

47(5): 435- 438.

21. Soares CD, Carvalho RA, Carvalho KA, et al. Oral lesions in a patient with COVID-19. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2020; 25(4): e563- e564.

22. Tapia R.O.C., Labrador A. J.P., Guimaraes D.M., Valdez L.A.H. (2020). Oral mucosal lesions in patients with SARS-CoV-2 infection. Report of four cases. Are they a true sign of COVID-19 disease?

23. Taşlıdere B, Mehmetaj L, Özcan AB, Gülen B, Taşlıdere N. Melkersson-Rosenthal syndrome induced by COVID-19: a case report. *Am J Emerg Med*. 2020.

24. Wang C, Wu H, Ding X, Ji H, Jiao P, Song H, et al. Does infection of 2019 novel coronavirus cause acute and/or chronic sialadenitis? *Med Hypotheses*. 2020 Apr

РЕЗЮМЕ. Участие стоматолога важно не только в предотвращении передачи COVID-19, но и в раннем распознавании и лечении больных. Необходимы исследования большого контингента пациентов с COVID-19 для документирования всех проявлений, связанных с COVID-19 в полости рта. Детализация признаков и симптомов заболевания имеет решающее значение для раннего выявления, своевременного лечения и, следовательно, лучшего прогноза.

Ключевые слова: COVID-19, афтозный стоматит, петехии, энантема, сиаладенит.

РЕЗЮМЕСИ. COVID-19 tarqalishini oldini olishda, bemorlarni erta aniqlash va davolashda shifokor-stomatologning ishtiroki muhimdir. Og'iz bo'shlig'ida COVID-19 kasalligi bilan bog'liq barcha ko'rinishlarni aniqlash va hujjatlashtirish uchun COVID-19 bilan kasallangan bemorlarining katta qismini o'rganish kerak. Kasallik alomatlarini batafsil o'rganish uni erta aniqlash, o'z vaqtida davolash va shuningdek kasallikni kechishini yaxshilash uchun juda muhimdir.

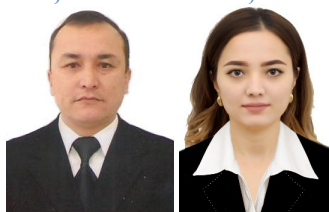
Kalit so'zlar: COVID-19, aftoz stomatit, petexiya, enanema, sialadenit.

SUMMARY. The involvement of the dentist is important not only in preventing the transmission of COVID-19, but also in the early recognition and treatment of patients. Studies of large populations of COVID-19 patients are needed to document all of the oral manifestations associated with COVID-19. Detailing the signs and symptoms of a disease is critical for early detection, timely treatment, and therefore a better prognosis.

Key words: COVID-19, aphthous stomatitis, petechiae, enanthema, sialadenitis.

УДК: 616.311.2(616.155.194.8+618.3)

ЗАБОЛЕВАНИЕ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА



Зойиров Т.Э., Содиқова Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Известно, что беременность сопровождается повышением обмена веществ, когда существенно усиливаются процессы ассимиляции, и возрастает задержка продуктов диссимиляции, которые необходимо вывести из организма. Эти изменения во время беременности обусловлены гормональными сдвигами, поскольку в это время меняется деятельность желез внутренней секреции. Уже с 3-4-го месяца беременности в крови резко увеличивается количество эстрогенов, что приводит к повышению содержания прогестерона. Многочисленные клинические, гистологические и гистохимические исследования показывают, что половые гормоны оказывают значимое влияние на организм в целом и на сосудистую и костную системы, в особенности. Эстрогены стимулируют пролиферацию фибробластов десны, влияют на дифференцировку и рост клеток, индуцируя синтез белков. Они увеличивают активность костного

мозга, оказывают общее анаболическое действие, обладают противовоспалительной активностью, влияют на продолжительность жизненного цикла клеток. Прогестерон вызывает расширение капилляров десен, отечность [7,18,22].

