

«Stomatologiya» - илмий-амалий журнал
1998 йилда асос солинган
Ўзбекистон матбуот ва ахборот
агентлиги томонидан 15 август 2007
йилда қайта рўйхатга олинган.
Гувоҳнома № 0289.

STOMATOLOGIYA

№ 1, 2023 (90)

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ЖУРНАЛ

Ўзбекистон Республикаси
Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги
Олий аттестация комиссияси
(ОАК) қарорига асосан
«Stomatologiya» журнали Фан
доктори илмий даражасига
талабгорларнинг диссертация
ишлари илмий натижалари
юзасидан илмий мақолалар эълон
қилиниши лозим бўлган
республика илмий журналлари
рўйхатига киритилган (ОАК
Раёсатининг 2013 йил 30
декабрдаги 201/3-сон қарори билан
тасдиқланган)

ТАХРИРИЯТ МАНЗИЛГОҲИ:

100048, Ўзбекистон Республикаси,
Тошкент ш., Махтумқули кўчаси,
103
тел.: +99871-236-26-75;
факс: +99871-230-47-58
Интернетдаги манзилгоҳи:
stomjurnal.tibbiyot.com.

Саҳифаловчи: Г.Назирова
Дизайнер ва компьютерда терувчи:
Е.Алексеев
Мухаррир О.А.Козлова
Баҳоси келишилган нархда.

Рекламани чоп қилиш ҳақ тўлаш
йўли билан амалга оширилади.
Реклама матнининг тўғрилиги
бўйича жавобгарлик реклама
берувчи зиммасидадир.
Қўлёзмалар, суратлар ва расмлар
такриз қилинмайди ҳамда эгасига
қайтарилмайди.
Келтирувчи фактларнинг
тўғрилиги, рақамли
материалларнинг аниқлиги,
препаратларнинг номлари,
атамалар, илмий-адабий манбалар,
исм ва фамилияларнинг тўғрилиги
учун жавобгарлик
муаллифларнинг ҳамда таҳририят
хайъатининг зиммасидадир.

Бош муҳаррир: т.ф.д., проф. Нигматов Р.Н.
Масъул котиб: т.ф.н. Усмонов Ф.К.

ТАХРИРИЯТ ХАЙЪАТИ

Ando Masatoshi – АҚШ
Baek il Kim – Жанубий Корея
Daisuke Inaba – Япония
Elbert de Josselin de long – Голландия
Jin Young Choi – Жанубий Корея
Peter Botenberg – Бельгия
Абдуллаев Ш.Ю., т.ф.д., проф.
Азимов М.И., т.ф.д., проф.
Акбаров А.Н., т.ф.д., проф.
Алиева Р.К. (Озарбайжон), т.ф.д., проф.
Амануллаев Р.А., т.ф.д., проф.
Бекжанова О.Е., т.ф.д., проф.
Ғаффоров С.А., т.ф.д., проф.
Даминова Ш.Б., т.ф.д., проф.
Иноятлов А.Ш., т.ф.д., проф.
Ирсалиев Х.И., т.ф.д., проф.
Колбаев А.А. (Қирғизистон), т.ф.д., проф.
Комилов Х.П., т.ф.д., проф.
Мазур И.П. (Украина), т.ф.д., проф.
Маргвелашвили В.В. (Грузия) т.ф.д., проф.
Мухамедов И.М., т.ф.д., проф.
Нигматова И.М., т.ф.н., доцент
Ризаев Ж.О., т.ф.д., проф.
Токарев И.В. (Белоруссия), т.ф.д., проф.
Трунин В.А. (Россия), т.ф.д., проф.
Хабилов Н.Л., т.ф.д., проф.
Хасанов А.И., т.ф.д.
Юлдошев И.М. (Қирғизистон), т.ф.д., проф.

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ

Абдукодиров А.А. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Боймуродов Ш.А. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Ғуломов С.С. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Жуматов У.Ж. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Исмоилов М.М. (Фарғона)
Кисельникова Л.П. (Россия), т.ф.д., проф.
Қурбонов Ф.Р. (Хоразм)
Рузудинов С.Р. (Қозғистон), т.ф.д., проф.
Тоиров У.Т. (Тожикистон), т.ф.д., проф.
Тулаганов Б.О. (Тошкент вилояти)
Узакбергганова У.А. (Нукус)
Хасанова Л.Э. (Тошкент), т.ф.д.
Худанов Б.О. (Тошкент), т.ф.д.
Шукурова У.А. (Тошкент), т.ф.д.
Юлдошев А.А. (Тошкент), т.ф.д.

