

3. Фундаменский В.С., Карасев В.А., Лучинин В.В. Физическая реконструкция зонно-блочной модели биомембран. I. Молекулярная и кристаллическая структура изобутил-2-аминоэтилфосфата аналога фосфатидилэтаноламина // Биомембраны. – 1992. – Т. 9, № 8. – С. 789-802.6
4. Щедрина А.Г. Понятие индивидуального здоровья – центральная проблема валеологии. – Новосибирск, 1996. – 49 с.2
5. Юдин В.В. Педагогические технологии: Учеб. пособие. – Ч. I. – Ярославль: ЯрГПУ, 1997. – 48 с. 3
6. Якубке Х.Д., Ешкайт Х. Аминокислоты, пептиды, белки/ Пер. с нем.; Под ред. Ю.В. Митина. – М.: Химия, 1985. – 455 с. 5

Резюме

Цель: показать объем физиотерапевтической помощи стоматологическим больным, оказываемой в поликлинических и стационарных хирургических условиях, рассчитанных на 75 коек. **Материал и методы:** в течение последних лет к нам обратились 1755 больных со стоматологическими нозологиями, которым было произведено 2406 физиотерапевтических процедур (электроодонтодиагностика, электрофорез). **Результаты:** из физических методов исследования наиболее широкое распространение получила электроодонтодиагностика. При хронических периодонтитах в зубах с непроходимыми корневыми каналами физиолечение включало электрофорез корневых каналов 5% настойкой йода. При лечении различных форм пульпитов использовали диатермокоагуляцию. При лечении пародонтоза легкой и средней степени тяжести применялся электрофорез десен 2% раствором новокаина и витамина В. При острых воспалительных процессах челюстно-лицевой области применяли УВЧ-терапию.

Выводы: физические методы лечения стоматологических больных дали положительный эффект за короткий промежуток времени.

Ключевые слова: пульпит, периодонтит, физиолечение, одонтогенный остеомиелит, эпюлис, гайморит, челюстно-лицевая область.

Резюмеси

Ушбу маколада 75 ўринли поликлиника ва хирургик стационар шароитда стоматологик беморларга ўтказилган физиотерапевтик муолажаларнинг натижалари кўрсатилган. 391 та бемор текширувдан ўтказилган: пульпитлар -317 (13,17%), ўткир ва сурункали периодонтитлар - 416 (17,27%), пародонтитлар - 312 (12,96%), кариес - 509 (21,15%), глоссалгией - 54 (2,2%), альвеолитла - 147 (6,4%), уч шохли нерва невралгияси - 21(0.88%) эпюлис - 12(0,49%), гайморит - 34 (1,4 %) ва бошқа касалликлар- 193. Ўтказилган физиотерапевтик муолажалар киска муддатда ижобий натижага эришилган.

Калит сўзлар: пульпит, периодонтит, физио-даво, одонтоген остеомиелит, эпюлис, гайморит, юз-жағ сохаси.

Summary

This article shows the results of the physiotherapeutic assistance provided in outpatient and inpatient surgical conditions for dental patients, designed for 75 beds. We examined 391 patients (16.25%), with pulpitis - 317 (13.17%), with acute and exacerbated chronic periodontitis - 416 (17.27%), with periodontitis - 312 (12.96%), with caries - 509 (21.15%), with glossalgia - 54 (2.2%), with alveolitis - 147 (6.4%), with trigeminal neuralgia - 21 (0.88%), with epulis - 12 (0, 49%), with sinusitis - 34 (1.4%), with other diseases - 193 patients.

Physical methods of treating dental patients gave a positive effect in a short period of time and achieved a reduction in pain.

УДК: 614.25:616.31:618

МОНИТОРИНГ СТАЦИОНАРНОЙ И АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Исомов М.М., Шомуродов К.Э., Олимжонов К.Ж.

Ташкентский государственный стоматологический институт
Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Во время беременности в организме женщины происходят изменения гормонального и иммунного статусов, обмена веществ, увеличивается объем крови, при этом снижается количество эритроцитов, меняется костное ремоделирование и другие процессы. Поэтому перед беременностью женщина должна провести полное оздоровление всего организма, при этом особое внимание необходимо уделить состоянию уровня стоматологического здоровья беременной, поскольку это оказывает влияние на развитие здорового плода.

Актуальность проблемы. Беременные женщины имеют один из самых высоких рисков возникновения стоматологических заболеваний. Основными болезнями полости рта является кариес и болезни периодонта [1,2]. При беременности гормональные и сосудистые изменения нарушают иммунный ответ десны на микробную бляшку, усугубляя воспаление в периапикальных тканях зуба [6]. По данным ряда авторов при физиологическом течении беременности распространенность кариеса зубов составляет 91,4%; заболевания тканей пародонта встречаются в 90,0% случаев, поражение ранее интактных зубов с преимущественным острым течением кариозного процесса – у 38,0% беременных [2,3]. Вторичный кариес, прогрессирование кариозного процесса, гиперестезия эмали встречается у 79,0% беременных, а у 50,0% беременных и рожениц так называемые гингивиты беременных наблюдаются при нормальном течении гестационного периода уже на 2–3 месяце беременности [5]. У беременной женщины на фоне измененной реактивности и пониженной сопротивляемости организма скрытые одонтогенные очаги инфекции могут привести к серьезным осложнениям, как периостит, абсцесс, флегмона, остеомиелит, медиастинит и др. В результате обострения воспалительного процесса могут привести к неблагоприятным исходам [1,6,7].

