

Results: analysis of MPS data showed that in patients with HCG in culture, the total microbial contamination on average was 7.14 ± 0.33 lg CFU / ml (in control 5.84 ± 0.21 lg CFU/ml ($p < 0.001$)), and the overall seeding rate was 100% of cases. In this group, the number of streptococci, in particular *Str. pyogenes*, was 5.92 ± 0.19 lg CFU/ml in 100% of children.

Contents *St. aureus* in saliva was 6.60 ± 0.36 lg CFU/ml (in control - 6.82 ± 0.27 lg CFU/ml), *Str. epidermidis* - 2.25 ± 0.44 lg CFU/ml ($p < 0.01$).

In the control group of 16 children, 12 (80%) had *St. aureus*, in 8 (53.3%) *St. epidermidis*.

In the saliva of healthy children, fungi of the genus *Candida* were sown in 5 children (33.3%) and their number was 1.18 ± 0.30 lg CFU/ml (in patients with CCG 2.7 ± 0.16 lg CFU/ml).

The study of MPS in patients with mild and moderate CCG revealed dysbiotic changes in saliva of varying degrees.

The data showed that in patients with CCG, there is a significant increase in the total microbial contamination in comparison with the data of the control group.

Conclusions: revealed a peculiar spectrum of MPS in children with CCG, namely, a decrease in *Staphylococcus aureus* with a simultaneous increase in total microbial contamination and an increase in the number of *Candida* fungi. The data obtained will constitute a kind of benchmark for the targeted pathogenetic treatment of CCG in children.

Bibliography:

1. Сувонов К., Халманов В., & Эшмаматов И. (2022). Бактериал транслокация шаклланишининг микробиологик жиҳатлари. *in Library*, 22(1), 1–2. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13993>

2. Олимов А., Хайдаров А., & Ахмадалиев Н. (2020). Quantitative analysis of microbiota in patients with orthopedic structures on dental implants using the real-time pcr method. *in Library*, 20(4), 83–87. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14292>

3. Суванов К., Халманов В., Эшмаматов И., & Камалитдинов А. (2022). Физ бўшлиғида поносимон нуқсонни бор беморларда микробиологик ва иммунологик ҳолати. *in Library*, 22(1), 1–2. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13992>

БОТУЛИЧЕСКИЙ АНАТОКСИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МИОФАСЦИАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Маматкулова М.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность: Лечение пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной стоматологии. Болевые феномены в области лица могут быть обусловлены собственно заболеваниями

нервной системы, патологией глаз, пазух носа, зубочелюстного аппарата. Поэтому прозопалгии являются мультидисциплинарной проблемой и требуют совместного сотрудничества врачей нескольких специальностей (неврологов, стоматологов, нейрохирургов, отоларингологов, офтальмологов).

По образному выражению А.М. Вейна, эти больные являются своего рода «медицинскими сиротами», поскольку переходят от одного врача к другому, не получая должной помощи. В подавляющем большинстве случаев эти пациенты изначально оказываются на приеме у стоматологов (60%). Далее практически все пациенты (80%) направляются к неврологу. После посещения невролога в большинстве случаев пациент вновь направляется к стоматологу, в 10% - отоларингологу, поскольку боли иррадиируют в ухо, сопровождаются ощущением «заложенности» в ухе; в 5% - к офтальмологу из-за иррадиации болей в область орбиты и, наконец, в 20% пациенты направляются к психиатру с диагнозом психалгия. Проблема усугубляется еще и тем, что до сих пор не существует единой классификации лицевых болей.

Актуальность данного исследования определяется распространенностью болевого синдрома при дисфункции ВНЧС, отсутствием четкого алгоритма диагностики причин заболевания, а также часто неадекватным лечением, что снижает качество жизни таких пациентов.

Цель исследования: оценить эффективность применения препарата ботулинического токсина типа А (БТА) в комплексном лечении пациентов с миофасциальным болевым синдромом дисфункции ВНЧС.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 20 пациентов с дисфункцией ВНЧС. Среди пациентов с дисфункцией ВНЧС было 20,4% мужчин и 79,6% женщин. Эти пациенты были направлены на госпитализацию в неврологическое отделение для проведения терапии ботулическим анатоксином.