Содержание
ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ,
ИСТОРИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ
РАЗДЕЛ

Кулиев О.А., Мусаев Ю.Н., Рахманов Т.О., Мирзарахимова К.Р. Появление стоматологии в древнем мире.....5

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Ражабова Д.Б., Ахмедов А.Б. Роль патогенной микрофлоры в развитии воспалительных заболеваний пародонта у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.....9

Курбанова С.Ю., Нигматова И.М., Алишерова З.Т. Микробиоценоз полости рта при воспалительных заболеваниях пародонта.....12

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Аскарров М.А., Шомуродов К.Э. Тактика атравматичного удаления нижних третьих моляров с предварительной ортоэкструзией.....15

Маматкулов Х.А., Эшбадалов Х. Ю., Махкамova Ф.Т. Влияние сорбентов на клиническое течение периоститов челюстно-лицевой области.....19

Хасанов А.И., Рахманов Ш.А. Современные аспекты ортогнатической хирургии.....21

ОРТОДОНТИЯ

Нигматов Р.Н., Кадыров Ж.М., Нигматова И.М., Атамуратова Н.Б. Использование ортодонтических аппаратов для расширения верхней челюсти у детей сменного прикуса.....29

Нигматова И.М., Аралов М.Б., Нигматов Р.Н., Зикирова М.Ш., Исмоилов М.Х. Распространенность открытого прикуса и нарушения речи.....35

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Даминова Ш.Б., Абдуллаев Ж.Р., Маткулиева С.Р., Исаходжаева Х.К. Разработка прогностических критериев для комплексной оценки факторов риска развития кариеса зубов для детей начальных классов.....38

Абдуллаев Ж.Р., Рихсиева Д.Ф., Ташпулатова Х.А. Профилактический статус кариеса у детей дошкольного возраста.....41

Гулямов С.С., Миралимова Ш.М., Абдуллаев Ж.Р. Микробиологическая оценка эффективности использования пробиотика “Probioker-Awl” у детей с патологией опорно-двигательной системы.....45

Sadikova I.Y. Bolalarda og'iz bo'shlig'i shillik qavat kasalliklari profilaktikasi.....52

Content
ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY,
HISTORY AND EXPERIMENTAL
SECTION

Kuliev O.A., Musaev U.N., Rakhmanov T.O., Mirzarakhimova K.R. Emergence of dentistry in the ancient world.....5

THERAPEUTIC DENTISTRY

Razhabova D.B., Akhmedov A.B. The role of pathogenic microflora in the development of inflammatory periodontal diseases in patients with cardiovascular diseases.....9

Kurbanova S.Yu., Nigmatova I.M., Alisherova Z.T. Microbiocenosis of the oral cavity in inflammatory periodontal diseases.....12

SURGICAL DENTISTRY

Askarov M.A., Shomurodov K.E. Actics of atraumatic removal of lower third molar with preliminary orthotextrusion.....15

Mamatkulov H.A., Eshbadalov H.Yu., Makhkamova F.T. Influence of sorbents on the clinical course of periostitis of the maxillofacial region.....19

Khasanov A.I., Rakhmanov Sh.A. Modern aspects of orthognathic surgery.....21

ORTHODONTICS

Nigmatov R.N., Kadyrov Zh.M., Nigmatova I.M., Atamuratova N.B. The use of orthodontic appliances to expand the upper jaw in mixed dentition children.....29

Nigmatova I.M., Aralov M.B., Nigmatov R.N., Zikirova M.Sh., Ismoilov M.Kh. Prevalence of open bite and speech disorders.....35

PEDIATRIC DENTISTRY

Daminova Sh.B., Abdullaev Zh.R., Matkulieva S.R., Isakhodzhaeva H.K. Development of prognostic criteria for a comprehensive assessment of risk factors for dental caries in primary school children.....38

Abdullaev Zh.R., Rikhsieva D.F., Tashpulatova H.A. Preventive status of caries in preschool children.....41

Gulyamov S.S., Miralimova Sh.M., Abdullaev Zh.R. Microbiological evaluation of the efficiency of using the probiotic “Probiocare-Awl” for the treatment of intestinal dysbiosis in children suffering disorders of the locomotor system.....45

Sadikova I.Ya. Prevention of oral diseases in children.....52

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОБИОТИКА ПРОБИОКЕЙР-AWL ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ



Гулямов С.С., Миралимова Ш.М., Абдуллаев Ж.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Институт микробиологии Академии наук Республики Узбекистан, Ташкентский государственный стоматологический институт

Охрана здоровья детей является приоритетным направлением деятельности любого общества, поскольку здоровые дети в состоянии должным образом усваивать полученные знания и в будущем способны заниматься производственно полезным трудом. Профилактика детских заболеваний является хорошо окупаемым национальным вложением, более экономичным и результативным, чем дорогостоящее лечение ([1,4,6,8].