Несмотря на достаточное число врачей стоматологов в консультативных поликлини-

ках Республики Узбекистана, качество стоматологической диспансеризации беременных женщин на профессиональном уровне не проводится до конца. Подобная ситуация диктует острую необходимость эффективных способов оптимизации профилактики и лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой системы у беременных женщин в амбулаторных условиях [4,7].

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ стационарной и амбулаторной реабилитации беременных женщин с воспалительными процессами челюстно-лицевой системы в отделении взрослой хирургической стоматологии и поликлинике хирургической стоматологии клиники ТГСИ за период 2017–2019 годы.

Материалы и методы исследования

По архивным данным за три года (2017–2019 гг.) на базе клиники взрослой хирургической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института проведен анализ 67 историй болезни госпитализированных беременных в возрасте от 19 до 44 лет с различными видами одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области, и 128 амбулаторных карт беременных с различными воспалительными процессами периапикальных тканей зубо-челюстной системы. Проведен статистический анализ историй болезни в зависимости от тяжести воспалительных процессов челюстно-лицевой области в различные сроки беременности и проведенных оперативных и консервативных вмешательств разных локализаций.

Результаты исследования и их обсуждение

На базе клиники взрослой хирургической стоматологии ТГСИ проведен анализ 67 историй болезни госпитализированных беременных женщин с одонтогенными воспалительными процессами, пролеченных в течение 3 лет, из них в 2017–24 женщины, 2018 году – 21 и в 2019–22 беременные. Диагнозы и виды проведенных операций представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение госпитализированных беременных женщин с одонтогенными воспалительными процессами в отделении взрослой хирургической стоматологии ТГСИ за 2017–2019 гг.

№	Диагноз	Вид операции	Число больных	%
1.	Флегмона ЧЛЮ (различных локализаций)	Вскрытые флегмоны	34	51
2.	Абсцессы ЧЛЮ (различных локализаций)	Вскрытые абсцесса	17	26
3.	Периоститы челюстей	Периостотомия	9	13
4.	Остеомиелиты челюстей	Секвестрэктомия	2	2,5
5.	Инфильтрат и лимфадениты ЧЛЮ	Комплексное лечение	5	7,5
	Итого:		67	100

По данным таблицы 1 в течение 3 лет из госпитализированных беременных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области различной локализации составило 34 (51%) больных; с одонтогенными абсцессами госпитализировано 17 (26%) беременных, периостомия разлитого характера проведена у 9 (13%) беременных женщин, 5 (7,5%) беременных лечились с различными инфильтрациями и острым серозного характера лимфаденитом.

Из историй болезни на основании детального статистического изучения результатов биохимических анализов выявлено, что из 67 (100%) госпитализированных беременных женщин, в соответствии с процессами воспаления кроме сдвига лейкоцитарной формулы наблюдалось уменьшение содержания гемоглобина у 99,5%. Из всех пациентов анемия легкой степени встречалась у 38%, анемия средней степени – у 43% и тяжелая форма анемии наблюдалась у 18,5% беременных.

Планирование времени продолжительности приема врачом-стоматологом необходимо проводить, избегая критических периодов бере-

менности, то есть моментов повышенной опасности: возможности выкидыша или преждевременных родов. В этот момент самые незначительные по силе раздражители, как внутренние, так и внешние, могут привести к тонуусу матки, обусловить ее сокращения, а в конечном итоге привести к наступлению выкидыша или преждевременных родов. Мониторинг госпитализированных беременных женщин во время нахождения в стационаре по поводу лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области наблюдались преждевременные роды у 12,0% от всех пролеченных беременных женщин.

В поликлинике хирургической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института проведен мониторинг обратившихся беременных женщин в период 2017–2019 гг. Анализировано 128 амбулаторных карт беременных пациенток с различными формами одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой системы. Статистических анализы диагнозов и проведенных манипуляций представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение беременных женщин, обратившихся на амбулаторной прием с одонтогенными воспалительными процессами в поликлинику хирургической стоматологии ТГСИ за 2017–2019гг.

