




O'ZBEKISTON *tibbiyot* JURNALI

Медицинский
ЖУРНАЛ
УЗБЕКИСТАНА

№1
2020

МУНДАРИЖА

SOG'LIQNI SAQLASHNI TASHKIL QILISH 
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Азиз Бахрамович Искандаров К ВОПРОСУ ОЗДОРОВЛЕНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА ЖЕНЩИН, ЗАНЯТЫХ В ШЕЛКОТКАЦКИХ ПРОИЗВОДСТВАХ УЗБЕКИСТАНА 2

Эркинжон Зиёевич Исаков, Нодиржон Соипжонович Матхошимов АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ 6

Фарход Хушбакович Рахимов, Нодира Абдурахмоновна Исломова, Гулрух Комилжоновна Ботиралиева, Хайдар Пазилович Камиллов СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ СОҶА ВА ИХТИСОСЛИКЛАРИДА ИНТЕГРАЦИЯЛАШУВ ВА ИННОВАЦИОН МУҲИТНИНГ ШАКЛЛАНИШИГА ЁНДАШУВ 9

Ирода Абдурасуловна Камилова НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. ТАШКЕНТА 15

AMALIY SHIFOKOR KONSPEKTI 
КОНСПЕКТ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА


Искандар Рахимович Мавлянов, Сардор Каримович Курганов, Зафар Искандарович Мавлянов, Сардор Расулович Парпиев, Аъзам Баходирович Солиев, Суннат Туйчибаевич Юлчиев ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМОВ В ГЕНАХ PPARA (rs4253778), PPARGC1A (rs8192678) И PPARG2 (rs1801282) У СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЦИКЛИЧЕСКИМИ ВИДАМИ СПОРТА 19

Махмуд Мансурович Усманов, Хамдамбек Фарходович Рузиметов СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНОГО ГИДРОЛИЗА И ТРАНСПОРТА УГЛЕВОДОВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ 25

Нигора Маърифовна Сидикова СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ В КРОВИ И СЛЮНЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ 27


Тимур Владимирович Мелькумян, Анжела Даниловна Дадамова, Сурайе Шухратовна Шералиева, Дилоро Жамолитдиновна Каххарова, Шахло Ильхомовна Рахматуллаева, Нодира Акбаровна Некбаева ОЦЕНКА ПРЕДЕЛА ПРОЧНОСТИ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫХ ДЕНТАЛЬНЫХ КОМПОЗИТОВ 29

Умида Тохировна Нугманова, Хилола Худойбергеновна Кенджаева, Акрам Юлдашевич Юлдашев, Камола Хамраевна Сафарова ФОРМИРОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА ЧЕЛОВЕКА В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ 32

KLINIK TIBBIYOT 
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Маъриф Шакирович Каримов, Динора Аюповна Парпиева, Фазилат Нармаматовна Шукурова РЕВМАТОЛОГИК АМАЛИЁТДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАРДА АССОЦИИРЛАНГАН ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ БЕЛГИЛАР 34


¹Аброр Мирхакимович Азизов, ²Саодат Убаевна Асилова, ²Равшан Бахадырович Назаров, ²Дильшод Кудратович Ширинов ПОКАЗАТЕЛИ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С РИЗОМЕЛИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА 39

DAVOLOVCHI SHIFOKORLAR VA DORIHONA ISHCHILARI DIQQATIGA 
ВНИМАНИЮ ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ И АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ
ЛЕКАРСТВ

¹Зиявиддин Зайнутдинович Хакимов, ¹Алишер Худайбердиевич Рахманов, ²Шохида Тахировна Сафаева ВЛИЯНИЕ КАМЕДЬ – СМОЛЫ FERULA ASAFOETIDA НА ЖЕЛЧЕОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ 42

Динара Хамдуллаевна Ирназарова ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ 45

Фотима Абдулазизовна Шокирова, Хайдар Пазилович Камиллов ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА 54

SHARHLAR 
ОБЗОРЫ

Сайит Индиаминович Индиаминов, Азиза Эркиновна Давранова АКТУАЛЬНЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ТУПЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА 58

