

ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҚТИМОИИ
АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

МД «ПАЖӢҲИШГОҲИ ИЛМИЮ КЛИНИКИИ СТОМАТОЛОГИЯ
ВА ҶАРРОҲИИ ҶОҒУ РӢИ»

ГУ «НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИИ И
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ»

Маҷмӯи маводҳои Конференсияи илмию амалӣ

**«МАСЪАЛАҲОИ МУБРАМИ СТОМАТОЛОГИЯИ
КӢДАКОНА ВА ОРТОДОНТИЯ: МУШКИЛИҲО
ВА ДУРНАМОИ РУШДИ ОНҲО»**

Сборник материалов научно-практической конференции

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ И ОРТОДОНТИИ:
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РАЗВИТИЯ»**

ш. Турсунзода, 23.06.2023

36. **ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**
Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Гафаров Х.О., Ходжаев М.У.
37. **ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**
Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Рахмонов И.Р., Ходжаев М.У.
38. **ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**
Назарова Ш.Х., Джахангирова Д.А., Шомуродов К.Э., Файзиев Б.Р.
39. **РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА**
Нуриддинова М.О., Якубов Р.К., Пулатова Б.Ж.
40. **МУОЛИЦАИ МУОСИРИ ЧАРРОҲИИ ОСЕБҲОИ УСТУХОНҲОИ ЧОҒУ-РҮЙ**
Олимов А.М., Шокиров С.М., Юлчиев Р.И.
41. **НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА-КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**
Олимов А.М., Саидов Р.А., Назарова Х.Н.
42. **ПОСТКОВИДНЫЕ СИНДРОМЫ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**
Олимов А.М., Хамидов М.Г., Мухсинзода Г.М.
43. **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**
Олимов А.М., Джонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х.
44. **ОРАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**
Пачаджанова Л.Н., Исламова С.И., Хакимзаде Э.З., Акрамов Н.М.
45. **ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОПОРОЗОМ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**
Пулатова Б.Ж., Ачилова Н.Г.
46. **ФАКТОРИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОСОБЕННОСТИ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**
Рахматов А.Н., Юлчиев Р.И., Олимов А.М., Назаров Љ.Р.
47. **БЕҲТАР НАМУДАНИ САТҲИ ХИЗМАТРАСОНИИ СТОМАТОЛОГИЯИ ОРТОДОНТӢ БА БЕМОРОН**
Рашидов Ҳ.Т., Бадалов Ф.Б., Раҳимов А.Х., Рашидова Ф.Х.
48. **СТОМАТОЛОГИЯИ ЧАРРОҲӢ ҒАЙРИНИШОНДОД ГУЗАРОНИДАНИ АМАЛИЁТҲОИ ЧАРРОҲИИ СТОМАТОЛОГӢ ВА ОРИЗАҲОИ ОН**
Қурбонов Р.М., Ишонқулов И.М.

ОРАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
Пачаджанова Л.Н., Исламова С.И., Хакимзаде Э.З., Акрамов Н.М.
ГУ «Научно-клинический-институт стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии»

Целью данного исследования является организация службы хирургической стоматологии детям до 14 лет на базе Научно-клинического института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Материалы и методы. Эти пациенты детского и подросткового возраста направляются на консультацию педиатром и детским стоматологом. Общее количество стоматологов, работающих в нашем отделении 3 человека. Для проведения челюстно-лицевых операций дети направлялись на госпитализацию. Средний возраст детей, обратившихся в отделение амбулаторной хирургии составляет 8 – 22 года. Наибольшее количество хирургических вмешательств было удаление зубов (молочных, постоянных и сверхкомплектных) – 70.5%.

Результаты исследований. Из 2464 удаленных зубов около 60% были молочные, 30% - постоянных, 10% – 22 года. Наибольшее количество хирургических вмешательств было удаление зубов (мол сверхкомплектные. Постоянные зубы были удалены по поводу осложнения кариеса – периодонтита, одонтогенного абсцесса.

Вывод. Наибольшая потребность в детском возрасте является удаление зубов результате осложнений кариозного процесса. В этом отделении должны работать специализированные стоматологи, которые могут проводить все операции, что гарантирует безопасность вмешательства.

**ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОПОРОЗОМ В ПЕРИОД
МЕНОПАУЗЫ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ
ИМПЛАНТАЦИИ**

Пулатова Б.Ж., Ачилова Н.Г.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Аннотация. В статье описаны материалы по литературному обзору о подготовке больных с остеопорозом в климактерическом периоде при планировании имплантации. Клиническая значимость остеопороза в климактерическом периоде заключается в вымывании кальция из кости в кровь, позволяющей свести к минимуму негативное влияние человеческого фактора, высокий процент обращений пациентов старших возрастных групп, особенно женщин, за устранением дефектов зубного ряда с помощью дентальных имплантатов позволяет считать эту проблему особенно актуальной, поскольку бессимптомное, невыразительное течение остеопороза может являться причинами развития осложнений в процессе лечения с применением внутрикостных имплантатов.

Ключевые слова: имплантаты, остеопороз, компьютерная томография, компьютерное моделирование, ложе имплантата, климактерический период.

Актуальность темы. Остеопороз – системное заболевание скелета, характеризующееся снижением массы кости в единице объема и нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящим к увеличению хрупкости костей и высокому риску переломов. Остеопороз является одним из наиболее распространенных метаболических заболеваний скелета, частота которого повышается с возрастом. В Европе среди молодых женщин снижение минеральной плотности костной ткани выявлено у 16% и остеопороз у 0,6%, а в возрасте 75 лет снижение минеральной плотности обнаружено у 94%, а остеопороз установлен у 38% женщин [16]. В США 30% белых женщин в постменопаузе имеют остеопороз и 54% остеопению в бедре, позвоночнике и предплечье [15]. По результатам исследований в рамках программы NHANES 3 показано, что 10 103 000 американцев (8 021 000 женщин и 2 082 000 мужчин) имеют остеопороз в настоящее время, а у 18 557 000, 1 543 400 женщин и 3 123 000 мужчины) определена низкая минеральная плотность кости [14]. В России по данным, полученным при изучении населения г. Москвы старше 50 лет, частота остеопороза у женщин составила 28%, а остеопении 50% [13].

Цель исследования: по литературным данным отечественных и зарубежных ученых рассмотреть вопрос о возможностях проведения имплантационного лечения больных с остеопорозом в период предменопаузы при планировании дентальной имплантации.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследований использовалась отечественная и зарубежная литература последних 10 лет.

Результаты исследований. Проблема остеопороза по странам мира. Общепризнано, что заболевание является причиной 90% всех переломов шейки бедра и позвонков у пожилых [12], особенно это касается переломов, возникших спонтанно или от незначительной травмы. Остеопороз считается болезнью стран с высоким уровнем жизни, где в настоящее время зарегистрирована наибольшая частота остеопоротических переломов. Тем не менее, наблюдается тенденция к повсеместному увеличению их количества, в том числе и в развивающихся странах. Так, если в мире в 1990 году произошло 1,7 миллионов переломов шейки бедра, то к 2050 году (по прогнозу математического моделирования) число переломов может увеличиться до 6,3 миллионов и при этом 75% их ожидается в странах Азии, Африки и Южной Америки [9]. Последние четыре десятилетия в странах с социально ориентированной экономикой значительное внимание уделяется проблеме остеопороза (ОС). Это связано как с увеличением продолжительности жизни населения (заболевание наиболее часто выявляется в средней и старшей возрастных группах), так и в связи с достаточно широким, длительным применением при целом ряде заболеваний гормональных препаратов, которые способствуют возникновению ОС. Результатом ОС, который встречается у каждой 3-4-ой женщины старше 45 лет, является повышенная ломкость костей. Чаще всего наблюдаются переломы тел грудных и поясничных позвонков, запястья и шейки бедра. Полностью излечивается

только 25% больных с переломами шейки бедра, 50% остаются нетрудоспособными, в 25% случаев исход летальный. Системе здравоохранения США такие больные обходятся, по меньшей мере в 10-15 миллиардов долларов ежегодно (Бочкова О.П., 1997; Беневоленская Л.И., 1998; Ершова О.Б., Белова К.Ю., 2009; Аметов А.С., Доскина Е.В., 2011; Скрипникова И.А., Явися А.М., 2011; Лесняк О.М., Торопцева Н.В., 2014; Лесняк О.М., 2016). Остеопороз является заболеванием скелета, для которого характерно снижение прочности костной ткани и повышение риска переломов (Ригз Б.Л., Мелтон Л.Дж., 2000; Лесняк О.М., Беневоленская Л.И., 2009; Лесняк О.М., 2016). В России ОС больны 14 млн. человек, что составляет 10% населения, в то же время у 20 млн. диагностирована остеопения (15%) (сайт <http>). Популяционные исследования, проведенные сотрудниками НИИ ревматологии РАМН, демонстрируют, что ОС страдают 33,8% женщин и 26,9% мужчин старше 50 лет (Аметов А.С., Доскина Е.В., 2011).