В результате экспериментальных исследований и клинических наблюдений установлено, что заболевания пародонта у беременных возникают вследствие дефицита эстрогенов. Это происходит потому, что большая часть эстрогенов, которые поступили в кровь беременных, связывается с белками плазмы, а свободные эстрогены приобретают особые вазоактивные пролиферативные эпителиотропные свойства и содержатся в слюне в высокой концентрации. Итак, изменения гормонального статуса существенно влияют на возникновение и патогенез заболеваний пародонта у беременных [3,8,17].

Во время беременности в организме женщины

происходят изменения, при которых достаточно сложно отделить собственно физиологические компенсаторные механизмы от патологических проявлений. Другие ученые считают, что в период беременности в основном происходит обострение хронического воспалительного процесса в тканях пародонта в результате значительных изменений гомеостаза полости рта. Еще более глубокие изменения в гомеостазе ротовой полости отмечаются при патологическом течении беременности.

Известно, что патогенез заболеваний тканей пародонта связан с системной патологией организма, а воспалительные и дистрофические воспалительные поражения пародонта являются преимущественно вторичными относительно системных процессов в организме, которые становятся основой ряда заболеваний внутренних органов [5,23].

Несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых, посвященных стоматологическому статусу беременных женщин, предотвращение и лечение заболеваний пародонта у этой категории населения остается актуальной проблемой. Мероприятия, направленные на предотвращение возникновения стоматологических заболеваний, оптимально реализовывать в период с 3-го до 6-го месяца беременности. По данным специальной литературы, наибольшее проявление воспалительных явлений в тканях пародонта наблюдают во II триместре беременности, критическое – в III триместре, что позволяет определить оптимальные периоды стоматологических осмотров и дифференцированно подойти к лечебно-профилактическим мероприятиям [7,17,25].

Частым осложнением беременности является железодефицитная анемия (ЖДА), которая занимает первое место среди всех осложнений гестационного периода [2,9]. ЖДА – клинко-гематологический синдром, характеризующийся снижением количества железа в организме (крови, костном мозге и депо), когда нарушается синтез гема, а также белков, содержащих железо (миоглобина, железосодержащих тканевых ферментов). Н.И. Тофан (2013) рассматривает железодефицитную анемию как тотальную органную патологию, которая приводит к функциональным и морфологическим изменениям всех органов и тканей. Особенно повреждаются ткани, способные к регенерации: эпителий кожи, дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, а также иммунная система, головной мозг [20,22].

На фоне пониженной резистентности капилляров пародонта и вторичного физиологического иммунодефицита существенно повышается роль местных раздражающих факторов. Патогенная микрофлора является эссенциальным и

движущим фактором развития генерализованного пародонтита (ГП). Бактерии ротовой полости могут оказывать местное и системное влияние на состояние здоровья человека путем диссеминации локально образованных медиаторов воспаления, провоцирования аллергических или аутоиммунных реакций, аспирации содержимого полости рта и попадания его в органы пищеварительной, дыхательной систем. Особую угрозу очаги инфекции в ротовой полости представляют для людей с ослабленным иммунитетом, каковыми являются беременные женщины с ЖДА, у которых происходит снижение колонизационной резистентности организма к инфекционным факторам. В норме бактериальный спектр ротовой полости составляют преимущественно различные виды кокковой микрофлоры: негемолитические стрептококки и непатогенные стафилококки [12,27].

В ротовой полости здоровых людей в большом количестве содержатся лактобациллы, нейссерии, коринебактерии. Эндогенная микрофлора обеспечивает восстановление слизистой оболочки, играет определенную роль в обменных процессах и ферментативных реакциях, синтезирует витамины, кислоты (молочную, уксусную, фолиевую), перекись водорода, бактериоцины и т.д. [25].

