

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT
JURNALI

№ 2 (103)
2021

O'ZBEKISTON
VRACHLAR
ASSOTSIATSIYASI
BYULLETENI



НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

БЮЛЛЕТЕНЬ
АССОЦИАЦИИ
ВРАЧЕЙ
УЗБЕКИСТАНА

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT JURNALI

**O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi**

Bosh muharrir:
Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z. A., t.f.d.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., t.f.d., professor
Iskandarova Sh.T., t.f.d., professor
Kurbonov R.D., t.f.d., professor
Rustamova M.T., t.f.d., professor
Sidiqov Z.U., t.f.n.
Sobirov D.M., t.f.d., professor
Tursunov E.O., t.f.d., professor
Yarkulov A.B., t.f.n.
Shayxova X.E., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:
Mavlyan-Xodjaev R.Sh, t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:
Abdusalomov A.A.
Jurnal O'zbekiston Matbuot va
axborot agentligidan 2016 yil
13 dekabrda ro'yhatdan o'tgan.
Guvohnoma №0034.
Tahririyat manzili: 100007,
Toshkent shahri,
Parkent ko'chasi, 51-uy.
Tel.; 71-268-08-17
E-mail: info@avuz.uz
Veb - sayt: www.avuz.uz

2
(103)

**B
Y
U
L
L
E
T
E
N
I**

TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONA
№

TOSHKENT
O'zbekiston Vrachlar
Assotsiatsiyasi 2021 yil

МУХАРРИР МИНБАРИ

6

ХУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ

Абдурахимов З.А., Вихров И.П. Соғлиқни сақлашда катта маълумотлардан фойдаланиш

7

Акилов Х.А., Саатов Р.Р., Туракулов У.Н. Тиббиётда масофавий ўқитиш – замон талаблари

14

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА

Ким Ен-Дин, Куличкин Ю. В., Ходжибаева Г. А, Джураев Ф. С. Сурункали юрак етишмовчилиги бўлган юракдан ташқари жарроҳлик амалиёти ўтказилган қария ва кекса беморларда азот оксиди донаторларининг самарасини қиёсий баҳолаш

20

Акилов Х.А., Низомов Ш.А., Шукуров Б.С. Болаларда уретранинг травматик стриктураларида уретропластика натижаларини яхшилаш

26

Мухтаров Ш.Т., Насиров Ф.Р., Сафаев Ё.У. Перкутан нефролитотомия амалиётдан кейин асоратлар ривожланишида нефростомик найча турининг аҳамияти. Рандомизацияланган тадқиқотнинг эрта натижалари

32

Даминова К.М., Сабилов М.А. Сурункали буйрак касаллигини ривожланиши ва прогрессияси учун баъзи ўзгартирилиши мумкин ва ўзгартирилмайдиган хавф омилларининг комбинацияси

36

Хайдаров И.Т., Красненкова М.Б. Интенсив терапия бўлимида даволанаётган беморларда шифохонадан ташқари пневмония касаллигининг кечишига қўшимча касалликлар ва ёшнинг таъсири

43

Саидахмедов И.О., Кадиров А.З., Махмудов Н.И., Масаидов Х.А., Халилова О.С. Лозартан ва гидрохлортиазидни биргаликда артериал гипертензияли беморларни даволаш

47

Ташбаев А.Б., Мирзаахмедова И.З., Солиев К.К., Солиев Д.К., Солиев А.К. Ўткир лимфобласт лейкозни даволаш даврида суяк кўмиги ва қонда лейкоформула ва миелограмма кўрсаткичлари. Касалхонадан ташқари терапевтик шароитда индукция, ремиссия, консолидация ва доимий қўллаб турувчи терапияда яшаб қолиш даври

51

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

ПРАВО И ЭКОНОМИКА

Абдурахимов З.А., Вихров И.П. Использование больших данных в здравоохранении

Акилов Х.А., Саатов Р.Р., Туракулов У.Н. Дистанционное обучение в медицине – требование современности

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

Ким Ен-Дин, Куличкин Ю. В., Ходжибаева Г. А, Джураев Ф. С. Сравнительная оценка эффективности донаторов оксида азота на функцию эндотелия при внесердечных хирургических операциях у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью

Акилов Х.А., Низомов Ш.А., Шукуров Б.С. Улучшение результатов уретропластики при травматических стриктурах у детей