Ежегодно ведущие стоматологи РУз разрабатывают и внедряют программы профилактики кариеса, а также зубочелюстных аномалий. Постоянно обсуждаются вопросы оздоровления детей. Однако большинство разрабатываемых программ направлено на профилактику отдельно взятой нозологической формы. Низкая эффективность таких программ, скорее всего, обусловлена отсутствием комплексного подхода и системы междисциплинарного взаимодействия врачей педиатрических специальностей в донозологической диагностике и раннем устранении предрасполагающих к развитию болезни факторов [2,3,5,7-9].

В последнее время в качестве индикатора соматического здоровья рассматривается состояние зубочелюстной системы. Показано, что изменения, возникающие в состоянии стоматологического здоровья детей, имеющих различные отклонения здоровья, являются отражением нарушений, происходящих в организме (Галиулина А.Н., 1988). Такая точка зрения отвечает представлениям о единстве структуры и функции систем организма человека [8].

Изучение взаимосвязи патологии опорно-двигательной системы и заболеваемости зубов, показало, что распространенность кариеса зубов и деформации прикусы у детей с патологией опорно-двигательной системы достоверно выше,

чем у соматически здоровых детей.

При этом установлено, что у детей с заболеваниями опорно-двигательной системы поражение зубов проявляется множественным кариесом с высокими показателями интенсивности и повышенным индексом стираемости на фоне ухудшения процессов самоочищения полости рта [1,6].

Цель исследования

Изучение показателей микробиологии кишечника до и после коррекции у воспитанников школы-интерната №100 г. Ташкента, страдающих нарушением опорно-двигательной системы.

Материал и методы

Для коррекции дисбиоза кишечника нами впервые в РУз использован пробиотик Пробиокейр-AWL, созданный на базе Научно-исследовательского института микробиологии АН РУз.

Микробиологические исследования были проведены у 31 ребенка, воспитывающегося в школе-интернате. Утром натощак у детей забирали фекалии в специальные стерильные одноразовые контейнеры. Полученный материал в течение 2-х часов доставляли в лабораторию. Из полученного материала в лаборатории готовили ряд серийных разведений, из которых определённый объём засеивали путем количественного секторального посева на среды, предназначенные для культивирования аэробных и анаэробных микробов. С этой целью нами использованы высокоселективные питательные среды: агар для анаэробов, среда Эндо, молочно-солевой агар, кровяной агар, агар Мюллер – Хинтона, среда МРС-4, среда Сабуро и др. Все использованные среды получены из компании Hei Media (Узбекско-Индийское совместное предприятие Феникс Интернейшил (табл. 1).

Таблица 1

Микробиологические методы исследования

Питательная среда	Условия культивирования	Выделено
Кровяной агар с азидом Na	анаэроб	общее число анаэробов
МРС-4	анаэроб	лактобактерии
Среда Блаурокка	анаэроб	бифидобактерии
Молочно-солевой агар	аэроб	стафилококки
Среда Эндо	аэроб	эшерихии, энтеробактерии
Среда Сабуро	аэроб	грибы
Эскулиновый агар	аэроб	стрептококки, энтерококки

Посевы на кровяном и молочно-солевом агаре, средах Эндо и Сабуро и др. культивировали в обычных условиях 18-24 часа при температуре 37°C, а культивирование посевов для выделения анаэробов осуществляли в анаэроостате, используя газогенераторные пакеты. Посевы в анаэроостате со средами МРС-4, Блаурокка и кровяным агаром с азидом натрия помещали в термостат при 37°C на 2-3 суток.

По истечению указанных сроков все засеянные чашки вынимали из термостата, производили подсчёт выросших колонии, определяли родовую и видовую принадлежность изолированных колоний на основе данных микроскопии мазков, окрашенных по Граму, характер роста на селективных питательных средах, изучали биохимические свойства.

К стрептококкам группы Д, т.е. энтерококкам, относили штаммы, ферментирующие маннит, дающие рост в 40% желчи, 6,5% хлориде Na, редуцирующие в молоке 1% синьку.

При работе по модифицированной методике результат учитывали по последнему разведению, в котором получен рост бактерий, количество микробов подсчитывали по формуле:

$$K = A \times 20 \times P(KOE/г)$$

где: K – количество микробов определённого вида; A – число колоний на чашке в последнем разведении, где есть рост микробов; 20 – коэффициент, приводящий посев петлей в соответствии с 1 мл; P – степень разведения; количество микробов каждого вида выражали в lg KOE/мл.