№	Диагноз	Вид операции	Число больных	%
1.	Перекоронарит	Перикоронарото-мия, удаление зуба	11	8,8
2.	Обострение хронического периодонтита	Удаление зуба	62	48
3.	Периостит челюстей	Периостотомия, удаление зуба	19	14,5
4.	Луночкой остеомиелит (альвеолит)	Секвестрэктомия, кюретаж зубной лунки	7	5,4
5.	Инфильтрат и лимфадениты ЧЛЮ	Комплексное медикаментозное лечение	19	14,5
6.	Пародонтит, гингивит, пародонтоз	Удаление зуба, комплексное лечение	8	6,6
7.	Одонтогенный гайморит	Комплексное лечение	2	1,3
Итого:			128	100

Согласно данным таблицы 2 процентное соотношение в течение 3 лет амбулаторных приемов с обострением хронического периодонтита было у 62 (48,0%) беременных женщин. С диагнозом одонтогенные периоститы челюстей обратились 19 (14,5%) женщин; 19 (14,5%) беременных женщин обратились за помощью хирурга стоматолога с различными воспалительными инфильтрациями челюстно-лицевой области.

На основании изучения амбулаторных карт в анамнезе у 86% женщин во время стоматологических диспансеризаций беременных женщин осмотр и лечение не проводились качественно, были

«ложные справки». По результатам статистического анализа выявлено, что из 128 (100%) обратившихся беременных после амбулаторных хирургических вмешательств, во время динамического наблюдения выявлена 21(15,8%) женщина, которые были госпитализированы в стационар с различными видами гнойно-некротических осложнений челюстно-лицевой области.

Таким образом, исходя из результатов проведенного мониторинга, можно сделать вывод, что обращения беременных к хирургу стоматологу составило значительно число из общего количества больных, обратившихся за лечебной помощью.

Тактика врача-стоматолога предусматривает постоянное наблюдение беременных женщин и требует оптимальных профилактических мероприятий для предотвращения отрицательных исходов при дальнейшем распространении одонтогенной инфекции челюстно-лицевого пространства.

Список литературы:

1. Заболотный Т.Д., Бандрицкий Ю.Л., Дырык В.Т. Состояние местного и системного иммунитета у больных с разным течением генерализованного пародонтита // *Стоматология*. – 2016. – №6. – С. 23–25.
2. Кисельникова Л.П., Попова Н.С. Стоматологический статус и профилактика стоматологических заболеваний у беременных // *Институт стоматологии*. – 2011. – № 1. – С. 90–91.
3. Манак Т.Н., Шилова С.Д., Макарова О.В. Современные подходы к оказанию стоматологической помощи беременным женщинам // *Современная стоматология*. – 2017. – № 4. – С. 13.
4. Толмачева С.М. Особенности диспансерного наблюдения беременных врачом стоматологом // *Стоматология*. – 2010. – № 4. – С. 138–141.
5. Носова В.Ф., Рабинович С.А. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам (Часть II) // *Институт стоматологии*. – 2003. – №4. – С. 72–73.
6. Birkedal-Hansen H. Role of matrix metalloproteinases in human periodontal diseases // *J. Periodontol.* – 1993. – Vol.64. – №5. – P. 474–484.
7. Chae P., Im M., Gibson F., Jiang Y., Graves D. Mice lacking monocyte chemoattractant protein-1 have enhanced susceptibility to an interstitial polymicrobial infection due to impaired monocyte recruitment // *Infect. Immun.* – 2002. – Vol.70. – P. 31–64.

УДК: 616.31:614.254.1

ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Мукимов О.А., Исанова Д.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Реформирование системы здравоохранения и переход к новым экономическим условиям не снизило, а напротив, обострило проблему организации стоматологической помощи во многих странах. Об этом свидетельствуют результаты социологических исследований и рост стоматологической заболеваемости. Стоматологическая помощь относится к наиболее массовым видам и составляет 20–25% в структуре общей заболеваемости.

Проблема роста стоматологической заболеваемости актуальна и является, в первую очередь, социальной. Для ее успешного решения и предупреждения необходимы совместные усилия государства и медицинского сообщества. По нашим данным, с 2000 по 2015 гг. структура региональной стоматологии претерпела существенные изменения. Сократилось количество стоматологических отделений и кабинетов в государственных медицинских организациях, что сопровождалось опережающим ростом числа стоматологических организаций частного сектора.

И хотя стоматологические услуги являются одними из самых массовых и затратных в современной медицине, именно стоматологические организации всех форм собственности и их персонал, как показало время, оказались наиболее мотивированными к работе в условиях рынка и предпринимательства структурами.

Развитие национальных программ здравоохранения и медицинского страхования в различных странах связано и политическими социально-экономическими условиями, сложившимися в этих странах. Программы различаются по основным источникам финансирования и формам собственности (государственные, общественные, частные), условиям страхования, содержанию оказываемых в рамках данной программы услуг, организационным формам их предоставления и другим параметрам.

Программы медицинского страхования в 28 странах мира (Германия, Франция, Англия, Бельгия, США, Финляндия и др.) включают в различных объемах и стоматологическую помощь, в основном профилактические мероприятия и лече-