При проведении микробиологических исследований у беременных женщин обнаружено различной степени выраженности нарушение биоценоза ротовой полости. Установлено, что нарушение соотношения между показателями обсемененности слизистой оболочки ротовой полости рта беременных представителями нормальной и условно-патогенной микрофлоры повышает риск возникновения осложнений беременности и родов, а также риск инфицирования плода и новорожденного.

Среди механизмов повреждающего воздействия пародонтопатогенов различают нарушения биоценоза ротовой полости, способность микроорганизмов к инвазии в ткани, активную секрецию токсинов и ферментов, синтез протеаз, которые разрушают иммуноглобулины, угнетение факторов защиты организма, индукцию апоптоза лимфоцитов [5,21]. Во время длительного контакта микроорганизмов с тканями пародонта возможно развитие процессов альтерации до образования пародонтального кармана. Это создает благоприятные условия для развития в ротовой полости микрофлоры, постоянный очаг которой обуславливает развитие пародонтальных карманов, влияет на состояние околозубных тканей и на организм в целом. Всасываясь с кровью и лимфой, микробные и тканевые токсины могут вызывать формирование фокальной инфекции в других органах будущей матери, осложняя

течение беременности. Но сами микроорганизмы не являются причиной заболевания, а становятся ею только при взаимодействии с макроорганизмом, в случае сочетания определенных неблагоприятных условиях (например, сбой в функционировании защитных механизмов организма) [19,24].

По данным статистических исследований, распространенность заболеваний тканей пародонта у беременных женщин колеблется в пределах 84,0-89,2%, а по данным S. Gajendra (2004), поражение пародонта различной интенсивности во время беременности обнаруживают у 100% обследованных. Информативными являются данные сравнения клинического состояния пародонта в беременных и не беременных аналогичного возраста, а также учитывая влияние социально-экономического состояния и других факторов. Так, у беременных обнаружили значительную тяжесть гингивита с прогрессированием воспалительных изменений в процессе беременности.

Сравнительные исследования S. Мооге и соавт. показывают, что во время беременности кровоточивость десен наблюдали у 50-53% женщин, а индексные показатели зубных отложений и воспаления десен после родов преобладают над этими же показателями III триместре беременности. Индекс пародонтального кармана и кровоточивости во время беременности выше, чем после родов, хотя количество зубных бляшек одинаково. Учитывая данные клинической оценки индексных показателей зубной бляшки, воспаление десен и уровень эпителиального прикрепления, авторы утверждают, что беременность влияет только на состояние десен. Не обнаружено различий по показателям потери прикрепления у беременных и не беременных [9,20]. По утверждению многих авторов, чаще всего гингивит беременных проявляется гиперплазией десен. Появление гипертрофических образований связывают с изменениями гормонального статуса [22].

Так, установлено, что во время беременности гистологически эти участки богаты воспалительными клетками и нейтрофилами, а также пролиферирующими фибробластами и новообразованной капиллярной системой. Гипертрофические изменения межзубных сосочков, возникшие в период беременности, по морфологическим признакам можно классифицировать как сосудистый эпюлис, а у беременных подобные разрастания чаще всего проявляются как гипертрофический гингивит с выраженной лимфоплазмодитарная инфильтрацией стромы. Улучшение состояния десневого края после родов (даже без лечения) позволяет многим исследователям сделать предположение о нейрогуморальной природе

гипертрофических процессов в деснах, возникших на фоне беременности [7,19].

По данным многих ученых, первые признаки гингивита, такие как гиперемия десен, жжение и зуд в деснах, появляются в I триместре (на 10-12-й нед. беременности). Наблюдают также повышенную чувствительность к воздействию химических и температурных раздражителей (сладкого, кислого, холодного и т.д.) различных групп зубов, чаще передних. Это может быть связано с нарушением баланса макрокосма микроэлементов (макрокосма микродисэлементозы), которые участвуют в формировании минерального базиса плода.

