Результаты и выводы: Дети школьного возраста, имеющие низкий риск развития кариеса, должны наблюдаться у детского стоматолога с кратностью 1-2 раза в год. Комплекс профилактических мероприятий А включает: мониторинг осведомленности по вопросам профилактики, кариесмониторинг (КПУ зубов, КПУ поверхностей), оценку гигиены полости рта (ОHI-S), пародонтального статуса (КПИ), обучение гигиене полости рта, стоматологическое просвещение по вопросам профилактики основных стоматологических заболеваний, использование фторидсодержащих зубных паст (1000 ррт), рекомендации по питанию. Санация полости рта у детского стоматолога.

Литература:

1. Бекжанова, Ольга, and Назокат Юльбарсова. "СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТРЕЩИНОЙ ГУБ." *Журнал стоматологии и краниофациальных исследований* 2.3 (2021): 7-10.

РОЛЬ ГАЛЬВАНИЗМА В РАЗВИТИИ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Фазилбекова А.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Akmaralsuyundikova39@gmail.com

Лейкоплакия -это потенциально злокачественное заболевание слизистой оболочки полости рта, имеющее хроническое течение. [Машкиллейсон А.Л., 1970, Bagan J., 2010, Feller L., 2011]. Основной признак лейкоплакии является образование очагов гиперкератоза в местах не склонных к этому. [Amagasa T, Yamashiro M, Uzawa N., 2011].

Анализ проведенных научных исследований, посвященных этиологии, патогенезу и диагностике различных форм лейкоплакии свидетельствует об неоднозначном понимании в интерпритации многими авторами полученных данных [van der Waal I., 2010, Shen X.,2013, Varun B.R., 2013].

Известно, что основными факторами вызывающие лейкоплакию являются хронические травмы. Сюда относится курение, химические и механические травмы и в особенности электрохимические процессы, в частности гальванизм полости рта. [Amagasa T., 2011, Ray J.G., 2013, Singh G.V., 2011]. В последнее время выявлена взаимосвязь между наличием в ротовой полости протезов с разными потенциалами и возникновением лейкоплакии ротовой полости. [Ballmann M., 2009, Feller L., Lemmer J., 2012].

В связи с вышеизложенным, проведение измерения биопотенциалов в ротовой полости в комплексе с общеклиническими обследованиями позволило обосновать новый подход к диагностике гальванического синдрома при лейкоплакии полости рта.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: Изучить роль гальванизма в патогенезе лейкоплакии слизистой оболочки полости рта.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ: Распространенной жалобой при гальванизме является жжение языка. До настоящего времени этот симптом рассматривали только с позиции неврологии (неврастения, глоссалгия, психосоматическая проблема) (Жаров М. Н., 2010, Скудин П. И., Сорокаумов П. Л., 2010), гастроэнтерологии, эндокринологии (климакс, сахарный диабет) (Артушкевич В. Г., 2010, Ибрагимов Т. И., Сергеева Н. А., Плоткина А.В., 2008). Гальваноз по проведенным исследованиям Л.Д. Гожой в 2000 г. имеет электрохимическую природу. Микротоки возникающие при этом и являются причиной хронической травмы. Раздражаются и такие нервные волокна как (n hipoglossus, n trigeminus). Импульс, который возникает при этом передается в ЦНС и обратно доходя до слизистой оболочки рта, превращается в чувство жжения и покалывания. Чувство жжения возникает через 1-2 месяца после установления несъемных протезов и усиливается во время жевания за счет окклюзионных контактов. Разность потенциалов, возникшие при этом, зависит от микроэлементного состава слюны. Если сравнить лица с гальванозом содержание примесей Fe, Ni, Cr, Mn, Ti в слюне с лицами без данного заболевания, то можно с уверенностью высказаться в пользу электрохимической природы коррозии металлов зубных протезов с разнородными металлами. рН среды при гальванозе становится кислым (рН = 6,5—5,5), что ведет за собой повышение разности потенциалов от 50 до 150 мВ и выше. рН слюны у больных без гальваноза составляет (рН = 6,7—6,8), в норме без протезов рН = 7,05 ± 0,38. Так как кислотность слюны при гальванозе повышается то и меняется активность ферментов, действие лактатдегидрогеназы при гальваноза повышается в 2 раза, кислот фосфотазы и щелочной фосфотазы в 3 раза, вследствие повреждаются клеточные структуры такие как, цитоплазмные и лизосомные мембраны (Арунов Т. И., Вавилова Т. П., Гожая Л. Д., 2010). Было доказано стойкое повышение К и Na в слюне у людей с гальванозом, что является причиной повышения проницаемости слизистой оболочки полости рта для микропримесей Fe, Ni, Cr, Mn, Ti и др., выделенных при электрокоррозии. Результатом является возникновение деструктивно-воспалительных заболеваний СОПР. При диагностике гальваноза мы использовали прибор биопотенциалометр-БПМ-03, предварительно адаптировав к полости рта. Прибор измеряет электрохимический потенциал между разнородными металлами. В норме значение разности потенциалов не превышает 74—80 мв. Так же мы специально разработали карту для удобства введения и обработку данных. В карте кроме стандартных данных есть графа, куда вводиться время протезирования, тяжесть симптомов гальваноза. Это все дает возможность для оценки данных в динамике и составить план лечения. Мы предложили пациентам с гальванозом индивидуальный подбор металлов для протезирования. Метод подбора металлов посредством иллюминации дает возможность не только избежать возникновения гальваноза но и предотвратить риск возникновения аллергии.

