



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА  
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

# ***БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ***

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ  
№4,1 (98) 2017

**PROBLEMS OF  
BIOLOGY AND MEDICINE**

*Сборник научных трудов*  
*под редакцией профессора А.М. ШАМСИЕВА*

**МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ  
УЧАСТИЕМ**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ»**

*Самарканд 17-18 ноября 2017 г.*

АКАДЕМИЯ НАУК  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

# **БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ**

**PROBLEMS OF  
BIOLOGY AND MEDICINE**

# **ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по теоретическим и практическим  
проблемам биологии и медицины  
основан в 1996 году  
выходит ежеквартально

***Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ***

**Редакционная коллегия:**

***А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,  
З.И. Исмаилов, З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),  
Ф.Г. Назиров, У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакүлов,  
А.М. Хаджибаев, Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков,  
Ш.А. Юсупов***

ткани осуществляют гранулоциты и макрофаги. Они способствуют очищению очага от патогенных бактерий. Кроме того, между коллагеновыми волокнами вокруг сосудов располагаются тучные клетки потенциальные участники аллергических реакций анафилактического типа. Решающую роль в обеспечении местного иммунитета слизистой оболочки рта играют антитела класса А, особенно его секреторная форма – S IgA. У здоровых людей в строме всех желез внешней секреции (в том числе слюнных желез) и слизистых оболочек, сообщающихся с внешней средой, подавляющее большинство плазматических клеток продуцирует IgA. Секреторные иммуноглобулины S IgA могут выполнять несколько защитных функций. Они подавляют адгезию бактерий, нейтрализуют вирусы и препятствуют всасыванию антигенов (аллергенов) через слизистую оболочку. Так, например, S IgA-антитела подавляют адгезию кариесогенного стрептококка *S. mutans* к эмали зуба, что препятствует развитию кариеса. Достаточный уровень S IgA-антител способен, видимо, предотвратить развитие некоторых вирусных инфекций в полости рта, например, герпетической инфекции.

## МЕТОДЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ГИПЕРИСТЕЗИИ ПРИ ПАРОДОНТОЗЕ

Н.В. Чорний, С.И. Бойцанюк, Н.В. Манащук, А.В. Чорний

*ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины» Тернополь, Украина*

Актуальность темы. В настоящее время заболевания пародонта среди всех болезней ротовой полости занимают значительное место. Однако, только от 1 до 8%, по разным данным исследователей, из всей патологии пародонта диагностируют пародонтоз. Одним из симптомов этого заболевания является гиперестезия твердых тканей зубов. Материалы и методы исследования. Поиск литературы проходил в библиотечных источниках и поисковых системах <http://www.dovidnyk.org>, <http://dentalit.lviv.ua>, <http://studopedia.org>, <http://ukrhealth.net>, <http://cyberleninka>. Результаты исследования и их обсуждение. При пародонтозе отмечают заметное обнажение шеек и корней зубов, что вызывает повышенную чувствительность (гиперестезия) обнаженных участков по различным раздражителям. Существует мнение, что главной причиной возникновения болевого ощущения является обнажение дентинных трубочек (цемент, который покрывает дентин, довольно быстро стирается во время жевания пищи и чистки зубов). Собственно болевое ощущение возникает в результате воздействия микрофлоры и продуктов ее жизнедеятельности; кислой реакции слюны; употребление газированной воды и соков; раздражение в случае интенсивного чистки зубов и тому подобное. Гиперестезия может постепенно исчезать самостоятельно вследствие склеротизации дентинных трубочек и отложения вторичного дентина со стороны пульпы. Собственно на стимуляции этих процессов и основываются методы лечения гиперестезии обнаженного дентина корней зубов. Преимущественно в них используют два основных принципа: 1) герметизация дентинных трубочек, препятствует перемещению зубного ликвора; 2) уменьшение чувствительности нервных структур пульпы к раздражителям. Эти принципы реализуются путем: 1) воздействия на центральную нервную систему - анальгетики, седативные препараты, психотерапия; 2) блокады или ослабление нервной проводимости - анестетики; 3) местного действия компонентов зубных паст на твердые ткани зубов. Блокировать перемещение зубного ликвора в дентинных трубочках можно с помощью прижигающих средств, герметизацией дентинных трубочек адгезивами и десенситайзерами. Препараты биологического действия (анестетики и анальгетики) блокируют передачу болевых импульсов в нервных окончаниях пульпы или стимулируют образование вторичного дентина (фториды, препараты кальция, стронция и т.д.). На сегодняшний день для лечения гиперестезии твердых тканей зубов промышленность выпускает ряд препаратов, получивших общее название «десенситайзеры» (от англ. Desensitize - делать менее чувствительным). Их применение основывается на разрушении органической субстанции твердых тканей зубов и денатурации белков зубного ликвора. Это приводит к образованию на поверхности обнаженного дентина пленки коагулята, который препятствует перемещению ликвора и уменьшает болевые ощущения. К этой группе относятся 30-50% концентрированный аммиачный раствор нитрата серебра, 10% раствор цинка хлорида, 5-10% раствор фенола (карболовой кислоты), 10-20% раствор трихлоруксусной кислоты. С этой целью в специальных препаратах - десенситайзерах применяют глютаральдегид. Средства обезвоживающего действия: натрия хлорид, калия хлорид, магния хлорид, гидрокарбонаты натрия и калия, карбонаты калия и магния. Их применяют в смеси с глицерином в виде паст. Таким образом, исходя из исследований многих ученых и учитывая распространенность данной проблемы актуальным остается изучение и индивидуализация подхода в выборе фармакотерапии гиперестезии твердых тканей зубов.