Абдигаффор Гадаевич Гадаев, Улугбек Дарханович Ибрагимов, Абдикодир Кенжаевич Курбонов, Рустам Исмадуллаевич Туракулов, Сарвар Эшбоевич Хожиев СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ТАШҚИ НАФАС ФАОЛИЯТИ ВА ҚОННИНГ ГАЗ ТАРКИБИ ЎЗГАРИШИНИ БАҲОЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ 62

¹Эркин Назимович Билалов, ²Дилшод Абдунабиевич Абдиназаров, ²Ахмаджон Эркин угли Нозимов, ¹Окилхон Ильесович Орипов ХИРУРГИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПТЕРИГИУМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 65

Нигора Убайдуллаевна Таджиева, Элмира Мамарафиковна Усманова КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ STREPTOCOCCUS PYOGENES 68

Нематжон (Солиевич) Мамасолиев, Хатам Хасанбаевич Турсунов, Бурхонжон Умарович Усмонов, Рано Рустамбековна Курбонова МИОКАРД ИНФАРКТИ – 2019. 2 – ЧИ АХБОРОТ: БЕМОРНИ БОСҚИЧМА – БОСҚИЧ ОЛИБ БОРИШ ВА КУЗАТУВ АЛГОРИТМИ. КЛИНИК ТАВСИЯЛАР 72

Нодир Назирович Султонов, Хабиб Бобомуродович Барноев, Максуд Атабоевич Сабиров СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 75

Хайдар Пазилович Камиллов, Шахзода Исаковна Самадова, Малика Худайбергеневна Ибрагимова, Зебо Муродова КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА: КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ЛЕЧЕНИЕ 78

Дилбар Камалджановна Махкамova НАРУШЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОГО И КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИЗМЕНЕНИЯМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ 82

AMALIYOTDAGI HODISALAR 

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Нигора Хасановна Тухтаева, Маъриф Шакирович Каримов, Марина Валерьевна Сибиркина
ИЗУЧЕНИЕ ОБСЕМЕНЕННОСТИ *N. PYLORI* У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 86

Муборахон Джалиловна Ахмедова, Тажигуль Ахметовна Ниязова, Хамидулла Баширович Магзумов,
Шерзод Алиевич Бойбеков БРУЦЕЛЛЁЗНИНГ ЯРИМ ЎТКИР ШАКЛИНИ ЭТИОТРОП ДАВОЛАШ
УСУЛИНИ САМАРАДОРЛИГИ 89

Зиядулла Эшмаматович Жуманов, Софья Анатольевна Блинова, Сайит Индияминович Индияминов
АКТУАЛЬНОСТЬ УСТАНОВЛЕНИЯ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ
ЖАРКОЙ АРИДНОЙ ЗОНЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ 92

Шухрат Абдужалилович Боймуратов, Элёр Сабилов КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
С РЕЦЕССИЕЙ ДЕСНЫ В СОЧЕТАНИИ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ И
ДЕФОРМАЦИЯМИ 97

¹Ойбек Абдужаббарович Бабаджанов, ²Саидкосим Саидазимович Арифов, ¹Шахноза Рустамовна
Абзалова, Диляфруз Анваровна Уринбаева РОЛЬ ГЕНА *VDR* В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА 99

EKSPERIMENTAL TADQIQOTLAR 

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рустам Абрарович Садыков, Ольга Вячеславовна Ким, Аллонур Бахтинурович Саидов, Айзада
Сарсенбаевна Досбергенова МЕТОД ПЛАЗМОСОРБЦИИ ДЛЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ
ДЕТОКСИКАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ УГОЛЬНЫХ СОРБЕНТОВ 102

Наджиюлла Хабибуллаевич Шамирзаев, Шухрат Жумаевич Тешиев, Равшан Раджапович
Баймуратов ОҚ КАЛАМУШЛАР МОЯГИ МОРФОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ МЕЪЁРДА,
СУРУНКАЛИ НУР КАСАЛЛИГИДА ВА БИОСТИМУЛЯТОР ТАЪСИРИДА ЎЗГАРИШИ 106

Шухрат Абдужалилович Боймуратов, Элёр Сабиоров

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕЦЕССИЕЙ ДЕСНЫ В СОЧЕТАНИИ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ

Ташкентская медицинская академия

Актуальность

Проблема диагностики и клинические подходы к лечению, прогнозированию осложнений при сочетанной патологии периодонта, особенно, при наличии зубочелюстных аномалий и деформаций зубных рядов, остаются малоизученными. Исследованиями некоторых ученых изучен механизм взаимосвязи болезней периодонта и зубочелюстных аномалий, деформаций, приводящих к значительным нарушениям зубочелюстной системы и снижению качества жизни больных [2,3].