Учитывая многочисленные данные литературы о болезнетворной роли условно-патогенной флоры, у выделенных представителей микрофлоры фекалий определяли наличие факторов патогенности. Для этого использовали общепринятые методы, с

помощью которых определяли: гемолитические свойства, плазмакоагулирующую способность, фибринолитическую, лецитиназную активность и др. При этом культуры, обладающие двумя и более факторами патогенности, считали наиболее вероятными агентами в реализации потенциальной патогенности.

Учитывая ассоциативный характер микробного пейзажа при различных патологических процессах, а также социально-бытовые условия в школе-интернате, закономерно возникает вопрос о роли отдельных представителей флоры в развитии и течении заболевания.

Количественное и качественное соотношение отдельных представителей микробной флоры кишечника определяли у детей, которые с целью лечения и профилактики впервые в РУз получали пробиотик Пробиокейр-AWL, созданный в НИИ микробиологии АН РУз. Была соблюдена динамика назначения пробиотика: ежедневно утром по одной капсуле в течение 30 дней. Микробиологические исследования проводились в динамике: на 15, 30, 90 и 180 дни.

Краткая характеристика пробиотика Пробиокейр-AWL ООО "All Welllab".

Известно, что разные пробиотики имеют разную пользу для организма. Поэтому очень важно выбрать правильный тип для определённых состояний. У больных детей, страдающих нарушением опорно-двигательной системы, как правило, отмечаются дисбиотические изменения в кишечнике, характерной особенностью которых являются количественные изменения со стороны таких микробов как бифидобактерии, лактобактерии и энтерококки, количество которых, как правило, достоверно снижено.

Пробиотик «Пробиокейр-AWL» имеет широкий спектр действия, он представляет собой

мультипробиотик, состоящий из комбинации нескольких микроорганизмов. Состав препарата тщательно подобран в соответствии со свойствами компонентов и их взаимодействием. Он состоит из комплекса, представляющего три основные группы пробиотических бактерий: лактобациллы, бифидобактерии и энтерококки. Каждая капсула содержит не менее миллиарда клеток: *Bifidobacterium animalis*, *Bifidobacterium infantis*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus delbrueckii*, *Lactobacillus reuteri*, *Lactobacillus fermentum*, *Enterococcus faecium*.

Благодаря своему многокомпонентному составу препарат способствует профилактике и лечению многих инфекционных и соматических болезней разных систем организма: желудочно-кишечной, мочевыводящей, вагинальных инфекций. Детям до 7 лет назначают по 1 капсуле 1 раз в день, срок лечения 14-30 дней. Взрослые принимают препарат по 1 капсуле 2 раза в день в течение 14-30 дней в зависимости от показаний. Побочных эффектов не наблюдалось.

Лактобациллы – стимулируют иммунную систему. Они продуцируют антимикробные пептиды и бактериоцины.

Бифидобактерии – регулируют кишечный микробный гомеостаз, подавляют патогены и вредоносные бактерии, модулируют местный и системный иммунный ответ, подавляют прокарциногенную ферментативную активность, продуцирует витамины.

Энтерококки – эффективны для профилактики и лечения таких заболеваний как синдром избыточного роста микроба. У них обнаружены антиканцерогенные и иммунорегуляторные свойства. Они образуют бутират короткоцепочечные жирные кислоты, которые оказывают противовоспалительное действие и способствуют целостности кишечного эпителия.

Результаты микробиологических исследований, которые проводились в динамике, на 15, 30, 90 и 180 дни представлены в таблицах 2-5.

Таблица 2

Результаты микробиологических исследований у детей с патологией опорно-двигательного аппарата до (числитель) и через 15 суток (знаменатель) после лечения пробиотиком Пробиокейр-AWL, $M \pm m$ lg КОЕ мл

Группа микробов	Количество микробов в 1 г фекалий	
	норма	у больных
Общее кол-во анаэроб	9,78±0,5	<u>7,85±0,3</u> 8,10±0,4
Бифидобактерии	9,30±0,2	<u>4,15±0,2</u> 6,30±0,3
Лактобактерии	8,76±0,3	<u>4,60±0,2</u> 5,60±0,2
<i>Peptostreptococcus</i>	3,67±0,2	<u>4,0±0,2</u> 5,0±0,2
Общее кол-во аэробов	7,60±0,3	<u>10,25±0,5</u> 8,30±0,4
Эшерихии ЛП	6,30±0,2	<u>4,10±0,2</u> 4,60±0,2
Эшерихии ЛН	2,60±0,1	<u>5,60±0,2</u> 3,80±0,1
Стафилококк золотистый	-	<u>1,10±0,1</u> 1,30±0,1
Стафилококк эпидермальный	2,10±0,1	<u>4,30±0,1</u> 5,10±0,2
Энтерококки	4,30±0,1	<u>2,60±0,1</u> 3,0±0,1
Протей	1,60±0,1	<u>2,0±0,1</u> 2,10±0,1
Грибы рода Кандида	1,80±0,1	<u>3,10±0,1</u> 3,60±0,1

Из таблицы 2 видно, что флора фекалий у здоровых детей довольно разнообразна. При этом следует заметить, что количество анаэробов достоверно на несколько порядков превышает количество факультативной группы.