Во время клинического обследования основными жалобами и признаками гингивита в этот период является кровоточивость десен, неприятный запах изо рта (галитоз), гиперестезия твердых тканей зубов. В I триместре распространенной клинической формой воспалительного процесса является катаральный гингивит, во II триместре гингивит беременных развивается как катаральное или гипертрофическое воспаление, реже – как язвенно-некротическое поражение десен. Катаральный гингивит беременных характеризуется генерализованными симметричным поражением фронтального участка верхней и нижней челюстей. Пациентки жалуются на неприятные ощущения в деснах, зуд, галитоз, нарушение вкуса, кровоточивость десен во время еды и чистки зубов. Общее состояние женщин при этом не нарушено. Вследствие отека образуются клинические (десневые) карманы, на зубах – повышенное наслоение мягкого налета. Женщины избегают чистки зубов в связи с болезненностью и кровоточивостью десен, гигиена полости рта ухудшается, и патологический процесс распространяется в межальвеолярные перепонки альвеолярной кости челюстей.

Во время объективного обследования отмечают отек, гиперемию, цианоз десны, очаги десквамации эпителия, единичные эрозии, преимущественно в зоне вершин межзубных сосочков, механическое повреждение которых сопровождается кровотечением [7,22,24].

В III триместре и предродовом периоде клиническая картина гипертрофического гингивита беременных приобретает максимальное развитие. Десны могут закрывать почти всю поверхность зубов, достигая режущего края, что приводит к дополнительной травме, увеличению болевого синдрома и кровоточивости. Вследствие значительного разрастания десны образуются глубокие десневые карманы с серозно-геморрагическим экссудатом. Рентгенологическое исследование, выполненное в послеродовом периоде, выявляет остеопороз, частичную деструкцию кортикального слоя межальвеолярных перепонки, что позволяет говорить о первичных

признаках необратимых изменений в пародонте, присущих генерализованному пародонтиту [26].

Лечение воспалительно-дистрофических заболеваний пародонта направлено против инфекций, интоксикации, на активацию иммунитета, нормализацию нарушений обменных процессов в пародонте и стимуляцию регенерации. Выбор лекарств из большого количества препаратов, используемых для местного и общего лечения ГП, обусловлен необходимостью действовать как на очаг воспаления (прежде всего на патогенную микрофлору ротовой полости), так и на дистрофические процессы. Итак, врач стремится повлиять на саногенетические и патогенетические процессы в пародонте, что предусматривает применение противомикробных, противовоспалительных, десенсибилизирующих препаратов, действие на местное кровообращение, усиление процессов регенерации, а также использование общеукрепляющей, иммуномодулирующей и стимулирующей терапии и т.д. [10,19,27].

Традиционно лечение заболеваний пародонта начинают с устранения местных раздражающих факторов, например, с проведения профессиональной гигиены, включая удаление всех мягких и твердых наддесневых и поддесневой зубных отложений, полировку поверхностей зубов. Больных обучают уходу за полостью рта, дают рекомендации по выбору средств гигиены. Следующий этап – устранение первичной травматической окклюзии, лечение симптоматического гингивита и устранение или уменьшение пародонтальных карманов.

Медикаментозная терапия при лечении заболеваний пародонта играет вспомогательную роль и направлена на патогенетическое звено воспалительного процесса в пародонте, ослабление инфекции в пародонтальных карманах, устранение гипоксии, стимулирование регенерации и рубцевание пародонтальных карманов, угнетение роста грануляций в пародонтальных карманах, а также на повышение защитных возможностей пародонта [13,20].

Антимикробная местная терапия воспалительных заболеваний пародонта имеет первостепенное значение. Современные антибактериальные препараты не имеют достаточно широкого спектра действия для уничтожения всех штаммов бактерий, имеющих в пародонтальном кармане, они могут вызвать серьезные системные побочные эффекты (аллергические и токсические). Применение антибиотиков может способствовать развитию устойчивых штаммов бактерий. Кроме того, использование антибактериальных средств во время беременности довольно ограничено, поэтому внимание специалистов привлекают антисептические средства. Антисептики имеют ряд

преимуществ, такие как минимальное всасывание, отсутствие аллергических реакций, высокая бактерицидная активность к микроорганизмам на поверхности клетки [4,11,19].