Статистика развития осложнений ОС удручающа. В течение 60 секунд в мире происходит 7 переломов позвонков и каждые 5 минут – 5 переломов шейки бедра (Михайлов Е.Е., Мылов Н.М., 2003; Шварц Г.Я., 2008; Аметов А.С., Доскин Е.В., 2011; Скрипникова И.А., Явися А.М., 2011; Courlay M.L. et al., 2016). В России эти проблемы уже приобрели социальную значимость, но в силу экономических причин российские медики пока делают только первые шаги в данном направлении. В настоящее время основное внимание в нашей стране уделяется постменопаузальному ОС, по поводу которого проведен ряд конференций и совещаний (Бочкова О.П. 1997; Беневоленская Л.И., 1998; Благосклонная Я.В. и соавт., 2010; Маличенко С.Б. и соавт., 2012; Батудаева Т.И., Спасова Т.Е., 2015; Захаров И.Г., 2016; Захаров И.Г. и соавт., 2016). Клинические проявления заболевания у пожилых женщин выражаются чаще всего болями, которые усиливаются при нагрузке, в поясничном и грудном отделах позвоночника, в суставах; деформацией фигуры (сутулость, уменьшение роста), чувством тяжести между лопатками, усталостью спины, повышенной утомляемостью, нарушением походки, хромотой; развитием явлений пародонтоза.

Факторы риска. В последние годы ОС встречается в молодом возрасте, что обусловлено наличием факторов риска. К ним относят генетические и антропометрические особенности (женщины хрупкого телосложения в большей степени подвержены этому заболеванию, чаще болеют представители белой расы); характер питания (дефицит кальция в пище); сниженная физическая активность; нарушения менструального цикла; раннее наступление менопаузы; избыточное потребление кофе, алкоголя; вредные привычки (курение), эндокринные заболевания (тиреотоксикоз, гиперпаратиреоз), длительное применение глюкокортикоидов, экологические факторы и т.п. (Рожинская Л.Я., 2005; Насонова В.А., Насонов Е.Л., 2003; Благосклонная Я.В. и соавт., 2010; Дзадзуа Д. и соавт., 2011; Маличенко С.Б. и соавт. 2012; Лесняк О.М., 2016.; Bishop N. et al., 2008; IOF, 2011; Schacht E., Ringe J.D., 2011; Helke A. et al., 2016).

Полифакторность заболевания выражается в наличии, кроме постменопаузального, других форм ОС: первичного (ювенильного), идиопатического и возрастного (сенильного), а также вторичного, связанного с патологией эндокринных желез, желудочнокишечного тракта, костного мозга и т.д. (Марова Е.И., 1998; Мазуров В.И. и соавт., 1998; Насонов Е.Л., 1999, 2003; Беневоленская Л.И., 2003; Лесняк О.М., Беневоленская Л.И., 2009; Благосклонная Я.В. и соавт., 2010; Лесняк О.М., 2016; Courlay M.L. et al., 2016). Ранняя правильная диагностика является залогом успеха в лечении и реабилитации этой многочисленной группы пациентов. Полноценный процесс репаративной регенерации является главным фактором, влияющим на механическую целостность соединения имплантата и кости. D. Buser (2000) выдвинул предположение о том, что грубая (шероховатая) поверхность имплантата является одним из важных факторов, влияющих на успех имплантации. Как известно, все способы преобразования поверхности дентальных имплантатов направлены, главным образом, на увеличение площади сцепления имплантата с костью, т.е. на увеличение степени шероховатости. Но шероховатость далеко не единственный параметр поверхности дентальных имплантатов, влияющий на успешность остеоинтеграции. Она отражает лишь физику поверхности дентальных имплантатов, однако химия поверхности также играет важную роль на первых стадиях репаративного остеогенеза, поэтому некоторые имплантаты содержат на своей поверхности биоактивные ионы, стимулирующие остеогенез. Чаще всего в качестве биоактивных покрытий выступают трикальцийфосфат, гидроксиапатит и тетракальцийфосфат. Известен тот факт, что важным условием на первых этапах остеоинтеграции является оседание на поверхность внутрикостной части имплантата кровяного сгустка. В состав сгустка входят – фибрин, трансформирующий фактор роста, сосудистые факторы роста, инсулиноподобный фактор роста и др. Перечисленные факторы стимулируют заживление костной ткани, активируют ангиогенез и образование коллагеновой матрицы. В литературе имеется большое количество сообщений о повышенной адгезии белковых субстанций к поверхности дентальных имплантатов с биопокрытием в виде кальций-фосфатных материалов. Остеопороз - системное заболевание скелета, сопровождающееся снижением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящее к увеличению хрупкости костей и риска переломов (Consensus Development Conference: Diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis, 1993). Увеличение продолжительности жизни в настоящее время и связанный с ней рост числа пожилых людей, особенно женщин, ведет к повышению частоты остеопороза, делая его одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. Последствия остеопороза в виде переломов тел позвонков и периферических костей обуславливают значительный подъем заболеваемости, инвалидности и смертности среди лиц пожилого возраста, что вызывает большие материальные затраты в области здравоохранения.