Мухтаров Ш.Т., Насиров Ф.Р., Сафаев Ё.У. Роль вида нефростомической трубки в развитии послеоперационных осложнений перкутанной нефролитотомии. Предварительные результаты рандомизированного исследования

Даминова К.М., Сабилов М.А. Сочетание некоторых модифицируемых и не модифицируемых факторов риска развития и прогрессирования хронической болезни почек

Хайдаров И.Т., Красненкова М.Б. Влияние сопутствующих заболеваний и возраста на исходы внебольничной пневмонии у пациентов, госпитализированных в отделение интенсивной терапии

Саидахмедов И.О., Кадиров А.З., Махмудов Н.И., Масаидов Х.А., Халилова О.С. Комбинированная терапия лозартаном и гидрохлортиазидом у больных артериальной гипертензией

Ташбаев А.Б., Мирзаахмедова И.З., Солиев К.К., Солиев Д.К., Солиев А.К. Показатели лейкоформулы периферической крови и миелограммы костного мозга у больных с острым лимфобластным лейкозом в динамике лечения. Индукции ремиссии, консолидации и в периоды постоянной поддерживающей терапии с полной ремиссией длительной выживаемостью во внестационарных общетерапевтических условиях

- Исламова М.С., Сабилов М.А., Даминова К.М.** Лептин-семизликда буйрак шикастланиши диагностикасини истикболи 55
- Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х., Саломова Ф.И.** Риносинуситларнинг эпидемиологияси, этиологияси, диагностикаси, клиникаси ва даволашга замонавий ёндошув 59
- Киличев И.А., Матёкубов М.О.** Оролбўйи худудида мия инсультининг ёш ва жинсга боғлиқ хусусиятлари 67
- Закирова У.И.** Қайталовчи бронхиал обструкцияда болаларни комплексли тиббий реабилитацияси тамойиллари 70
- Сабилов Э.Э., Боймурадов Ш.А.** Тиш-жағ анамалиялари ва деформацияларида милк рецессияларини жаррохлик усуллари билан даволаш 76
- Захидова М.З., Хасанова Д.А.** Қарияларда сурункали қабзиятни учраш частотаси 80
- Туйчиев Ж.Д., Набиходжаева Д.К., Муртазаева З.Б., Раззакова Ш.О.** Covid -19 билан боғлиқ жигар зарарланишлари 87
- Маликов О.М., Убайдуллаева З.И., Уришева М.М., Валиев А.А.** Сурункали вирусли (в, с, д) гепатит ва жигар циррози негизда камқон беморларни озон билан даволаш 89
- Салохиддинов З.С., Усманова У.И.** Оитс бўлган популяцияда гипергликемияни тарқалиши 93
- Расулова М.И., Хасанова Д.А.** Ноинфекцион касалликларни профилактикасида оилавий шифокорларнинг роли 95
- Хаидарова Б.А.** Гипертония билан оғриган беморларда соғлом овқатланишни ташкил этишда олий маълумотли ҳамширанинг ўрни 98
- Ходжаев Н.И., Рахимова Ш.Х.** Юқумли бўлмаган касалликлар профилактикасининг соғлом турмуш тарзини шакллантиришдаги аҳамияти 101
- Индиаминов С.И., Қўшбоқов А.М.** Болалар ўлими таркиби, сабаблари ва тафсилотлари 104
- Асатулаев А.Ф., Индиаминов С.И.** Странгуляцион механик асфиксия-осилиш жараёнининг долзарб суд-тиббий жиҳатлари 108
- Исламова М.С., Сабилов М.А., Даминова К.М.** Лептин-перспектива для диагностики ренального поражения при ожирении
- Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х., Саломова Ф.И.** Современные представления об эпидемиологии, этиологии, диагностике, клинике и лечении риносинуситов
- Киличев И.А., Матёкубов М.О.** Возрастные и гендерные особенности мозгового инсульта в регионе приаралья
- Закирова У.И.** Принцип комплексности в медицинской реабилитации детей с рецидивирующей бронхиальной обструкцией
- Сабилов Э.Э., Боймурадов Ш.А.** Лечение больных с рецессией десны в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями после хирургического вмешательства
- Захидова М.З., Хасанова Д.А.** Частота встречаемости хронического запора среди людей преклонного возраста
- Туйчиев Ж.Д., Набиходжаева Д.К., Муртазаева З.Б., Раззакова Ш.О.** Covid-19 ассоциированные поражения печени
- Маликов О.М., Убайдуллаева З.И., Уришева М.М., Валиев А.А.** Лечение больных анемией обусловленных хроническими гепатитами (в, с, д) и циррозами печени с применением озона.
- Салохиддинов З.С., Усманова У.И.** Распространённость гипергликемии в популяции вич-инфицированных
- Расулова М.И., Хасанова Д.А.** Роль семейного врача в профилактике неинфекционных заболеваний
- Хаидарова Б.А.** Роль медсестры с высшим образованием при организации здорового питания у больных с гипертонической болезнью
- Ходжаев Н.И., Рахимова Ш.Х.** Роль профилактики неинфекционных заболеваний в формировании здорового образа жизни
- Индиаминов С.И., Қўшбоқов А.М.** Структура, причины и обстоятельства смертности детей
- Асатулаев А.Ф., Индиаминов С.И.** Актуальные аспекты судебно-медицинской экспертизы состояний странгуляционной механической асфиксии – повешения