## КАРИЕС ЗУБОВ

Х.Ш. Шайкулов, Г.М. Одилова

*Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Кариес—это патологический процесс, при котором происходит деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием полости. В норме зубная эмаль находится в состоянии динамического равновесия между постоянно протекающими процессами де- и реминерализации. Деминерализация

обусловлена свободными ионами водорода  $H^+$ , главным источником которых являются органические кислоты – продукты метаболизма оральных микроорганизмов. Скорость разрушения эмали значительно повышается при снижении pH среды ниже 5. Большое значение для развития кариозного процесса имеет длительность контакта кислых продуктов с зубной эмалью. Кариес развивается на тех поверхностях зуба, которые находятся в длительном контакте с образовавшимися кислотами. Это приводит к постепенному увеличению микропространств между кристаллами эмалевых призм. В образовавшихся полостях проникают микроорганизмы и повреждают эмаль на участках, расположенных параллельно наружной и внутренней поверхности. Длительный процесс деминерализации завершается растворением устойчивого поверхностного слоя и образованием полости в зубе. К кариесогенным относят в первую очередь микроорганизмы, способные вызывать кариес в чистой культуре или в ассоциации с другими клетками у гнотобионтных животных. Наибольшее значение в развитии кариеса имеют оральные стрептококки *S. mutans*, *S. sanguis*, лактобактерии, актиномицеты (*A. viscosus*). Эти микроорганизмы являются представителями аутохтонной микрофлоры полости рта здоровых людей, но при определенных условиях могут играть этиопатогенетическую роль в кариесо-генезе, поскольку они ферментируют многие углеводы. При этом pH в бляшках снижается до критического уровня (pH 5 и ниже). При расщеплении внутриклеточных бактериальных полисахаридов также образуются органические кислоты (молочная и др.), дополнительно снижающие pH в кариозной полости. Наряду с кислотообразованием патогенетическое значение имеет способность оральных микроорганизмов образовывать вне- и внутриклеточные полисахариды в результате микробной ферментации углеводов, особенно сахарозы. Из внеклеточных полисахаридов важное значение имеет нерастворимый глюкан, повышающий адгезию. Кроме того, внеклеточные полисахариды, заполняя весь объем бляшки или очага поражения, затрудняют процесс реминерализации, препятствуя поступлению в эмаль ионов кальция и фосфатов. На равновесие между процессами де- и реминерализации влияют многие факторы - наличие в слюне бикарбоната, мочевины, ионов кальция, фосфора и другие. При снижении pH ниже критического уровня (pH 5) ионы кальция и фосфора выходят из зубной эмали в окружающую среду, при повышении значения pH они входят в состав эмали обратно. Способностью повышать значение pH и, следовательно, противокариозным действием обладает система буферов, бикарбонат-карбоновая кислота, а также протеин и сиалин, находящиеся в слюне. Профилактика кариеса может быть направлена на уменьшение количества кариесогенных микроорганизмов в полости рта. Основным защитным механизмом местного иммунитета полости рта при кариесе состоит в способности S IgA препятствовать адгезии *S. Mutans*. Обоснованное представление о защитной роли специфических антител, относящихся к S IgA, легло в основу разработки методов специфической профилактики кариеса. Уже созданы первые варианты противокариесных вакцин, которые испытаны в экспериментальных моделях на животных. Опасность такого рода вакцинации связана с наличием у *S. mutans* перекрестно-реагирующих антигенов с миокардом человека.