Для верификации клинического диагноза, помимо болевого синдрома, оценивали следующие симптомы: смещение нижней челюсти при открывании рта; хруст; крепитация; щелканье в суставе; ограничение открывания рта; болезненность жевательных мышц и сустава при пальпации (при попытке открыть рот возникал спазм); боль при движении нижней челюсти. Для подтверждения наличия миофасциального болевого синдрома проводилась блокада III ветви тройничного нерва, выключение двигательных волокон, иннервирующих жевательную группу мышц, что устраняло болевой синдром и приводило к снижению их гипертонуса. Установлено, что в возникновении дисфункции ВНЧС играет существенную роль наличие окклюзионных нарушений, в частности патологических видов прикуса, особенно глубоко травмирующего. Помимо этого, существенное влияние на развитие патологии сустава оказывают дефекты зубных рядов, зубочелюстные аномалии и деформации. В диагностике данного заболевания использовались дополнительные методы исследования, такие как ортопантомография, компьютерная томография ВНЧС с SD-реконструкцией, магнитно-резонансная томография.

В целях дифференциальной диагностики применялось клинико-неврологическое исследование (положение головы, объем активных движений в шейном отделе позвоночника, выражение лица, состояние лицевой мускулатуры в покое, при разговоре, глотании, признаки блефароспазма, оромандибулярной дистонии (мимические сокращения мышц в области рта и нижней челюсти), объем активных движений мимической мускулатуры, надбровный и орбикулярный рефлекс, мандибулярный рефлекс, чувствительность кожи лица, слизистой ротовой полости и языка, оценка тонуса мышц шеи и плечевого пояса); исключались цефалгии и поражения отдельных ветвей и ганглиев черепно-мозговых нервов; проводилось магнитно-резонансное исследование головного мозга (без контрастного усиления) для уточнения диагноза и исключения органических заболеваний нервной системы.

Результаты и обсуждение: Среди пациентов преобладали женщины — 78,6%. Доля мужчин составила 21,4%.

При анализе субъективных жалоб, предъявляемых пациентами, определено, что у 88,6% человек боль в области жевательных мышц имела одностороннюю локализацию и только у 11,4% — двустороннюю с

преобладанием болевого синдрома на одной из сторон. По продолжительности болевого феномена пациенты распределялись так: у 66,2% боль присутствовала постоянно и у 33,8% носила приступообразный характер. 71,1% обследуемых описывали боль как ноющую, а 28,9% — как стреляющую. Большинство отмечали боль в подглазничной, околоушной области и области верхней или нижней челюсти; у 41,3% пациентов боль иррадиировала в височную и затылочную области, шею. Все пациенты отмечали усиление болевого синдрома на фоне разговора, жевания и открывания рта.

При объективном обследовании болезненность и гипертонус в области крыловидных мышц выявлены практически у всех пациентов, а в области височной и жевательной мышц — только у 31,3%; снижение высоты прикуса обнаружено у 59,7% человек, ограничение открывания рта — у 46,3%, болезненность ВНЧС — у 33,8%, смещение нижней челюсти при открывании рта — у 75,6%, щелканье в ВНЧС — у 36,8%. Анализ данных клинико-лучевых исследований ВНЧС позволил диагностировать дисфункцию ВНЧС у всех обратившихся за медицинской помощью.

Всем пациентам с болевым синдромом дисфункции ВНЧС проводилось комплексное лечение, назначались медикаментозные средства, применялись физиотерапевтические и ортопедические методы лечения. Из медикаментозных средств использовали такие группы препаратов, как нестероидные противовоспалительные средства, ненаркотические анальгетики+спазмолитики, миорелаксанты, витамины группы В, дезагреганты и антидепрессанты при хроническом болевом синдроме. Применяли также лидокаингидрокортизоновые блокады спазмированных жевательных мышц лица, мышц шеи и триггеров плечевого пояса, на фоне которых болевой синдром стихал на 1,5—3 ч, после чего отмечался рецидив

боли. Из дополнительных физиотерапевтических мероприятий мы назначали инфракрасный лазер на пораженную половину лица либо фонофорез с диклофенаком.

Комплексное лечение включало восстановление окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и коррекцию положения головок нижней челюсти в суставной впадине. С этой целью изготавливались каппы, накусочные пластины с применением артикуляторов, которые пациенты носили в течение 3 мес; по показаниям проводилось рациональное протезирование.