Через течение 15 дней у детей, получавших с целью профилактики и лечения пробиотик Пробиокейр-AWL, в составе флоры кишечника позитивные как количественные, так и качественные изменения. Так, достоверно возросли количественные показатели анаэробной группы, количество которых составило $8,10 \pm 0,4$ lg КОЕ/г, при норме, равной $9,30 \pm 0,2$ lg КОЕ/г. В это же время количество факультативной флоры все еще оставалось довольно высоким. Настораживает

тот факт, что, хотя и в малых количествах, начали высеваться штаммы патогенного стафилококка.

Результаты микробиологических исследований, проведенных через 30 дней, представлены в таблице 3. Из таблицы видно, что микрофлора кишечника претерпела достоверные позитивные сдвиги. Так, существенно увеличилось количество представителей анаэробной флоры, которое фактически приблизилось к контрольным значениям. Среди них особенно увеличилось количество бифидо- и лактобактерий. Факультативная флора также изменилась в позитивную сторону, основное место заняли энтерококки, количество которых составило $4,60 \pm 0,2$ lg КОЕ/г при норме $4,30 \pm 0,2$ lg КОЕ/г.

Таблица 3

Результаты микробиологических исследований у детей с патологией опорно-двигательного аппарата до (числитель) и через 30 суток (знаменатель) после лечения пробиотиком Пробиокейр-AWL, lg M $\pm$ m КОЕ мл

Группа микробов	Количество микробов в 1 г фекалий	
	норма	у больных
Общее кол-во анаэроб	$9,78 \pm 0,5$	$\frac{7,80 \pm 0,3}{8,45 \pm 0,4}$
Бифидобактерии	$9,30 \pm 0,5$	$\frac{4,10 \pm 0,1}{8,30 \pm 0,5}$
Лактобактерии	$8,75 \pm 0,4$	$\frac{4,60 \pm 0,2}{7,30 \pm 0,3}$
Рептострептококк	$3,60 \pm 0,2$	$\frac{4,0 \pm 0,1}{5,0 \pm 0,2}$
Общее кол-во аэробов	$8,10 \pm 0,4$	$\frac{10,20 \pm 0,5}{8,30 \pm 0,5}$
Эшерихии ЛП	$6,30 \pm 0,3$	$\frac{4,10 \pm 0,2}{4,70 \pm 0,2}$
Эшерихии ЛН	$2,60 \pm 0,1$	$\frac{5,60 \pm 0,2}{3,80 \pm 0,2}$
Стафилококк золотистый	-	$\frac{1,10 \pm 0,1}{1,0 \pm 0,1}$
Стафилококк эпидермальный	$2,10 \pm 0,1$	$\frac{4,30 \pm 0,2}{5,0 \pm 0,2}$
Энтерококки	$4,30 \pm 0,2$	$\frac{2,60 \pm 0,1}{4,60 \pm 0,1}$
Протей	$1,70 \pm 0,1$	$\frac{2,0 \pm 0,1}{2,10 \pm 0,1}$
Грибы рода Кандида	$1,80 \pm 0,1$	$\frac{3,10 \pm 0,1}{3,0 \pm 0,1}$

Результаты исследований, проведенных через 90 дней (3 мес.), представлены таблице 4. Из таблицы видно, что позитивные сдвиги, наблюдаемые через 30 дней приёма пробиотика, почти сохранились. Некоторые отклонения в отрицательную сторону в количестве были незначительными и

недостоверными. Однако настораживает тот факт, что количество эпидермального стафилококка составило $5,0 \pm 0,2 \lg \text{ КОЕ/мл}$ при норме $2,10 \pm 0,1 \lg \text{ КОЕ/мл}$, а также было выше контрольных значений количество грибов рода *Candida*.

