения и его роль в механизме стимуляции репаративных процессов // Перспективные направ-

ления лазерной медицины. – Москва; Одесса, 1992. – С. 284-286.

5. Ешиев Д.А. Лечение больных с дефектами альвеолярного отростка челюстей с применением синего света и электровибромассажа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2014. – 20 с.

6. Ешиев А.М., Алиев А.М. Применение физиотерапевтических процедур после дентальной имплантации (обзор литературы) // Актуальные вопросы медицины в современных условиях // Халқаро илмий-амалий конференция натижалари бўйича илмий ишлар тўплами. № 2. – СПб, 2015. – 205 с.

7. Зицман Н., Шерер П. Стоматологическая реабилитация с помощью дентальных имплантатов. – М.: Азбука, 2005. – 128 с.

8. Зиядуллаева Н.С. Гемодинамические показатели протезного ложа беззубой верхней челюсти и пути их коррекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2007. – 26 с.

9. Зуева И.А. Особенности антимикробного и противовоспалительного эффектов инфракрасного лазерного излучения в режиме постоянно меняющихся частот при быстро прогрессирующем пародонтите: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 119 с.

10. Китаев В.А. Клинико-биохимическая оценка результатов дентальной имплантации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 24 с.

11. Кицул И.С., Попова И.Н. Состояние региональной системы стоматологической помощи населению и пути ее оптимизации // Главврач. – 2006. – №2. – С. 87-92.

12. Кулаков А.А., Кречина Е.К. и др. Влияние различных методов проведения второго этапа имплантации на показатели микроциркуляции в тканях десны вокруг раны // Стоматология. – 2014. – Т. 93, №6. – С. 52-56.

13. Луцкая И.К., Лопатин О.А., Назаров И.Е., Иванов М.С. Несъемное протезирование на имплантах как альтернатива полному съёмному протезированию // Кафедра. – 2015. – №57.5

14. Параскевич В. Дентальная имплантация. Введение в специальность // Стоматол. журн. – 2000. – №4. – С. 8-10.

15. Перова М.Д. Осложнения дентальной имплантации, их лечение и профилактика // Новое в стоматол. – 2002. – №5. – С. 75-84.

16. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения. – СПб, 2002. – 290 с.

17. Радзиевский С.А., Олесова В.Н. Использо-

зование озонотерапии, КВЧ-терапии и лазерной терапии и их сочетанного применения для профилактики послеоперационных осложнений при дентальной имплантации // Вопросы курортол. – 2002. – №4. – С. 29-31.

18. Рашиди Ф. Лечение перимплантитов с использованием низкоинтенсивного лазерного света: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Воронеж, 2009. – 20 с.

19. Рисованный С.И., Рисованная О.Н. Лазерная стоматология // Dent Market. – 2009. – №3. – С. 10-14.

20. Сорокин Е.В. Особенности протезирования при частичной потере зубов в современной ортопедической стоматологии // Илмий шарҳ. Тиббиёт фанлари. – 2017. – №4. – С. 106-109.

21. Тунева Н.А., Богачева Н.В., Тунева Ю.О. Проблемы дентальной имплантации // Вятский мед. вестн. – 2019. – №2 (62). – С. 86-93.

22. Шевела Т.Л., Походенько-Чудакова И.О., Кабак С.Л. Экспериментально-морфологическое обоснование дифференцированного подхода к лечению периимплантита // Вятский мед. вестн. – 2019. – №2 (62). – С. 336-338.

23. Bruzell Roll E.M., Jacobsen N., Hensten-Petersen A. Health hazards associated with curing light in the dental clinic // Clin. Oral Invest. – 2004. – Vol. 3. – P. 113-117.

24. Kalra T., Nagrath M., Kalra G. Lasers in prostshodontics/ Part I: Implantology // Int. J. Laser Dent. – 2014. – Vol. 4. – P. 49-53.

25. Staudt C.B., Mavropoulos A., Bouillaguet S. et al. Light- curing time reduction with a new high-power halogen lamp // Amer. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2005. – Vol. 6. – P. 749-754.

26. Vassos D. Achieving the Wow Factor in a Dental Implant Practice // Dentist. Today. – 1998. – Vol. 8. – P. 86-91.

27. Wilcox C.W., Wilwerding T.M., Watson P., Morris J.T. Use of electrosurgery and lasers in the presence of dental implants // Int. J. Oral. Maxillofac. Implant. – 2001. – Vol. 16. – P. 578-582.