- Искандарова Г.Т.** Гербицид алионни атроф-мухит объектларида токсикологик-гигиеник баҳолаш 113
- Искандарова Г.Т.** Токсиколого-гигиеническая оценка гербицида алион в объектах окружающей среды
- Хасанова Н.А.** Сурункали касалликларда даволанишга бўлган муносабатни мотивацион-қадриятли хусусиятларини ўрганишнинг тадқиқот методологияси 116
- Хасанова Н.А.** Исследовательская методика изучения мотивационно-ценных характеристик подхода к лечению хронических заболеваний
- Тулеметов С.К., Ашуров Т.А.** Она организми сурункали заҳарланган шароитда туғилган авлодда буйрак постнатал тараққиётининг структур-функционал хусусиятлари 121
- Тулеметов С.К., Ашуров Т.А.** Структурно-функциональные особенности постнатального развития почек у потомства в условиях хронической интоксикации материнского организма
- Мирварисова Л.Т., Файзиева Н.Н., Мирварисова З.Ш.** Мулоқот стратегиясини жорий этиш орқали шошилиш тиббий ёрдам тизимидан фойдаланишни оптималлаштириш 126
- Мирварисова Л.Т., Файзиева Н.Н., Мирварисова З.Ш.** Оптимизация использования системы экстренной медицинской помощи путём внедрения коммуникационной стратегии

**ТИББИЙ ТАЪЛИМ,
АМАЛИЁТЧИ ШИФОКОРЛАР
ЭТИБОРИГА**

- Нурмухамедова Р.А., Садырова М.А.** Оила шифокорларини масофавий ўқитиш учун ўқув модулларини яратиш 130
- Нурмухамедова Р.А., Садырова М.А.** Создание учебных модулей для дистанционного обучения семейных врачей
- Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С.,** Сут беги саратонини соғлиқни сақлаш бирламчи бўғини даражасида эрта диагностика қилишнинг ноинвазив усуллари 135
- Бабаханова Д.С., Ибрагимов А.Ю., Мамадалиева Я.С.,** Неинвазивные методы ранней диагностики рака молочной железы на уровне первичного звена здравоохранения
- Исаков П.М., Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К.** Қисилган вентрал чурралар бўйича герниопластикада тизимли асоратларни ташриҳдан кейинги олиб бориш ва олдини олиш хусусиятлари 139
- Исаков П.М., Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К.** Особенности послеоперационного ведения и профилактики системных осложнений при герниопластике по поводу ущемленных вентральных грыж

ҲОТИРА

- 2021 Йил хотира ва қадрлаш кунида ўтказилган тадбир ҳақида 143

ЮБИЛЕЙ

- Ўзбекистон врачлар ассоциацияси Сирдарё вилоят булими раиси Мирзаев Ботиржон Раимкулович – 75 ёшда 145

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ,
ВНИМАНИЮ ПРАКТИКУЮЩИХ
ВРАЧЕЙ**

- 2021 Йил хотира ва қадрлаш кунида ўтказилган тадбир ҳақида
- ЮБИЛЕИ**
- Ўзбекистон врачлар ассоциацияси Сирдарё вилоят булими раиси Мирзаев Ботиржон Раимкулович – 75 ёшда

ПАМЯТЬ

- 2021 Йил хотира ва қадрлаш кунида ўтказилган тадбир ҳақида

ЮБИЛЕИ

- Ўзбекистон врачлар ассоциацияси Сирдарё вилоят булими раиси Мирзаев Ботиржон Раимкулович – 75 ёшда

УДК 616314-089.28/29:616.314.17-008.1-003.93.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕЦЕССИЕЙ ДЕСНЫ В СОЧЕТАНИИ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Сабилов Э.Э., Боймуратов Ш.А.