Устранение воспалительных процессов в периодонте и пришлифовывание зубов при сочетанной патологии показали свою низкую эффективность. Ортодонтическое лечение при болезнях периодонта приводит к неблагоприятному исходу [2,3].

Известно, что рецессия десны (РД) наблюдается при аномалии положения зубов и прикуса, воспалительно-деструктивном процессе в тканях периодонта, механической травме, ортодонтических мероприятиях. Ортодонтическое перемещение зубов может ускорить межзубную РД, ведущую в области межзубных промежутков к «темным треугольникам», неэстетичным промежуткам между зубами. Устранить ее возможно с помощью мукогингивальной хирургии. Все вышесказанное определило цель данного исследования: улучшить эстетическое и функциональное состояние периодонта у пациентов с РД в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями [6].

Материал и методы

Нами обследованы 46 больных с РД в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями, обратившиеся в стоматологическую поликлинику 2 клиники Ташкентской медицинской академии и в поликлинику №2 Юнусабадского района. Возраст больных от 15 до 50 лет, из них женщин было 28, мужчин 18. Всем больным проводили клинико-лабораторные методы исследования.

Клинический осмотр включал опрос жалоб, анамнез заболевания и историю жизни больных, осмотр полости рта, выявление причины рецессии. Первым этапом всем больным проводили санацию ротовой полости, а также устранение ятрогенных факторов в ротовой полости (некачествен-

ные пломбы II, IV, V класса, протезы с длинными коронками и травмирующей промежуточной частью протеза), вредных артикуляционных привычек и явлений бруксизма. Вторым этапом проводили ортодонтическое лечение мультибондинг-системой (брекет-системой) с применением малых ортодонтических сил. Ортодонтический этап комплексного лечения пациентов с РД заключался в улучшении положения зубов, прикуса, достижении полноценных фиссуро-бугорковых контактов между зубами-антагонистами, симметрии, т.е. построения гармоничной улыбки, окклюзии и профиля. При этом, ортодонтическое лечение проводили на обеих челюстях, с окончательной нормализацией окклюзии в трех плоскостях и достижением множественных фиссуро-бугорковых контактов между зубами.

Всем больным измеряли уровень РД перед началом ортодонтического лечения и в динамике на 14, 21 сутки и через 3 и 6 мес. В зависимости от примененных методов лечения больных разделили на 3 группы. 1 группу составили 10 больных, леченных традиционным способом. 2 группу - 20 пациентов, которым, кроме традиционных методов, применяли операцию закрытия РД с помощью коронарно смещенного лоскута. 3 группу составили 16 больных, которым, кроме традиционных методов, применяли операцию закрытия РД с помощью латерально-смещенного лоскута.

Больным 1 группы проводили хирургическую санацию полости рта, снятие зубных отложений с последующим назначением антисептиков для полоскания рта. Во 2 группе на первом этапе, после санации ротовой полости, проводили хирургическое устранение РД с помощью коронарно-смещенного лоскута. Показанием к данной операции являлось наличие оголенных корней, гиперчувствительности обнаженных шеек зубов. Необходимым условием проведения этой операции является наличие зоны прикрепленной десны, шириной не менее 5 мм. С помощью этой методики можно устранить, как одиночные, так и множественные рецессии.

Техника операции. После анестезии 1% лидокаином в количестве 5 мл проводят два параллельных вертикальных разреза, для их объединения — фестончатый околобороздковый скошенный разрез. После этого лоскут отслаивают и мобилизуют, надсекая у основания лоскута над-

Таблица 1. Характеристика клинического материала

Пол больных	Возраст (лет)				Всего в %
	15-25	26-40	41-50		
Женщины	3	5	20		28(60%)
Мужчины	2	6	10		18(40%)
Итого	5	11	30		46(100%)

Таблица 2. Уровень РД, в зависимости от примененного метода лечения на уровне премоляров, моляров (1 и 2 группа) и резцов (3 группа)