АННОТАЦИЯ: Имплантологиянинг тобора ривожланиб бориши билан мижозлар/беморлар олинадиган протезлардан ВОЗ кечиби, имплантлар асосида яратилган конструкцияларни афзал кўриб,уларга устунлик бормокдалар. Операциядан сўнг тўқималарнинг секин битиши ёки асоратларни ривожланиб бориши кейинчалик ортопедик даволанишни кечиктиради ва мураккаблаштиради. Чоп этилган маълумотларнинг таҳлилига асосланиб, дентал имплантацияси-

дан кейин рўй берадиган эрта ва кечки асоратлар патогенезининг сабаби имплант атрофидаги тўқималарда гемодинамиканинг бузилиши деб тахмин қилиш мумкин. Шу муносабат билан, сўнгги йилларда яллиғланишга қарши, антибактериал, тикловчи ва иммуномодуляцион таъсир кўрсатадиган жисмоний омилларга катта эътибор қаратилмоқда.

Калит сўзлар: тиш гўшти микроциркуляцияси, тиш имплантациядан кейинги асоратлар, микроциркуляцияни тиклаш, периимплантитларни даволаш, стоматологияда физиотерапия.

АННОТАЦИЯ: С развитием имплантологии пациенты всё чаще отказываются пользоваться съёмными протезами, отдавая предпочтение несъёмным конструкциям с опорой на имплантах. Замедление послеоперационного заживления тканей или развитие осложнений отдалает и усложняет последующее ортопедическое лечение. На основании анализа данных литературы можно утверждать, что в основе патогенеза ранних и поздних осложнений после дентальной имплантации является нарушение гемодинамики в тканях, окружающих имплантат. В связи с этим в последнее время большое внимание уделяется физическим факторам, которые обладают противовоспалительным, антибактериальным, регенерационным и иммуномодулирующим действиями.

Ключевые слова: микроциркуляция десны, осложнения после дентальной имплантации, восстановление микроциркуляции, лечение периимплантитов, физиотерапия в стоматологии.

ABSTRACT: With the developing implantology, patients increasingly refuse to use removable dentures, preferring fixed dentures with the implants support. Slowing down of postoperative tissue healing or developing of complications delays and complicates subsequent prosthetic treatment. Based on the analysis of literature data, it can be argued that the pathogenesis of early and late complications after dental implantation is a violation of hemodynamics in the tissues surrounding the implant. In this regard, in recent years, much attention has been paid to physical factors that have anti-inflammatory, antibacterial, regenerative and immunomodulatory effects.

Key words: gingival microcirculation, complications after dental implantation, microcirculation restoration, treatment of periimplantitis, physiotherapy in dentistry.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-15>
УДК: 616.31:616.523-07]-618.2

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГЕРПЕСА ПОЛОСТИ РТА У БЕРЕМЕННЫХ



Юлдашева Н.А., Рахимова М.А.,
Акбаров К.С.

Ташкентский государственный
стоматологический институт

В настоящее время врачи различных специальностей проявляют все больший интерес к проблеме простого герпеса (ПГ), что связано с рядом объективных моментов: отмечается нарастание инфицированности населения и значительное увеличение частоты встречаемости клинических проявлений вирусных инфекций; неоднородность механизмов формирования иммунных нарушений, которые лежат как в основе рецидивов вирусного процесса, так и ведущих к развитию заболеваний, ассоциированных с вирусом простого герпеса (ВПГ) [27]; крайне выраженный клинический полиморфизм ПГ — от ограниченных поражений кожи, слизистых и конъюнктивы глаз до системных, генерализованных форм с вовлечением в вирусный процесс жизненно важных внутренних органов, а также развитие на фоне хронической персистенции ВПГ злокачественных новообразований [28].

Открыто 80 представителей семейства *Herpes viriоlae*, из которых около восьми являются патогенными для человека и подразделяются, в свою очередь, на α-, β-, γ-герпесвирусы [1].

Проблемам диагностики и лечения герпесвирусной инфекции (ГИ) посвящено большое количество публикаций, что позволяет считать ее достаточно изученной. При этом данные о состоянии секреторного иммунитета слизистой оболочки полости рта и его влиянии на клинические особенности заболевания неоднозначны [4]. Вирусные инфекции характеризуются рядом уникальных патогенетических особенностей. Цитопатическое действие вирусов обусловлено строгом внутриклеточным паразитизмом. Вирусы