Клинический пример: Пациент О.Ш.Ш 67 года, обратился в клинику ТГСИ с жалобами на жжение и кровоточивость десен при приеме пищи. По словам пациента он протезировался 2 года назад, а симптомы появились через месяц-полтора. У данного пациента было проведено измерение в полости рта электропотенциалов ортопедических конструкций. Самые высокие показатели изменения биопотенциалов наблюдалось при конструкциях сделанных из нитрид титана— 750—800 мв, которые превышали показатели нормы в 10 раз (74—80 мв). После клинического обследования был поставлен диагноз: состояние после протезирования частичная вторичная адентия, на верхней челюсти 2 класс по Кеннеди, 2 подкласс, на нижней челюсти 1 класс, 1 подкласс. Непереносимость конструкционных материалов. Г альваноз полости рта.

Пациентку О.Ш.Ш. были даны следующие рекомендации:

- снятие цельнолитых ортопедических конструкций в области 13, 12, 11, 22, 23 и 33, 32, 31, 41, 42, 43 зубов;
- повторное обследование полости рта для определения электрохимических потенциалов;
- рациональное протезирование с изготовлением комбинированных цельнолитых ортопедических конструкций;
- постоянная фиксация конструкций после дополнительного обследования пациента на явление гальваноза полости рта.

После снятия ортопедических конструкций пациентку О.Ш.Ш вновь проведено измерение электрохимических потенциалов. Максимальная разность не превышала 59 мв, что соответствует показателям нормы (74—80 мв). Жалобы отсутствуют.

Состояние пациента удовлетворительное.

Объективно: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без признаков воспаления и жжения.

Пациент находится на этапе комплексного лечения с последующим изготовлением съемных и несъемных ортопедических конструкций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ с каждым годом увеличивается обращаемость пациентов по поводу гальваноза полости рта. На основании клинических наблюдений и собранной литературы по данному вопросу было составлено несколько рекомендаций.

- применение штамповано-паяных конструкций из нержавеющей стали, разнородные сплавы металлов, нитрид-титановое покрытие, напыление, анкерные штифты, припой создают возможность возникновения гальваноза до 30 % осложнений и более;
- нарушение технологии работы со сплавами: режим плавки, литье, окисные пленки, недостаточная механическая обработка отлитых конструкций, неудовлетворительная полировка конструкций
- обеспечивают до 15 % возникновения осложнений в виде гальваноза;
- несоответствие стандарту структуры сплава для литья по элементному составу как исходного материала, так использование «вторичного» материала является причиной осложнений до 5—10 %. Сложность диагностики, тяжесть

клинических проявлений и лечения требуют пристального внимания врачей стоматологов и иммунологов к данной проблеме.

Литература:

1. Арунов Т. И., Вавилов Т. П., Гожая Л. Д. // Вестник КРСУ. — 2010 — № — С. 52—55.
2. Гожая Л. Д., Талалай Т. Ю., Арунов Т. И. // Стоматология для всех. — 2010. — № 2. — С. 30—32.
3. Гожая Л. Д. Заболевания слизистой оболочки полости рта, обусловленные материалами зубных протезов (этиология, патогенез, диагностика, лечение, профилактика): Дис. ... докт. мед. наук. — М., 2001. — 176 с.
4. Данилина Т. Ф., Наумова В. Н., Жидовинов А. В. Литье в ортопедической стоматологии. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. — 131 с.
5. Лебедев К. А., Понякина И. Д. // Физиология человека. — 2011. — № 4. — С. 90—97.
6. Камилов, Х., Кадырбаева, А., Арипова, Д., & Фазилбекова, А. (2021). Лейкоплакия полости рта: клиника, диагностика, лечение. *Медицина и инновации*, 1(2), 44-49.

ОЦЕНКА МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

Хабибова З.

Ташкентская медицинская академия

Согласно современной точке зрения воспалительные заболевания пародонта относятся к инфекционным хроническим воспалительным заболеваниям, поэтому нормализация микрофлоры полости рта является неотъемлемым условием их рациональной терапии

В связи с этим **цель** исследования изучить зависимость формирования дисбиоза полости рта в динамике развития беременности и раннем послеродовом периоде при различном клиническом состоянии пародонта.

Материалы и методы. Для получения репрезентативных результатов анализ осуществлен у одних и тех же женщин в динамике развития беременности: 132 женщины в I триместре; 110 - во II триместре; 95 - в III триместре и у 90 женщин в раннем послеродовом периоде. Группы сравнения составили небеременные женщины. Исследована ротовая жидкость, которую собирали в стерильные пробирки, после разведения физиологическим раствором производили высевы на жидкие и агаризованные питательные среды: агар, Эндо, кровяной агар, молочно-солевой, среда МРС-4, сред Сабуро и др.

Результаты и обсуждение. При помощи бактериологического метода исследования в ротовой жидкости контрольной группы были определены микроорганизмы, относящиеся к резидентной флоре здоровой полости рта.