Ташкентская медицинская академия

Одной из наиболее сложных задач в стоматологии является ортодонтическое лечение пациентов с рецессией десны. Основной задачей лечения является снижение функциональной перегрузки, предотвращение вторичных деформаций зубных рядов и прикуса, использование малых сил при ортодонтическом перемещении зубов. При лечении необходимо учитывать наличие сопутствующих заболеваний, возраст пациента, степень атрофии костной ткани, количество зубов в полости рта, форму воспалительного процесса в тканях пародонта, стабильный уровень гигиены полости рта. Для достижения успеха в лечении необходим хирургический подход.

Ключевые слова: ортодонтическое лечение, рецессия десны, пародонт, аномалия прикуса.

ТИШ-ЖАҒ АНАМАЛИЯЛАРИ ВА ДЕФОРМАЦИЯЛАРИДА МИЛК РЕЦЕССИЯЛАРИНИ ЖАРРОХЛИК УСУЛЛАРИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Стоматологияда энг қийин ишлардан бири бу милк рецессияси бўлган беморларни ортодонтик даволашдир. Даволашнинг асосий мақсади - функционал ортиқча юкни камайтириш, тиш ва окклюзия иккинчи даражали деформациясини олдини олиш, тишларнинг ортодонтик ҳаракати пайтида кичик кучлардан фойдаланиш. Даволаниш пайтида бир қатор касалликлар мавжудлигини, беморнинг ёштини, суяк тўқималарининг атрофияси даражасини, оғиз бўшлиғидаги тишлар сонини, периодонтнинг тўқималарида яллиғланиш жараёнининг шаклини ва оғиз гигиенасининг барқарор даражасини ҳисобга олиш керак. Даволашда муваффақиятга эришиш учун хирургик ёндашув талаб этилади.

Калит сўзлар: ортодонтик даво, милк рецессияси, пародонт, прикус аномалияси.

TREATMENT OF PATIENTS WITH GINGIVAL RECESSION IN COMBINATION WITH DENTOALVEOLAR ANOMALIES AND DEFORMITIES AFTER SURGERY

One of the most difficult tasks in dentistry is the orthodontic treatment of patients with periodontal diseases. The main goal of the treatment is to reduce the functional overload, prevent secondary deformations of the dentition and bite, use small forces in the orthodontic movement of the teeth. In the treatment, it is necessary to take into account the presence of concomitant diseases, the age of the patient, the degree of atrophy of the bone tissue, the number of teeth in the oral cavity, the form of the inflammatory process in the tissues of the parodont, and the stable level of oral hygiene. To achieve success in treatment, a surgical approach is required.

Keywords: orthodontic treatment, gingival recession, periodontal, malocclusion.

Актуальность. По официальным данным частота встречаемости мелкого преддверия полости рта по данным ВОЗ до 62,6%, а распространенность рецессии десны от 11,6% у 15-летних подростков до 100% у лиц старше 64 лет [1,2].

Методы десневой пластики применяются не только для устранения рецессии десны, но и используются для профилактики ее возникновения. Размер прикрепленной десны необходимо учитывать при ортопедическом, ортодонтическом лечении, а также при планировании дентальной имплантации, особенно при имеющейся атрофии костной ткани альвеолярного отростка (части) челюсти. Перестройка тканей пародонта в ходе такого лечения на фоне дефицита прикрепленной десны может привести к серьезным осложнениям, так как эта особенность оказывает непосредственное влияние на характер микроциркуляции и трофики регенерирующих тканей [3].

Проблема диагностики и клинические подходы к лечению, прогнозирование осложнений при сочетании патологии периодонта, особен-

но лечение патологии периодонта при наличии зубочелюстных аномалий и деформациях зубных рядов остаются малоизученными. Исследованиями некоторых учёных изучен механизм взаимосвязи болезней периодонта и зубочелюстных аномалий, деформаций, приводящий к значительным нарушениям зубочелюстной системы и снижению качества жизни больных [2,3,4].