Несмотря на то, что сейчас у большинства женщин реальное потребление макро- и микроэлементов и витаминов с пищей значительно меньше уровня, обеспечивающего благоприятное течение беременности и лактации, обязательно применение витаминно-минеральных комплексов у беременных, имеющих заболевания тканей пародонта на фоне ЖДА. витаминотерапия наиболее эффективна на начальных стадиях ГП [19,26]. Зарубежные авторы определили так называемую концепцию микронутриентного программирования развития будущего ребенка во время беременности, заключающуюся в целесообразности применения поливитаминных комплексов.

Пополнение запасов микро- и макроэлементов нужно рассматривать через призму необходимой физиологической потребности организма, а не как действие лекарственных препаратов. Основная задача стоматологов, акушеров-гинекологов – формирование понимания важности своевременной стоматологической помощи у беременных путем создания положительной мотивации к лечению [19,23].

В современной профессиональной литературе понятие индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний в период беременности не в полном объеме отражает суть необходимых мер для поддержания стоматологического здоровья женщины на высоком уровне.

Итак, целесообразным является поиск новых современных методов диагностики и индивидуального подхода к первичной и вторичной профилактике изменений тканей пародонта беременных. Необходимо детальное изучение соматического и стоматологического анамнеза, изменений во всех системах организма, создание комплекса индивидуальных профилактических мероприятий, а также совершенствование терапии выявленных в тканях пародонта нарушений [20,27].

Заключение

Беременность, представляющая собой физиологический процесс, предъявляет повышенные требования ко всем видам обмена в организме, что приводит к изменению различных органов и систем, в том числе и полости рта. При патологическом течении беременности происходят более глубокие изменения обменных процессов. Единственный путь решения этой проблемы – детальное изучение соматического и стоматологического анамнеза, изменений во всех системах организма, на основе которого

возможно создание обоснованного комплекса индивидуальных профилактических мероприятий и совершенствование терапии выявленных нарушений в тканях пародонта беременных с железодефицитной анемией.