№	1 группа	2 группа		3 группа
		Перед ортопедическим лечением		
1	3,1±0,7 мм	3,9±0,8 мм		4,5±0,8 мм*
2	3,2±0,6 мм	На 14 сутки	1,0±0,7 мм*	1,0±0,6 мм*
		На 21 сутки		
3	3,4±0,07 мм	Через 3 мес.	1,0±0,5 мм*	1,0±0,9 мм*
		Через 6 мес.	1,1±0,6 мм*	
5	3,9±0,8 мм	1,1±0,7 мм**		1,1±0,6 мм**

Примечание: P ≤ 0,05* - достоверно по отношению к показателям 1 группы,
 ** - достоверно по отношению к показателям перед ортопедическим лечением

костницу. Лоскут смещают коронарно. Швы накладывают на 1-2 мм выше эмалево-цементного соединения, с целью профилактики послеоперационной ретракции. Лоскут смещают с таким расчетом, чтобы край его был выше на 1 мм эмалево-цементной границы, и в таком положении фиксируют синтетическими швами №№5,6. Швы снимали на 14 сутки. В послеоперационном периоде назначали антибиотики и антисептики для полоскания рта [4,8].

Больным 3 группы на первом этапе, после проведения санации ротовой полости, проводили хирургическое устранение РД с помощью латерально-смещенного лоскута. Данная операция предназначена для закрытия одиночных узких рецессий, преимущественно средней ширины.

Техника операции. После обезболивания 1% лидокаином проводят V-образный разрез вокруг оголенного корня, отсекая краевой эпителий и соединительную ткань. При планировании донорского лоскута следует учитывать, что он должен быть в 2-4 раза шире принимающего ложа. Проводят фестончатый парасулькулярный скошенный разрез, соединенный, с одной стороны, с гранью V-образного разреза, с другой — с вертикальным разрезом на донорском участке. Лоскут расщепляют так, чтобы его дистальная часть состояла только из слизистой, а часть, закрывающая рецессию, была полнослойной, т.е. состояла из слизистой вместе с надкостницей. Этим предупреждается послеоперационная рецессия в донорском участке и обеспечивается его большая меха-

ническая устойчивость. Обнаженную корневую поверхность обрабатывают механически и химически модифицируют. Отсеченные эпителий и соединительную ткань удаляют. Лоскут мобилизуют, перемещают, укладывают на обнаженную поверхность корня, перекрывая край коронки зуба на 1,5-2,0 мм, и фиксируют синтетическими швами №№5,6. Желательно наложение защитной повязки на первые 7 суток. Швы снимают на 14 сутки. Лоскут смещают с таким расчетом, чтобы край его был выше на 1 мм эмалево-цементной границы. В послеоперационном периоде назначали антибиотики и антисептики для полоскания рта [4,10]

Результаты исследования и обсуждение

Результаты лечения больных 1 группы показали, что после первого этапа (хирургического) лечения отмечалось уменьшение воспалительного процесса (уменьшение отечности, красноты, неприятного запаха). Перед началом второго ортодонтического этапа мы измеряли рецессию десневого края на уровне премоляров и моляров верхней и нижней челюстей. Из табл. 2 видно, что после первого этапа хирургического лечения уровень РД составил, в среднем, 3,1±0,7 мм, а через 6 мес. - 3,9±0,8 мм. В динамике отмечалась тенденция усиления РД на 0,4 мм.

Результаты лечения больных 2 группы показали, что РД после санации полости рта составила 3,9±0,8 мм на уровне верхних и нижних премоляров и моляров. Предварительно, больным про-

водили профессиональную санацию полости рта, после чего хирургическое устранение РД с помощью коронарно-смещенного лоскута. В послеоперационном периоде отмечались отеки и легкая болезненность в области лоскута. Поэтому больным назначали антисептик элюдрил для полоскания рта. В послеоперационном периоде в динамике отеки и боли в области лоскута уменьшились, цвет десны стал бледно-розовым.

Из табл. 2 видно, что показатели глубины десневого края уменьшились и на 14 сутки составили $1,0 \pm 0,7$ мм, а в дальнейшем, с адаптацией лоскута, глубина десневого края составила $1,1 \pm 0,7$ мм, т.е. отмечался стойкий эффект.