Таблица 4

Результаты микробиологических исследований у детей с патологией опорно-двигательного аппарата до (числитель) и через 3 месяца (знаменатель) после лечения пробиотиком Пробиокейр-AWL, $M \pm m \lg \text{ КОЕ мл}$

Группа микробов	Количество микробов в 1 г фекалий	
	норма	у больных
Общее кол-во анаэроб	$9,70 \pm 0,5$	$\frac{7,70 \pm 0,3}{8,30 \pm 0,5}$
Бифидобактерии	$9,10 \pm 0,5$	$\frac{4,300,2}{8,15 \pm 0,4}$
Лактобактерии	$8,60 \pm 0,4$	$\frac{4,60 \pm 0,2}{7,15 \pm 0,3}$
<i>Peptostreptococcus</i>	$3,60 \pm 0,3$	$\frac{4,0 \pm 0,1}{5,0 \pm 0,2}$
Общее кол-во аэробов	$8,10 \pm 0,4$	$\frac{10,15 \pm 0,5}{8,0 \pm 0,5}$
Эшерихии ЛП	$6,30 \pm 0,3$	$\frac{4,10 \pm 0,2}{4,70 \pm 0,1}$
Эшерихии ЛН	$2,60 \pm 0,1$	$\frac{5,60 \pm 0,2}{3,80 \pm 0,1}$
Стафилококк золотистый	-	$\frac{1,20 \pm 0,1}{1,0 \pm 0,1}$
Стафилококк эпидермальный	$2,10 \pm 0,1$	$\frac{4,35 \pm 0,2}{5,0 \pm 0,2}$
Энтерококки	$3,0 \pm 0,1$	$\frac{2,30 \pm 0,1}{4,15 \pm 0,2}$
Протей	$1,60 \pm 0,1$	$\frac{2,0 \pm 0,1}{2,10 \pm 0,1}$
Грибы рода Кандида	$2,0 \pm 0,1$	$\frac{3,0 \pm 0,1}{3,0 \pm 0,1}$

Наиболее интересные данные получены у детей в отдаленные сроки исследования, т. е. 6 месяцев. Из таблицы 5 видно, что у этих детей во всей как анаэробной, так и факультативной

флоре кишечника отмечаются негативные изменения. Эти изменения наглядно показывают необходимость повторного приема пробиотика.

Таблица 5

Результаты микробиологических исследований у детей с патологией опорно-двигательного аппарата до (числитель) и через 6 месяцев (знаменатель) после лечения пробиотиком Пробиокейр-AWL, $M \pm m$ lg КОЕ мл

Группа микробов	Количество микробов в 1 г фекалий	
	норма	у больных
Общее кол-во анаэроб	$9,60 \pm 0,5$	$\frac{7,0 \pm 0,3}{8,0 \pm 0,4}$
Бифидобактерии	$8,85 \pm 0,4$	$\frac{4,0 \pm 0,2}{7,60 \pm 0,3}$
Лактобактерии	$8,0 \pm 0,4$	$\frac{4,60 \pm 0,2}{7,30 \pm 0,3}$
Peptostreptococcus	$4,0 \pm 0,1$	$\frac{5,0 \pm 0,2}{4,60 \pm 0,1}$
Общее кол-во аэробов	$8,15 \pm 0,4$	$\frac{9,60 \pm 0,5}{7,30 \pm 0,3}$
Эшерихии ЛП	$6,30 \pm 0,3$	$\frac{4,10 \pm 0,1}{4,15 \pm 0,2}$
Эшерихии ЛН	$2,70 \pm 0,1$	$\frac{5,60 \pm 0,2}{3,60 \pm 0,1}$
Стафилококк золотистый	-	$\frac{1,20 \pm 0,1}{1,0 \pm 0,1}$
Стафилококк эпидермальный	$2,10 \pm 0,1$	$\frac{4,35 \pm 0,2}{4,0 \pm 0,1}$
Энтерококки	$3,0 \pm 0,1$	$\frac{2,30 \pm 0,1}{4,0 \pm 0,1}$
Протей	$1,60 \pm 0,1$	$\frac{2,0 \pm 0,1}{2,10 \pm 0,1}$
Грибы рода Кандида	$1,80 \pm 0,1$	$\frac{3,0 \pm 0,1}{2,60 \pm 0,1}$

Таблица 6

Частота встречаемости микроорганизмов в кишечнике у больных детей с патологией опорно-двигательной системы до и после коррекции пробиотиком, абс. (%)

Группа микробов	Контроль, n=20	До коррекции, n=107	После коррекции, n=41
Бифидобактерии	20 (100,0)	92 (86,0)	41 (100,0)
Лактобактерии	20 (100,0)	96 (89,7)	41 (100,0)
Peptostreptococcus	20 (100,0)	98 (91,6)	91,6 (95,1)
Эшерихии ЛП	20 (100,0)	103 (96,3)	41 (100,0)
Эшерихии ЛН	15 (75,0)	80 (74,8)	24 (58,5)
Стафилококк золотистый	-	12 (11,2)	3 (7,3)
Стафилококк эпидермальный	16 (80,0)	99 (92,5)	37 (90,2)
Энтерококки	20 (100,0)	99 (92,5)	40 (97,6)
Протей	16 (80,0)	94 (87,8)	31 (75,6)
Грибы рода Кандида	-	95 (88,8)	26 (63,4)

В завершение микробиологических исследований мы определили встречаемость микробов в кишечнике. Как видно из таблицы 6, большинство микробов (50%) встречается у 100% здоровых детей. При этом наименьшую встречаемость составляют лактозонегативные штаммы эшерихий (75%)

У больных детей частота встречаемости микробов существенно изменяется, при этом чаще выявляются лактозопозитивные штаммы эшерихий (96,3%), а наименьшее количество приходится на патогенные штаммы стафилококков (11,2%), т.е. *Staph. aureus*.