Литература

1. Ахмедов П.М., Нигматов Р.Н., Зуфаров С.А. Состояние тканей протезного ложа у больных с гематологическими заболеваниями // *Stomatologia*. – 2000. – №3 (9). – С. 30-32.
2. Ахмедова Н.Ш., Болтаев К.Ж., Эгамова С.К., Исмадова М.Н. Комплексное изучение обмена некоторых микроэлементов у женщин фертильного возраста при анемии // *Педиатр. Вестн. Южного Урала*. – 2015. – №2. – С. 14-16.
3. Бекжанова О.Е., Камилов Х.П., Зойиров Т.Э. Оптимизация комплексного лечения генерализованного пародонтита // *Материалы к 4-й Международной конференции по клинической фармакологии и фармакотерапии: актуальные вопросы*. – М., 2014. – С. 29-30.
4. Бойчук-Товста О.Г., Бойчук О.Г. Особенности этиологии, патогенеза, лечения и профилактики заболеваний пародонта у беременных женщин на фоне железодефицитной анемии (обзор литературы) // *Запорожский мед. журн.* – 2019. – Т. 21, № 1. – С. 144-149.
5. Гадаев А.Г., Ризаев Ж.А., Норбутаев А.Б., Олимжонов К.Ж. Железо, его роль в функционировании систем организма и связанное с ним поражение слизистой полости рта // *Пробл. биол. и медицины*. – 2020. – Т. 116, №1. – С. 219-224.
6. Даминова Ш.Б., Хамидов И.С., Казакова Н.Н. Цитологическая оценка состояние тканей пародонта при хроническом катаральном гингивите у детей // *Евразийский вестн. педиатр.* – 2019. – №2. – С. 96-100.
7. Дусмухамедов Д.М., Ризаев Ж.А., Юлдашев А.А. и др. Клиническая характеристика вторичных и остаточных дефектов и деформаций неба после уранопластики // *Пробл. биол. и медицины*. – 2020. Т. 116, №1. – С. 32-35.
8. Зойиров Т.Э., Элназаров А.Т. Совершенствование эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита методом отсроченного пломбирования // *Достижения науки и образования*. – 2019. – №9-2 (50).
9. Камилов Х.П., Зойиров Т.Э., Камилов Э.Х. Эффективность аппарата Vektor в комплексной терапии эндодонто-пародонтальных поражений // *Достижения науки и образования*. – 2018. – №5 (27).
10. Корнеева М.В., Жданова Е. В., Дзюба Е.В. Дефицит железа как фактор риска стоматологических заболеваний // *Мед. наука и образование Урала*. – 2015. – Т. 16, №3. – С. 74-77.
11. Курбанов Б.Б., Курбанова М.Т. Морфофункциональные изменения плаценты у беременных с легкой преэклампсией // *Пробл. биол. и медицины*. – 2020. – Т. 116, №1. – С. 62-63.
12. Мавлянов И.Р. и др. Анализ современных представлений о формировании критических периодов при возникновении железодефицитных анемий, фармакологические и клинико-экономические аспекты применения ферропрепаратов (обзор) // *Вестн. Совета мол. учёных и спец. Челябинской области*. – 2018. – Т. 1, №3 (22).
13. Нигматов Р.Н. Особенности состояния тканей протезного ложа при гематологических заболеваниях // *Новости стоматологии Кавказии (Баку)*. – 2001. – №4. – С. 30-33.
14. Нигматов Р.Н., Ахмедов П.М., Юлдашева Н.Р. Влияние заболевания крови на состояние протезного ложа // *Проблемы стоматологии: Междунар. конф. в Чимкенте РК*. – Алма-Ата, 2001. – №4 (14). – С. 84-85.
15. Нигматов Р.Н., Юлдашева Н.Р. Состояние пародонта и костной ткани челюстей у больных с железодефицитной анемией // *Stomatologiya*. – 2008. – №1-2 (35-36). – С. 19-21.
16. Османов А.О. и др. Диагностика и лечение аппендикулярного перитонита у беременных // *Вестн. Дагестанской гос. мед. акад.* – 2013. – №4. – С. 9.
17. Рустамова Ш.Б., Худоярова Д.Р., Элтазарова Г.Ш., Кобилова З.А. Течение беременности при цервицитах // *Пробл. биол. и медицины*. – 2020. – Т. 113, №3. – С. 89-91.
18. Усманова Д.Дж., Наджитдинов О.Б. Роль нейронспецифических белков в патогенезе развития диабетической полинейропатии у женщин в постклимактерическом периоде // *Пробл. биол. и медицины*. – 2020. – Т. 119, №3. – С. 116-119.
19. Харибова Е.А., Тешаев Ш.Ж. Морфофункциональные особенности тканевой организации энтероэндокринных клеток в возрастном аспекте // *Пробл. биол. и медицины*. – 2020. – Т. 118, №2. – С. 168-173.
20. Хасанова Л.Э., Исмаев Ф.А. Комплексная социально-гигиеническая характеристика условий, образа жизни и здоровья студентов. преимущества обследования студенческой молодежи // *Пробл. биол. и медицины*. – 2020. – Т. 116, №1. – С. 286-293.
21. Ходжиева Г.С. Темир танкислиги анемияси долзарб муаммолари // *Аёл-Фаол тадбиркорлик субъекти ва инновацион гоя ташаббускори*. – Тошкент, 2018. – Б. 43-49.
22. Ходжиева Г.С., Киличева В.А. Региональные причины железодефицитной анемии // *Научный форум: Электронный науч. журн.* – 2018. – №7 (28). – С. 35-39.
23. Ширинова Х.Х. Сравнительный анализ

клинической эффективности различных методов лечения больных генерализованным пародонтитом средней тяжести // Новый день в медицине: Науч.-реферативный, культурно-просветительский журн. – 2017. – №1 (17). – С. 100-103.