Рецессию десны наблюдают при анатомо-топографических особенностях зубочелюстной системы (аномалии положения зубов и прикуса, нарушения архитектоники преддверия рта, пара функции); воспалительно-деструктивном процессе в тканях периодонта; механической травме (чрезмерной чистке зубов с преобладанием горизонтальных движений и чрезмерных усилий, плохой гигиене рта, некачественных процедур снятия зубных отложений, хирургических мероприятий); ортодонтических мероприятиях; химических и физических повреждениях; а также возрастных изменениях. В связи с этим, рецессию десны классифицируют как анатомическую

(вследствие анатомо-топографических особенностей зубочелюстной системы), физиологическую (вследствие возрастных изменений) и симптоматическую (вследствие болезней пародонта) Л.Н.Дедова, 2002–2007). В практике чаще всего встречается рецессия десны вследствие болезней пародонта или неправильной чистки зубов [1].

Устранение воспалительных процессов в пародонте и при шлифовании зубов, при сочетании патологии показали свою низкую эффективность, ортодонтическое лечение при болезнях пародонта, приводит к неблагоприятному исходу [5,6].

Известно, что рецессия десны наблюдается при аномалии положения зубов и прикуса, **воспалительно-деструктивном процессе в тканях пародонта, механической травме, ортодонтических мероприятиях.** Ортодонтический исход перемещения зубов может ускорить межзубную рецессию десны. Рецессия дес-

ны в области межзубных промежутков ведет к «темным треугольникам» - неэстетичные промежутки между зубами. Устранить межзубную рецессию возможно с помощью мукогингивальной хирургии. Всё вышесказанное определило цель данного исследования [7].

Цель исследования. Улучшить эстетическое и функциональное состояние пародонта у пациентов с рецессией десны в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 46 больных с рецессией десны в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями обратившихся в стоматологическую поликлинику 2 клинике ТМА и в поликлинику №2 Юнусабадского района. Возраст больных был от 15 до 50 лет, из них женщин было 28, мужчин 18. Всем больным проводили клинико-лабораторные методы исследования.

Таблица 1.

Характеристика клинического материала

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

Клинический осмотр включал расспрос жалобы, анамнез заболевания и жизни больных, осмотр полости рта, выявления причины рецессии. Первым этапом всем больным проводили санацию ротовой полости, а также устранение ятрогенных факторов в ротовой полости (некачественные пломбы II, V, IV 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 рецессией десны заключался в улучшении положения зубов, прикуса, достижении полноценных фиссуро-бугорковых контактов между зубами-антагонистами, симметрии, то есть построения гармоничной улыбки, окклюзии и профиля. При этом ортодонтическое лечение проводи-

ли на обеих челюстях, с окончательной нормализацией окклюзии в трех плоскостях и достижением множественных фиссуро-бугорковых контактов между зубами.

Всем больным измеряли уровень рецессии десны перед началом ортодонтического лечения и в динамике на 14, 21, сутки, через 3 и 6 месяцев. В зависимости от примененных методов лечения больных разделили на 3 группы.

1 –ю группу составили 10 больных, вылеченных традиционным способом.

2-ю группу составили 20 больных, которым кроме традиционных методов лечения применяли операцию по закрытию рецессии десны с помощью коронарно- смещённого лоскута.

3-ю группу составили 16 больных, которым кроме традиционных методов лечения применяли операцию закрытия рецессии десны с помощью латерально- смещённого лоскута.

Больным 1-й группы проводили хирургиче-

скую санацию полости рта, снятие зубных отложений, с последующим назначением антисептиков для полоскания рта.

Больным 2-й группы на первом этапе после проведения санации ротовой полости проводили хирургическое устранение рецессии десны с помощью коронарно смещенным лоскутом. 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 надкостницу. 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 снимают на 14 суток. После операционного периода назначали антибиотики и антисептики для полоскания рта.

Больным 3-й группы на первом этапе после проведения санации ротовой полости проводили хирургическое устранение рецессии десны 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 плани-

ровании 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 механическая устойчивость. Обнаженную корневую поверхность обрабатывают механически и химически модифицируют. Отсеченную эпителию 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-е сутки. Лоскут смещают с таким расчетом, чтобы край его был выше на 1 мм эмалево-цементной границы. После операционного периода назначали антибиотики и антисептики для полоскания рта.