### **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА У ДЕТЕЙ**

Р.А. Шамсиев, Ж.А. Шамсиев, Ж.А. Рузиев

*Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Актуальность. Врождённые расщелины верхней губы и нёба (ВРГиН) является распространенным мультифакторным пороком и занимает ведущее место среди всех врожденных пороков развития человека, протекающий с грубыми анатомическими и функциональными нарушениями, которые, несмотря на своевременно оказанную квалифицированную медицинскую помощь, нередко являются причиной инвалидизации детей на долгие годы. Занимая 3-4 место в структуре врождённых аномалий они одни из наиболее распространённых пороков развития челюстно-лицевой области. По данным ВОЗ частота рождения детей с ВРГиН в мире составляет 0,6-1,6 случаев на 1000 новорожденных. Материалы и методы: В период с 2005 г. по 2015 г. во 2- Клинике СамМИ находились на лечении 41 пациентов с ВРГиН. Из них с односторонней расщелиной – 35 (85,37%), с двухсторонней – 6 (14,63%) пациентов; девочек – 14 (34,15%), мальчиков соответственно – 27 (65,85%). Все больные были подготовлены к оперативному вмешательству, то есть была проведена амбулаторно коррекция анемии I степени – у 25 детей (60,98%), II степени – у 12 детей (29,27%); коррекция гипотрофии I степени – у 17 детей (41,46%), II степени – у 8 детей (19,51%) под контролем педиатра и гематолога. Всем больным проводилась хейлоринопластика по методу Лимберга-Обуховой. У 6 (14,63%) больных в раннем послеоперационном периоде отмечались различные осложнения, чаще в виде деформации крыла носа – у 3, нагноение послеоперационной раны – у 2 и полное расхождение швов – у 1 ребёнка. Осмотр при повторном поступлении через 6-8 месяцев на этап выполнения уранопластики показал, что проведение курса медикаментозной терапии (гель «Контрактубекс», поливитамины) благоприятно влияло на косметические результаты оперативной коррекции. У всех детей с ВРГиН оценивались результаты клинического наблюдения в динамике, осуществлялось фотодокументирование порока до операции, послеоперационных швов и послеоперационного рубца как через 6-8 месяцев, так и далее в анамнезе. В грудном и раннем детском возрасте до оперативной коррекции ортодонтотом рекомендовалось изготовление obturatora - специального протеза, предназначенного для закрытия дефектов неба. Пользование obturatorom нормализовало функции дыхания, сосания, глотания, жевания и способствовало правильному развитию речи. Всем детям проводилось поэтапное хирургическое лечение. 1 этап хирургического лечения -

<b>Ходжибекова Ю.М., Юсупалиева К.Б.</b> ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ .....	140
<b>Храмова Н.В.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ, PRP-PLATELED-RICHPLASMA ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ .....	141
<b>Храмова Н.В.</b> ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ .....	141
<b>Худоярова Г.Н., Вахидова А.М., Балаян Э.В.</b> ОСТРЫЕ БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ .....	141
<b>Худоярова Г.Н., Муратова З.Т.</b> ФАКТОРЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ И СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПОЛОСТИ РТА .....	142
<b>Чорний Н.В., Бойцанюк С.И., Манащук Н.В., Чорний А.В.</b> МЕТОДЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ГИПЕРИСТЕЗИИ ПРИ ПАРОДОНТОЗЕ .....	143
<b>Шайкулов Х.Ш., Одилова Г.М.</b> КАРИЕС ЗУБОВ .....	143
<b>Шамсиев Р.А., Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А.</b> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА У ДЕТЕЙ .....	144
<b>Шаропов С.Г., Хамитова Ф.А., Камбарова Ш.А., Джунаидова А.Х.</b> ПРОФИЛАКТИКА В ЦЕЛЯХ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ .....	145
<b>Шарафова И.А., Ким О.А.</b> ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА КАК ОСНОВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ МЕТОД ПОСЛЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ НЕБА .....	146
<b>Шарафуллина И.Ф., Салахов А.К., Ибениева Г.Р.</b> ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПЕРЕЛОМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ .....	146
<b>Шевкунова Н.А., Рединов И.С.</b> ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕВОГИ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ .....	147
<b>Шкляев А.Е., Замятина С.Г., Манохин М.М., Салихова Э.И.</b> ПАТОЛОГИЯ ПАРОДОНТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК .....	147
<b>Шкумбатюк Е.В., Суховолец И.О., Врублевская К.В.</b> ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ В ПОЛОСТИ РТА .....	148
<b>Шмырина К.В., Джурабекова А.Т., Вязикова Н.Ф., Хужамов Ш.</b> ОДОНТОГЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА НЕВРОЛОГА .....	149
<b>Шадилов С.С., Исмаилов Ф.А., Жайсанов М., Олимжонов Ф.О.</b> ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ .....	149
<b>Шукурова У.А., Бекжанова О.Е.</b> АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА .....	150
<b>Щерба В.В., Корда М.М., Криницкая И.Я.</b> КОНЦЕНТРАЦИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В ПАРОДОНТЕ КРЫС С ПАРОДОНТИТОМ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ И НА ФОНЕ ГИПЕР- И ГИПОТИРЕОИДИЗМА .....	151
<b>Эгамова М.Т., Мавлянова З.Ф.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗОТЕРАПИИ В СТОМАТОЛОГИИ .....	151
<b>Эгамова М.Т., Мавлянова З.Ф.</b> ФИЗИОТЕРАПИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ .....	152
<b>Эронов Е.К., Джунаидова А.Х.</b> ПРОФИЛАКТИКА В ЦЕЛЯХ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ .....	152
<b>Юнусов Ю.Х., Самадова Ш.И., Акбаров Р.Р.</b> КЛИНИКО – МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ .....	153
<b>Юсупов М.И., Хужакулов Д.А.</b> РОЛЬ МИКРООРГАНИЗМОВ В ОБРАЗОВАНИИ ЗУБНЫХ БЛЯШЕК .....	154