24. Широнова Х.Х. Пародонт тўқимасида ортиқча тана вазн таъсирида юзага келадиган ўзгаришлар ва уларнинг асоратларини олдини олиш йўллари ўрганиш алгоритми. – 2020.

25. Широнова Х.Х., Хабибова Н.Н. Тана вазнининг ортиши пародонт тўқимаси касалликлари ривожланишига таъсир қилувчи омил сифатида // Тиббиётда янги кун. – 2020. – №2. – Б. 463-465.

26. Ядгарова Г.С., Норова М.Б. Гормональный статус слюны и липидного спектра крови у больных пародонтитом с отягощенным ожирением // Актуальные проблемы стоматологии. – Бухара, 2012. – С. 151.

27. Dubrovskaya M.V. et al. Risk factors of development of inflammatory diseases of parodontium in pregnant women // Саратовский науч.-мед. журн. – 2013. – Т. 9, №3.

Резюме: Проведен анализ отечественных и зарубежных научных публикаций по вопросу заболевания пародонта у беременных женщин на фоне железодефицитной анемии. Рассмотрены распространенность заболеваний пародонта у беременных женщин, полиэтиологичность их возникновения, сложный механизм развития, особенности лечения и профилактики. Беременность, представляющая собой физиологический процесс, предьявляет

повышенные требования ко всем видам обмена в организме, что приводит к изменению различных органов и систем, в том числе и полости рта. Единственный путь решения этой проблемы – детальное изучение соматического и стоматологического анамнеза, изменений во всех системах организма, на основе которого возможно создание обоснованного комплекса индивидуальных профилактических мероприятий и совершенствование терапии выявленных нарушений в тканях пародонта беременных с железодефицитной анемией.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, пародонт, беременность, патогенез, профилактика.

Summary: The analysis of domestic and foreign scientific publications on the issue of periodontal disease in pregnant women against the background of iron deficiency anemia. The prevalence of periodontal diseases in pregnant women, the polyetiology of their occurrence, the complex mechanism of development, the characteristics of treatment and prevention are considered. Pregnancy, being a physiological process, has increased requirements for all types of metabolism in the body, which leads to changes in various organs and systems, including the oral cavity. The only way to solve this problem is a detailed study of the somatic and dental anamnesis, changes in all body systems, on the basis of which it is possible to create a well-founded complex of individual preventive measures and improve the therapy of the revealed disorders in the periodontal tissues of pregnant women with iron deficiency anemia.

Key words: iron deficiency anemia, periodontium, pregnancy, pathogenesis, prevention.

УДК: 616.5-002-056.43-053.5-036.32

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАНИИ АТРОФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ



Кўзиев Ш.Х., Хасанов Ш.М., Маликов С.О.,
Саъдуллаева Ш.Л., Жалолов Р.А.

Кафедра хирургической стоматологии и дентальной имплантологии, Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.

Широкое внедрение в клиническую практику зубного протезирования на имплантатах потребовало от клиницистов решения проблемы увеличения редуцированной альвеолярной части челюсти до размеров, необходимых для установки внутрикостных имплантатов необходимой длины и диаметра [1]. Наличие узких альвеолярных

дуг, снижение высоты и ширины альвеолярного отростка верхней челюсти, альвеолярной части нижней челюсти, связанное с атрофией костной ткани, что является следствием удаления зубов, ношения зубных протезов, а также общих заболеваний и возрастом пациентов, и в челюсти ведет к смещению ее и снижению нижней