В комплексном лечении для снятия болевого синдрома при дисфункции ВНЧС мы использовали БТА. Его применение является одним из ведущих, перспективных методов достижения мышечной релаксации. Механизм действия БТА заключается в блокаде выделения ацетилхолина из пресинаптической мембраны путем связывания специфического транспортного белка. Эффект миорелаксации начинает проявляться через несколько дней после инъекции БТА в мышцы.

Перед проведением процедуры все пациенты с выраженным миофасциальным болевым синдромом лица подписывали информированное добровольное согласие, в котором были разъяснены обстоятельства лечения препаратом БТА, в том числе противопоказания: миастения, гемофилия, прием аминогликозидов.

Инъекции раствора лекарственного средства БТА проводили экстраоральным или интраоральным доступом в собственно жевательные, височные, медиальную и латеральную крыловидные мышцы, находящиеся в состоянии гипертонуса. Мышцы-мишени для инъекций выбирали на основании клинической картины и в соответствии со стандартными рекомендациями. Препарат старались вводить непосредственно в болезненное мышечное уплотнение (так называемый миофасциальный триггерный пункт); при этом использовался метод пальпации. Введение препарата в триггерную точку позволяет избежать его диффузии и генерализованной мышечной слабости; применялись дозы 10—25 ЕД (ксеомин).

Осложнений не наблюдалось, повторных инъекций препарата не проводили. Результаты клинических наблюдений показали, что внутримышечные инъекции БТА в патологически напряженные мышцы пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС способствовали снижению интенсивности лицевой боли и улучшению качества жизни в целом. При этом увеличивалась амплитуда движений НЧ, нормализовался акт жевания при приеме пищи. Существенное улучшение жевательной функции и ликвидация болевого синдрома наступали у пациентов в течение недели, а общий лечебный эффект достигал максимума через 3—4 нед после однократной инъекции БТА.

Нами осуществлялся мониторинг данной группы пациентов в течение 6 мес, в анамнезе рецидив болей отмечен у 3 пациентов. Однократной инъекции БТА оказалось достаточно для устранения болевого синдрома лица.

Заключение: — в диагностике болевого синдрома дисфункции ВНЧС необходимо соблюдать мультидисциплинарный подход, привлекать для консультаций смежных специалистов (стоматолог, невролог, нейрохирург, оториноларинголог, окулист);

— при комплексном лечении данного заболевания наряду с назначением медикаментозных препаратов и физиосредств показаны коррекция окклюзионных нарушений, рациональное протезирование;

— для устранения болевого синдрома и пролонгированной мышечной релаксации рекомендуется назначать инъекции БТА в указанных нами дозах в миофасциальные триггерные точки.

Список литературы:

1. Рахматуллаева О., Шомуродов К., Хаджиметов А., Садикова Х., & Назаров Z. (2021). The Position of the Cytokine Profile and Cytolysis Enzymes in Patients with Viral Hepatitis before Tooth Extraction. in Library, 21(1), 6558–6567. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14281>

2. Дусмухамедов, М., Сапарбаев, М., Икрамов, Ш., & Худойберганаева, Н. (2022). Анализ морфофункционального состояния височно-нижнечелюстного сустава у пациентов 12-15 лет с дистальной окклюзией зубных рядов и нарушениями осанки. in Library, 22(1), 35–38. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14872>

3. Эшонкулов S., Фозилов M., & Курбанов S. (2021). Effect of antibacterial photodynamic therapy in the treatment of pyoinflammatory diseases of the maxillofacial region in infants. in Library, 21(1), 767–771. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14279>

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ИМЕННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Мухамедов М.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт
muhiddinmuxamedov@gmail.com

Проблема диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области не утратила своей научно-практической значимости и по-прежнему являются одной из самых актуальных в современной челюстно-лицевой хирургии (Пулатова Ш.К., Рахимов З.К., 2019; Ешиева А.А., 2020; Pham Dang N., Delbet-Dupas C., 2020).

У существенной части больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями лица и шеи чаще всего имеется выраженный вторичный иммунодефицит (Шиханян Н.Н. и соавт., 2014).

Сведения о показателях иммунного сдвига на ранних этапах развития флегмон лица и шеи могут быть использованы для адекватного выбора и