Ухудшение качества жизни Остеопороз создает серьезные медицинские и социальные проблемы и не только значительно ухудшает качество жизни этих

пациентов, а в ряде случаев приводит и к смертности. Следовательно, актуальность проблемы обусловлена не только медицинским, но и социальным фактором. Актуальность этой проблемы усиливается и тем, что остеопороз у пожилых больных РА - явление многофакторное. С одной стороны, это климакс и дисгормональные нарушения, с другой - это само заболевание (РА), воздействия лекарственных препаратов и целый ряд других факторов. Анализ литературы показал, что имеются работы по изучению МПК больных РА, выполненные как в России, так и за рубежом. Однако изучение частоты переломов костей в сочетании с изучением МПК у больных РА, в том числе и пожилого возраста, было проведено в единичных исследованиях только зарубежными авторами [Spector et al.]. В связи с этим представляет! актуальным изучение частоты остеопоротических переломов костей сопоставлении с данными МПК при РА, начавшемся в пожилом возрасте, отечественном исследовании. Цель Изменения демографической ситуации во всем мире и в РОССИИ, характеризующиеся увеличением числа людей старшего возраста, выводят менопаузальные расстройства в ряд первоочередных медицинских проблем. Менопаузу можно рассматривать как генетически запрограммированное явление, включающее в себя определенные стадии структурных и функциональных изменений. Угасание функции яичников оказывает влияние на все без исключения органы и системы организма. Физиологическое старение ассоциируется со снижением способности тканей к восстановлению, уменьшением их эластичности, повышенной жировой инфильтрацией, клеточной атрофией, дегенерацией нервных окончаний, снижением тонуса гладкой мускулатуры, уменьшением количества коллагеновых волокон в соединительной ткани связочного аппарата (Сметник В.П., 2006; Вихляева Е.М., 2008; Schneider P., Naftolin F., 2005). С возрастом ухудшается состояние здоровья, увеличивается потребность в медицинской помощи. Через феномен менопаузы ежегодно проходят 25 млн женщин, а к 2030 г. эта цифра увеличится до 1,2 миллиарда. Считается, что 1/3 женщин в возрасте 55-60 лет отмечают симптомы урогенитальной атрофии, а к 75 годам уже 2/3 женщин испытывают урогенитальный дискомфорт (Балан В.Е. и соавт., 2006). Урогенитальные нарушения сменяются нарушениями липидного спектра крови, снижением минеральной плотности костной ткани. Остеопороз представляет собой не одиночное болезненное состояние, а является результатом одного или нескольких патогенетических механизмов, включающих угасание активности яичников, нарушение метаболизма кальция, изменение продукции гормонов, регулирующих метаболизм костной ткани. Треть жизни женщины приходится на постменопаузу, в это время происходит снижение адаптационных возможностей организма (Манухин И.Б., 2006).

