

штаммы с полирезистентностью к антибиотикам. Препарат также действует на хламидии, патогенные грибы, вирусы герпеса и аденовирусы. Препарат более эффективен в отношении грамположительных бактерий, в т. ч.: стафилококки, стрептококки.

В основе действия Офлоксацина, лежит прямое гидрофобное взаимодействие молекулы с липидами мембран микроорганизмов, приводящее к их фрагментации и разрушению. При этом часть молекулы препарата, погружаясь в гидрофобный участок мембраны, разрушает надмембранный слой, разрыхляет мембрану, повышает ее проницаемость для крупномолекулярных веществ, изменяет ферментатическую активность микробной клетки, ингибирует ферментные системы, что приводит к угнетению жизнедеятельности микроорганизмов и их цитолизу. Офлоксацин обладает высокой избирательностью действия в отношении микроорганизмов, т. к. практически не действует на мембраны клеток человека, что связано с иной структурой последних - значительно большей длиной липидных радикалов, резко ограничивающих возможность гидрофобного взаимодействия молекул препарата с клетками. Под действием препарата снижается устойчивость бактерий и грибов к антибиотикам.

Кроме того, Офлоксацин обладает противовоспалительным и иммуноадьювантным действием, усиливает местные защитные реакции, регенераторные процессы, активизирует механизмы неспецифической защиты вследствие модуляции клеточного и местного гуморального иммунного ответа, что является актуальным в лечении ХГСО.

При диффузном наружном отите, отомикозах Офлоксацин, закапывают в наружный слуховой проход по 5 капель 4 раза в сутки или, вместо закапывания, в наружный слуховой проход вводят марлевую турунду, смоченную препаратом, 4 раза в сутки. Курс лечения составляет 10 дней.

При хронических мезотимпанитах препарат применяется в комплексном лечении с помощью аппаратного ультразвукового орошения или введения в барабанную полость совместно с антибиотиками.

Препарат можно использовать как отдельно, так и в сочетании с другими топическими антибактериальными средствами.

Все вышеперечисленное позволяет широко рекомендовать препарат Офлоксацин,, капли глазные, ушные, назальные 0,01%, для топического этиотропного лечения больных с ХГСО.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ И ЕГО ОСОБЕННОСТИ В ЗВЕНЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЁСШИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЮ МОЗГА

**Давлатова Д.Д., Усманова Ш.Р., Фасихиддинов Ж.С.,
Йулдошев А.А., Отажонов Б.**

Особое место среди заболеваний, ассоциированных с пародонтитом, занимают сердечно-сосудистые, эндокринные, желудочно-кишечные

V Международный конгресс стоматологов заболевания, а также скелетные поражения. За последние годы выявлены многочисленные факторы и патогенетические механизмы развития генерализованного пародонтита.

Нарушения мозгового кровообращения, обусловленные артериальной гипертензией и атеросклерозом является актуальной медицинской проблемой. В свою очередь, оказание стоматологической помощи пациентом, с нарушением мозгового кровообращения вызывает у стоматологов обоснованную настороженность.

Материал и методы исследования. При клиническом обследовании глубина патологических зубодесневых карманов варьировала до 6мм. Отмечали отложения над и под десневого зубного камня и налета. Показатели индексов соответствовали средней степени пародонтита. Рентгенологически при пародонтите отмечается снижение высоты альвеолярного отростка за счет резорбции костной ткани меж альвеолярных перегородок.

Результаты исследований и их обсуждение. В норме эндотелий препятствует тромбообразованию и обладает высокой тромборезистентностью. В последние годы гиперфибриногенемия рассматривается как один из факторов риска развития тромбозов и воспаления. Нами выявлено повышение средней концентрации фибриногена у пациентов с ХГП на 19% и 29% соответственно выше контрольной группы ($p < 0,05$). Среднее значение концентрации фибриногена у пациентов ХГП Превышало референсные значения ($4,59 \pm 0,17$ г/л), что говорило о повышении коагуляционной активности. Наличие достоверной корреляционной взаимосвязи между уровнем фибриногена в крови и ЭД подтверждает гипотезу о повреждении эндотелия. ЭД предшествует развитию клинических проявлений заболеваний, поэтому оценка функции эндотелия имеет большое диагностическое и прогностическое значение. Развитие новых методов диагностики функционального состояния эндотелия является одной из важнейших задач современной науки.

Заключение. Таким образом, у пациентов с ХГП отмечается единство процессов микроциркуляторных нарушений, эндотелиальной дисфункции и атерогенеза. Это имеет большое значение в познании патогенеза прогрессирования хронической генерализованной пародонтите и выработке диагностических критериев.

Литература.

- 1.Ризаев, Ж. А., and X. П. Камилов. "К вопросу о классификации пародонта." Сборник научных трудов, Алмаата (2004): 163-167.
- 2.Ибрагимова, М. X. "Поражения слизистой оболочки полости рта п пародонта при патологии гепатобилиарной системы." Монография. Ташкент (2020).
- 3.Камилов, X., Усманова, Ш., Нугманова, У., & Давлатова, Д. (2020). ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ. Stomatologiya, 7(3 (80)), 53-56.
- 4.Усманова. Ш., and A. A. Хожиметов. "Состояние системы гемостаза при хроническом генерализованном пародонтите у лиц с хронической ишемией мозга." Пародонтология 21.4 (2016): 44- 46.
- 5.Камилов, X., and K. Тахирова. "Современный подход к диагностике пародонтитов: полпмеризацпонная цепная реакция в режиме реального времени." Stomatologiya 1.3 (68) (2017): 80- 81.
- 5.Melkumyan, Timur V., Anjela D. Dadamova, and Khaidar P. Kamilov. "The influence of a hemostatic agent on adhesion strength and microleakage of composite resin restorations." IJBM(2018): 355.
- 6.Даминова, Н., and C. Исаков. "КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ." Stomatologiya 1.2 (79) (2020): 70-73.
- 7.Юсупалиходжаева, C. X., et al. "ОПТИМИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПАРОДОНТА." ББК 51: 160.

ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Давронов Ё.А., Жураев Ш.Б., Юнусова Л.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Миофасциальный болевой синдром челюстно-лицевой области (МБС ЧЛЮ) - многофакторная широко распространенная лицевая боль, клинические проявления которой связаны с наличием гипертонусов (участков уплотнений) в жевательных мышцах. Многообразие названий заболевания- миофасциальный

V Международный конгресс стоматологов болевой синдром лица, синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава - вносит определенные затруднения в понимании врачами- клиницистами этиологии и патогенеза этой патологии и усложняют процесс диагностики и лечения.

В последние годы отмечается тенденция к «омолаживанию» синдрома и клинические проявления заболевания диагностируются даже у детей, начиная с