Однако у больных детей после проведения им коррекции путем использования пробиотика в течение 30 дней картина встречаемости микробов в кишечнике достоверно изменяется. Так, у большинства микробов встречаемость превышает 90%. Хотя реже всего обнаруживаются золотистый стафилококк (7,3%), грибы рода *Candida* (63,4%), лактозопозитивные штаммы эшерихии (58,5%), протей (75,6%)

Выводы

1. У детей с патологией опорно-двигательной системы, воспитывающихся в школе-интернате, в кишечнике наблюдаются дисбиотические изменения в микрофлоре, характерной особенностью которых является уменьшение количества анаэробов и возрастание количества факультативной флоры.

2. У детей, которые получали пробиотик Пробиокейр AWL в течение 30 дней, как в аэробной, так и анаэробной флоре произошли достоверно выраженные позитивные сдвиги, которые фактически привели к ликвидации дисбиотических изменений.

3. Наиболее интересные данные через 90 и 180 дней (3-6 мес.). Через 90 дней позитивные изменения, которые регистрировались через 30 дней, почти полностью сохранялись. В отдалённые сроки (6 мес.) негативные изменения отмечались как в аэробной, так и в анаэробной флоре. По-видимому, эти показатели указывают на необходимость повторения курса лечения пробиотиком.

Литература

1. Бычкова В.Б. Профилактика заболевания зубов раннее ортодонтическое лечение детей с патологией опорно-двигательной системы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2007. – 20 с.

2. Ефимович О.Н. Способ забора материала и полости рта: Информ. письмо. – М., 2010. – 5 с.

3. Мухамедов И.М. Микробиология, вирусология и иммунология: Учебник. – Ташкент, 2022. – 710 с.

4. Нигматов Р. Н., Нигматова И. М., Нодирхонова М. О. Влияние заболеваний опорно-двигательного аппарата на зубочелюстную систему детей в периоде сменного прикуса (обзорная статья) //Вестн. КГМА им. ИК Ахунбаева. – 2019. – №. 1. – С. 51.

5. Нигматов Р. Состояние полости рта у больных с заболеваниями внутренних органов: диагностика, лечение и профилактика: Дис.... д-ра мед. наук //Ташкент: ТашМА. – 2006.

6. Нодирхонова М., Нигматов Р., Нигматова И. Изучение зубочелюстных аномалий у детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата // Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии 4. – 2021. – Т. 1. – №. 02. – С. 118-119.

7. Ризаев Ж.А. Стоматология клиник микробиология. – Тошкент, 2015. – 600 б.

8. Саркисов Д.С. Структурные основы адаптации и компенсации нарушенных функций. – Медицина, 1987. – 448 с.

9. Levinson J. Микробиология и иммунология: Учебник. – Калифорния, 2016. – 680 с.

Цель: изучение показателей микробиологии кишечника до и после коррекции у воспитанников школы-интерната №100 г. Ташкента, страдающих нарушением опорно-двигательной системы.

Материал и методы: для коррекции дисбиоза кишечника нами впервые в РУз использован пробиотик Пробиокейр-AWL, созданный на базе Научно-исследовательского института микробиологии АН РУз. Микробиологические исследования были проведены у 31 ребенка, воспитывающегося в школе-интернате.

Результаты: у детей с патологией опорно-двигательной системы, в кишечнике наблюдаются дисбиотические изменения в микрофлоре, характерной особенностью которых является уменьшение количества анаэробов и возрастание количества факультативной флоры. У детей, которые получали пробиотик Пробиокейр AWL в течение 30 дней, как в аэробной, так и анаэробной флоре произошли достоверно выраженные позитивные сдвиги, которые фактически привели к ликвидации дисбиотических изменений. В отдалённые сроки (6 мес.) негативные изменения отмечались как в аэробной, так и в анаэробной флоре.

Выводы: результаты исследования указывают на необходимость повторения курса лечения пробиотиком.

Ключевые слова: дети, патология опорно-двигательного аппарата, дисбиотические нарушения в кишечнике, пробиотик Пробиокейр-AWL.