Разработка алгоритма диагностики и профилактики. Наличие высокой социальной значимости повышения заболеваемости и смертности женщин после выключения функции яичников послужили основой для разработки алгоритма ранней диагностики и профилактики менопаузальных расстройств у женщин с естественной менопаузой. По данным современных исследований

несовершенная адаптация организма к физиологическому выключению функции яичников в климактерический период приводит к развитию климактерического синдрома (КС) у 35-80% женщин (Вихляева Е.М., 2000; Кулаков В.И., 2005). По прогнозам Всемирной организации здравоохранения с увеличением продолжительности жизни, к 2015 году около трети жизни женщина будет находиться в постменопаузе. Поэтому актуально изучение физиологических и патологических процессов в организме женщины в период перехода от репродуктивного возраста к старости и обеспечение здоровья, а, следовательно, качества жизни, профессиональной и социальной деятельности женщин этого возраста. У женщин в постменопаузе частота ишемической болезни сердца повышается в 3 раза, инсульта в 7 раз (Еакег Е.Д., 2003), а частота постменопаузального остеопороза составляет 85% всех случаев первичного остеопороза (Воложин А.И., Оганов В.С., 2005; Насоиов Е.Л., 2006).

Лечение климактерического синдрома в связи с этим, одной из составляющих современной стратегии лечения КС является эффективная коррекция ранних климактерических расстройств (нейровегетативных и психоэмоциональных), развившихся в первые годы после менопаузы, и одновременно как можно более ранняя коррекция метаболических нарушений, ведущих к поздним осложнениям климактерического периода - остеопорозу и атеросклерозу (Сметник В.П., 2006). К настоящему времени достигнуты значительные успехи в коррекции КС с помощью заместительной гормональной терапии (ЗГТ). Многочисленными исследованиями показано, что применение ЗГТ уменьшает выраженность вазомоторных и депрессивных расстройств, снижает риск развития остеопороза, ишемической болезни сердца, атрофического вагинита, дегенеративных процессов в уретре и мочевом пузыре (Белоусов Ю.Б., 2003; Grady D., 2006; Pinkerton S.V., 2009; Taylor H.S., 2011). Однако вместе с этими фактами об эффективности ЗГТ появились сведения о возможных рисках, связанных с ее использованием, включая развитие рака молочной железы и матки, при длительном применении - рака эндометрия и тромбоемболии (Greiser C.M., 2005; Keeling D.M., Hinds L., 2010; Ohira T., 2010; Toh S., 2010). В европейских странах боязнь увеличения частоты эстрогензависимых раков является основной причиной отказа от ЗГТ (Сметник В.П., 2001). В связи с этим, для коррекции КС признано перспективным применение препаратов растительного происхождения и селективных модуляторов эстрогенов (Сметник В.П., 2001). Установлено, что эти средства способны оказывать положительные терапевтические и профилактические эффекты без риска развития рака в репродуктивных органах и с минимальными побочными реакциями (Овсянникова Т.В., 2004). Несмотря на повышенное внимание специалистов в области климактерия к использованию фитоэстрогенов и фитогормонов, недостаточно исследованы их эффективность в купировании отдельных симптомов КС и механизмы влияния на метаболические изменения в костной ткани, атерогенные факторы и эндотелиальную функцию у женщин с КС (Сметник В.П., 2006; Балан В.Е., 2008; Geller S.E., 2006; Vogt F., 2010; Kelley K.W., 2010).