Результаты исследования и обсуждение. Результаты лечения больных 1-й группы показали, что после первого этапа (хирургического) лечения отмечали уменьшение воспалительного процесса (уменьшение отечности красноты, неприятного запаха). Перед началом второго ортодонтического этапа мы измеряли рецессию десневого края на уровне премоляров и моляров верхней (14,15,16,17,18 зубов) и нижней челюстей (34,35,36,37 зубов). Из таблицы №2 видно, что после первого этапа хирургического лечения уровень рецессии десны составил в среднем $3,1 \pm 0,7$ мм, а через 6 месяцев $3,9 \pm 0,8$ мм. В динамике отмечалась тенденция усиления рецессии десны на 0,4 мм.

Таблица 2.

Уровень рецессии десны в зависимости от примененного метода лечения на уровне премоляров, моляров (1-я и 2-я группа) и резцов (3-я группа)

№	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Перед ортопедическим лечением			
1	$3,1 \pm 0,7$ мм	$3,9 \pm 0,8$ мм	$4,5 \pm 0,8$ мм *
На 14-е сутки			
2	$3,2 \pm 0,6$ мм	$1,0 \pm 0,7$ мм *	$1,0 \pm 0,6$ мм *

На 21-е сутки			
3	3,4±0,07мм	1,0±0,5мм *	1,0±0,9мм *
Через 3 месяца			
4	3,5±0,8мм	1,1±0,6мм*	1,1±0,7мм *
Через 6 месяцев			
5	3,9±0,8мм	1,1±0,7мм**	1,1±0,6мм **

Примечание: $P \leq 0,05$ *- достоверно по отношению к показателям 1 –й группе
**- достоверно по отношению к показателям перед ортопедическим лечением.

Результаты лечения больных 2 –группы показало, что рецессии десны после санации полости рта составил 3,9±0,8мм на уровне верхних (14,15,16,17,18 зубов) и нижних (34,35,36,37 зубов) премоляров и моляров. Предварительно больным проводили профессиональную санацию полости рта, после этого проводили хирургическое устранения рецессии десны с помощью коронарно смещенного лоскута. Наблюдение послеоперационного периода показали, что отмечалось отечность 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 таблицы №2 видно, что показатели глубины десневого края уменьшились, на 14-е сутки составили 1,0±0,7мм, а в дальнейшем с адаптацией лоскута глубина десневого края составила 1,1±0,7мм, т.е. отмечался стойкий эффект.

Анализ результатов лечения больных 3 – группы показал, что рецессия десны перед ортопедическим лечением на уровне резцов (11,12, 21,22) была 4,5±0,8мм. Больным этой

группы устраняли рецессию десны с помощью латерально смещенного лоскута. В послеоперационном периоде отеки и болезненность в области лоскута, слизистой оболочки десны сохранялись до 5-6 дней. Назначение антисептиков больным улучшило гигиеническое состояние полости рта. Дальнейшие наблюдения показали положительную динамику показателей. В послеоперационном периоде в динамике отеки и боли в области лоскута уменьшились, цвет десны стал бледно-розовым. Из таблицы №2 видно, что показатели глубины десневого края уменьшились, на 14-й сутки составил 1,0±0,6мм, а в дальнейшем с адаптацией лоскута глубина десневого края составил 1,1±0,7мм, т.е. отмечали положительный эффект.

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

Литература.

1. Терапевтическая стоматология. Болезни пародонта: учебник. Под ред. Г. М. Барера. - М.: GEOTAR-Media, 2015. 149с.
2. Бимбас Э.С., Закиров Т.В. Вспомогательное ортодонтическое лечение при заболевании пародонта. // Дентал магазин. - 2014.-№12.С.54.
3. Эдвард С. Козн. Атлас косметической и реконструктивной хирургии пародонта. пер. А. Островского. М.: Практическая медицина, 2011. 278с.
4. Силин, А.В. Влияние избыточной инклинации моляров и премоляров на развитие рецессии десны. А.В. Силин, Е.В. Кирсанова, Е.Ю. Медведева, А.С. Головки // Институт стоматологии. - 2013. - № 4 (61). С.46.
5. 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 (Suppl. 15): S44–S62.
6. 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 (Suppl. 15): S92–S97. doi: 10.1111/jcpe.12215.
7. Khorsand A, Paknejad M, Yaghobee S, Ghahroudi AA, Bashizadefakhar H, Khatami M, Shirazi M. Periodontal parameters following orthodontic treatment in patients with aggressive periodontitis: A before-after clinical study// Dent Res. J. (Isfahan).-2013.-№2.С.35.