Maqsad: Toshkent shahridagi 100-sonli maktab-internatining tayanch-harakat apparati buzilishi bilan og'rig'an o'quvchilarida ichak mikrobiologiyasining korreksiyadan oldingi va keyingi ko'rsatkichlarini o'rganish.

Material va usullar: ichak disbiyozini tuzatish uchun O'zbekistonda birinchi marta O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi Mikrobiologiya ilmiy-tadqiqot instituti negizida yaratilgan Probiocare-AWL probiotikidan foydalandik. Maktab-internatda o'sayotgan 31 nafar bolada mikrobiologik tadqiqotlar o'tkazildi.

Natijalar: mushak-skelet tizimining patologiyasi bo'lgan bolalarda ichakda mikroflorada disbiotik o'zgarishlar kuzatiladi, ularning xarakterli xususiyati anaeroblar sonining kamayishi va fakultativ flora miqdorining ko'payishi hisoblanadi. 30 kun davomida Probiocare AWL probiotikini olgan bolalarda ham aerob, ham anaerob flora sezilarli darajada ijobiy o'zgarishlarni boshdan kechirdi, bu aslida disbiyotik o'zgarishlarni bartaraf etishga olib keldi. Uzoq muddatda (6 oy) aerob va anaerob florada salbiy o'zgarishlar qayd etildi. Xulosa: Tadqiqot natijalari probiotik davolash kursini takrorlash zarurligini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: bolalar, tayanch-harakat tizimining

patologiyasi, ichakdagi disbiyotik kasalliklar, probiotik Probiocare-AWL.

Objective: To study the indicators of intestinal microbiology before and after correction in pupils of the boarding school No. 100 in Tashkent, suffering from a violation of the musculoskeletal system.

Material and methods: For the correction of intestinal dysbiosis, for the first time in Uzbekistan, we used the probiotic Probiocare-AWL, created on the basis of the Research Institute of Microbiology of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan. Microbiological studies were carried out on 31 children growing up in a boarding school.

Results: In children with pathology of the musculoskeletal system, dysbiotic changes in the microflora are observed in the intestine, a characteristic feature of which is a decrease in the number of anaerobes and an increase in the amount of facultative flora. In children who received the probiotic Probiocare AWL for 30 days, both aerobic and anaerobic flora experienced significantly positive changes, which actually led to the elimination of dysbiotic changes. In the long term (6 months), negative changes were noted both in the aerobic and anaerobic flora. **Conclusions:** The results of the study indicate the need to repeat the course of probiotic treatment.

Key words: children, pathology of the musculoskeletal system, dysbiotic disorders in the intestines, probiotic Probiocare-AWL.

BOLALARDA OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIK QAVAT KASALLIKLARI PROFILAKTIKASI

Sadikova I.Ya.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Bir qator tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki og'iz bo'shlig'i salomatligi va umumiy hayot tarzi sifati yonma-yon boradi. Periodontal kasalliklar natijasida tishlarning yo'qotilishi kuzatiladi. Bu esa juda ko'p mablag' va vaqt talab qiladi, hamda chaynov samaradorligini pasaytirib yuboradi. Bu vaqtda profilaktik chora tadbirlari asosiy rol o'ynaydi. Og'iz bo'shlig'i leykoplakiyasi og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining eng keng tarqalgan potensial xavfli kasalligidir.

Bemorlarda o'tkazilgan muolajalarni solishtirish va natijalarni baholash maqsadida davolashdan oldingi va davolashdan keyingi klinik xulosalarolindi va o'rganildi.

Epidemiologik tadqiqotlar ma'lumotlari og'iz bo'shlig'i shilliq qavat (OBShQ)da leykoplakiyaning tarqalishini ko'rsatadi. OBShQda ushbu kasalliklarning eroziv va giperplastik shakllari

3-12%hollarda malign transformatsiyaga uchraydi.

Ko'pgina tadqiqotchilar leykoplakiyani saratondan oldingi holat deb hisoblashadi, uni davolash murakkab va hal qilinmagan muammo bo'lib qolmoqda. Bemorlar soni yil sayin ortib bormoqda, davolash natijalarini esa qoniqarli deb bo'lmaydi. Uzoq muddatli konservativ davo ko'pincha bemorlarning to'liq tiklanishiga kafolat bermaydi va og'iz bo'shlig'ining anatomik tuzilishining murakkabligi va patologik jarayonning tarqalishi tufayli qo'llaniladigan jarrohlik usullari har doim ham mumkin emas. Keratoz, giper va parakeratoz, diskeratoz kabi morfologik o'zgarishlar klinik jihatdan farq qiladi, leykoplakiyaning nozoformalarini tashxislashda ma'lum qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi va muayyan davolash taktikasini tanlashni talab qiladi.

Leykoplakiya tashxisini qo'yish va davolash uchun og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining strukturaviy