Дентальная имплантация при атрофии костной ткани. В последние годы дентальная имплантация стала наиболее востребованным методом лечения полного или частичного отсутствия зубов. Протезирование на дентальных имплантатах является методом выбора при реабилитации пациентов с дефектами зубных рядов, позволяющим решить вопросы профессионального, социального, психологического, физиологического, эстетического характера (Бадалян В.А., 2014; Аванесян Р.А. и др., 2015; Байриков А.И., 2016; Гуськов А.В. и др., 2017). Базовые методики дентальной имплантации рассчитаны на стандартные анатомические условия, при которых имеется достаточная высота и толщина альвеолярного отростка для устанавливаемого имплантата. Однако приблизительно в 30% случаев из-за неблагоприятных анатомических условий базовые, стандартные методики применяются только в определенных модификациях (Полупан П.В., 2014; Ямуркова Н.Ф., 2015; Говорун Н.В., 2016; Кулаков А.А., 2017; Стрельников Е.В., 2018; Martegani P. et al., 2014; Khojasteh A., 2016). Установка внутрикостных имплантатов стержневого типа оптимальной длины и диаметра оказывается невозможной из-за дефицита костной ткани, обусловленного атрофией челюстей после утраты зубов (Саакян Ш.Х., 2014; Гулюк А.Г., 2015; Каламкаргов А.Э., 2015; Курицын А.В., 2015; Москвин Г.В. и др., 2017; Buser D. et al., 2013; Sakkas A. et al., 2016). Доступность этих технологий широким слоям населения остается низкой, в том числе из-за высокой стоимости. При этом дентальные имплантаты позволяют не только восстановить утраченные зубы и жевательную функцию, но и являются одним из наиболее эффективных средств предупреждения атрофии костной ткани (Караян А.С., 2011; Иванов С.Ю., 2000, 2016; Ямуркова Н.Ф. 2015). С точки зрения биомеханики челюстно-лицевая область имеет очень сложное анатомо-функциональное строение. Проецируя указанные вопросы и тенденции развития современной науки непосредственно на проблемы протезирования зубов с опорой на дентальных имплантатах, становится очевидным, что следует проводить постепенную смену чисто формального подхода, направленного на восстановление формы утраченных зубов, новыми методами, учитывающими индивидуальные качественные и количественные показатели костной ткани пациентов, особенности конструкций самих дентальных имплантатов и ортопедических конструкций. Однако операции по реконструкции альвеолярного отростка и альвеолярной части не всегда в полной мере решают проблему установки полноразмерных имплантатов. (Васильев А.В., 2014; Лосев Ф.Ф., 2015; Яременко А.И., 2015; Бакотина А.В., 2016; Lee E.Y. et al., 2014; Taschieri S. et al., 2018). Некоторые исследователи считают, что нужно уходить от использования дополнительных оперативных вмешательств и минимизировать инвазивные манипуляции по поводу увеличения объема кости (Трунин Д.А. и др., 2008; Тарасенко С.В., 2015; Кортеше Д., 2017; Паршин Ю.В. и др., 2017; Cullum D.R., 2015).

Если подвести итог, можно вывести несколько правил, которые позволят провести безопасное и качественное имплантологическое восстановление зубов у женщин в различные периоды жизни.

При адентии рекомендуется выбор методов имплантации, при которых импланты устанавливаются в более глубокие отделы костной ткани (они меньше подвержены атрофии и воспалению), а сам процесс их вживления менее травматичный. Оценка исходного состояния костной ткани имеет важное значение не только для установки имплантатов в соответствии с выбранным планом лечения, но и для прогнозирования результатов их остеоинтеграции (Becker W. et al., 2000; Chuang S. et al., 2002). В течение длительного времени системные заболевания соединительной ткани являлись противопоказанием к проведению имплантации (Иванов С.Ю. и соавт., 2003), хотя считается, что остеоинтегрированный контакт между поверхностью ненагруженного имплантата и окружающей костной тканью возможен и при остеопорозе (Сорока И.Ф., 1996). Однако эффективность имплантации в таких случаях ставится под сомнение (Langer B. et al., 1993), так как при снижении минеральной плотности костной ткани и изменении ее метаболизма часто возникает усиление процессов деструкции, что приводит к патологической перестройке кости (Baxter J., Fattore L., 1993.).

Выводы: Имплантация не проводится при гормональных изменениях организма: во время беременности, менструаций, а также за определенное время до и после данных периодов,

Женщинам рекомендуется установка имплантов с гладкой поверхностью (полностью или в области шейки) и антимикробным покрытием, что сократит риск скопления налета.

Лучший выбор – это импланты с гидрофильной поверхностью и слоем таких минералов, как фосфор, кальций или фтор. Такие конструкции отличаются лучшим приживлением, особенно при остеопорозе (актуально для пациенток с менопаузой).

Список литературы:

1. Алтухова Е.Ф. Кардиопротективные эффекты заместительной гормональной терапии у женщин в постменопаузе. Автореф. дис... канд. мед. наук. Хабаровск, 2001. - 22 с.
2. Маличенко С. Б. / Особенности клинического течения сердечнососудистых заболеваний при постменопаузальном остеопорозе. Возможности применения фемостона при поздних осложнениях климактерия. //Остеопороз и остеопатии. 2000. - №2. - С. 27 - 32.
3. Сметник В.П. Принципы заместительной гормонотерапии при климактерических расстройствах. // Акушерство и гинекология. 1995. -№3. - С. 15-17.
4. Сметник В.П. Остеопороз в климактерии (патогенез, диагностика, терапия). // Проблемы репродукции. 1996. - №3. - С. 64 - 70.
5. Сметник В.П. Постменопаузальный остеопороз: принципы заместительной гормонотерапии. // Остеопороз и остеопатии. 1998. - №2. - С. 21-24.
6. Томпсон Г.Р. Руководство по гиперлипидемии: Пер. с англ.- 1990. - 255 с.
7. Шварц Г.Я. Фармакотерапия остеопороза. Москва, МИА. 2002. - 410 с.
8. A controlled trial of the effect of calcium supplementation on bone density in postmenopausal women. / Dawson-Hughes B., Dallal G.E., Krall E.A. et al. // N. Engl. J. Med. 1990. - Vol. 323. - P. 878-883.
9. Adami S., Braga V. Determinants of Bone Loss. In: Genant H.K., Guglielmi G., Jergas M. (Ed). Bone densitometry and Osteoporosis. // Berlin, Heidelberg, New York: Springer. 1998. - P. 127 - 142.

10. Adashi E.Y. The climacteric ovary as a functional gonadotropin-driven androgen-producing gland. // Fertility and Sterility. 1994. - Vol. 62. - №1. -P. 20 -27.
11. Age related changes in follicle stimulating hormone, luteinizing hormone, oestradiol and immunoreactive inhibin in women of reproductive age. / MacNaughton J., Banah M., McCloud P. et. al. // Clin. Endocrinol. 1992. -Vol. 36.-P. 339-343.
12. Assmann G., Cullen P., Schulte H. HRT, plasma risk factors and cardiovascular disease. // European Menopause Journal. 1996. - Vol. 3. - №3. - P. 203 -208. for prevention of postmenopausal bone loss // Obstet Gynecol. 1983. - Vol. 63. - P.759 - 763.
13. Lindsay R., Tohme J.F. Oestrogen treatment of patient with established postmenopausal osteoporosis. // Obstet. Gynecol. 1990. - Vol.76. - P. 290 -295.
14. Lobo R.A., Speroff L. International consensus conference on postmenopausal hormone therapy and cardiovascular system. // Fertility and Sterility. 1994. - Vol. 61. - №4. - P. 592 - 595.
15. Achilova N.G. Pulatova B.J. "Pre-operative training of patients with osteoporosis during premenopause when planning dental implantation" 2021.12.29 central asian journal of medicine No. 11; 47-58p
16. Achilova N.G. Pulatova B.J. "To the question of preparation of patients with osteoporosis during the premenopause when planning dental implantation" 2022/1/17oriental journal of medicine and pharmacologyNo10. 82-92 p <https://www.supportscience.uz/index.php/odmp>.

ФАКТОРИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОСОБЕННОСТИ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

¹Рахматов А.Н., ¹Юльчиев Р.И., ²Олимов А.М., ³Назаров Љ.Р.

¹Детская городская стоматологическая поликлиника №1
Кафедра челюстно-лицевой хирургии ²ГОУ «Таджикский государственный
медицинский университет имени Абуали ибни Сино»
³НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Цель исследования. Изучить причину удаления зубов у детей и подростков.

Материал и методы исследования. Нами проведён анализ работы хирургического кабинета Городской детской стоматологической поликлиники №1 города Душанбе за первый квартал 2023 г.

Результаты исследования. По отчёту за 2023 г. В ГДСП №1 принято всего: 623 больных по хирургическому кабинету. Удаление молочных зубов - 560 (89,88%); постоянных зубов - 63 (10,11%).

Из общего числа удаленных зубов (623), были удалены зубов по поводу обострения хронического периодонтита 248 (39,80%); из них постоянные зубы 28 (11,29%); молочные зубы 220 (88,71%); по поводу хронического периодонтита 199 (31,94%); из них постоянные зубы 19 (9,54%); и молочные зубы 180 (90,46%); по поводу острого периодонтита 160 (25,68%); из них постоянные зубы 16 (10,00%); и молочные зубы 144 (90,00%); по ортодонтическим показаниям у 16 (2,56%); из них постоянные зубы 12 (75,00%); и молочные зубы 4 (25,00%). Из общего числа удаленных зубов, были удалены зубы верхней челюсти 298 (47,83%); зубы нижней челюсти 325 (52,17%). Из анализа материала было установлено наиболее часто удалены зубы по поводу обострения хронического периодонтита 248 (39,80%); по сравнению с