Анализ результатов лечения больных 3 группы показал, что РД перед ортопедическим лечением на уровне резцов (11-12, 21-22) составляла $4,5 \pm 0,8$ мм. Больным этой группы РД устраняли с помощью латерально-смещенного лоскута. В послеоперационном периоде отеки и болезненность в области лоскута, слизистой оболочки десны со-

хранялись до 5-6 суток. Назначение антисептиков больным улучшило гигиеническое состояние полости рта. Дальнейшие наблюдения продемонстрировали положительную динамику показателей. В послеоперационном периоде в динамике отеки и боли в области лоскута уменьшились, цвет десны стал бледно-розовым. Из табл. 2 видно, что показатели глубины десневого края уменьшились на 14 сутки и составили $1,0 \pm 0,6$ мм, а в дальнейшем, с адаптацией лоскута, глубина десневого края составила $1,1 \pm 0,7$ мм, т.е. отмечали положительный эффект.

Таким образом, результаты исследования показали, что комплексное лечение больных с рецессией в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями, направленное на устранение окклюзионной травмы, создание множественных окклюзионных контактов, гармоничной улыбки и профиля, а также на улучшение состояния тканей периодонта, позволило получить хорошие отдаленные результаты.

Литература

1. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. Болезни пародонта. М.: GEOTAR-Media. 2015: 149.
2. Бимбас Э.С., Закиров Т.В. Основное лечение пациентов с заболеваниями пародонта. Дентал мэгэзин. 2013; 12: 36.
3. Бимбас Э.С., Закиров Т.В. Вспомогательное ортодонтическое лечение при заболевании пародонта. Дентал мэгэзин. 2014; 12: 54.
4. Коэн Эдвард С. Атлас косметической и реконструктивной хирургии пародонта. М.: Практическая медицина. 2011: 278.
5. Медведева Е.Ю. Применение соединительнотканного трансплантата при хирургическом закрытии рецессии десны. Матер. XVII Международной конференции челюстно-лицевых хирургов «Новые технологии в стоматологии». СПб.: МАПО. 2012: 74.
6. Рымарь А.С. Определение взаимосвязи наклона корней боковой группы зубов и рецессии десны. Матер. XVIII Международной конференции челюстно-лицевых хирургов «Новые технологии в стоматологии». СПб.: МАПО. 2012: 137-139.
7. Силян, А.В. Влияние избыточной инклинации моляров и премоляров на развитие рецессии десны. Ин-т стоматологии. 2013. 4(61): 46.
8. Cairo F., Nieri M., Pagliaro U. Efficacy of periodontal plastic surgery procedures in the treatment of localized gingival recessions. A systematic review. J. Clin Periodontol. 2014; 41(15): 44-62.
9. Sanz M., Simion M. Surgical techniques on periodontal plastic surgery and soft tissue regeneration: consensus report of Group 3 of the 10th European Workshop on Periodontology. J. Clin Periodontol. 2014; 41(15): 92-97.
10. Zuhr O., Baumer D., Hurzeler M. The addition of soft tissue replacement grafts in plastic periodontal and implant surgery: critical elements in design and execution. J. Clin Periodontol. 2014; 41(15): 123-142.

¹Ойбек Абдужаббарович Бабаджанов, ²Саидкосим Саидазимович Арифов, ¹Шахноза Рустамовна Абзалова, Диляфруз Анваровна Уринбаева

РОЛЬ ГЕНА VDR В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА

1. Ташкентский педиатрический медицинский институт

2. Ташкентский институт усовершенствования врачей

Розацеа – это рецидивирующее хроническое воспалительное кожное заболевание, поражающее преимущественно центральную часть лица и характеризующееся стадийным течением. Существующие методы лечения данного заболевания не удовлетворяют ни врачей, ни больных, а этиология и патогенез до конца не изучены. Выделяют экзогенные и эндогенные триггер-факторы, способствующие развитию розацеа с *Demodex folliculorum*. К экзогенным причинам относят-

ся алиментарный фактор, тепло (душ, ванна, сауна), холод, солнечная инсоляция и др.; к эндогенным – наиболее часто – нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта, расстройства иммунной системы, психовегетативные нарушения, сосудистые заболевания и др. (Потекаев Н.Н., 2000)[1,2].

Роль *Demodex folliculorum* в развитии розацеа в дерматологии уже давно вызывает особый интерес. В очаге поражения больных многие ав-