

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**САИДОВА НИЛУФАР АХРОРОВА**

**БАЛОҒАТ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ГИПЕРТРОФИК ГИНГИВИТНИ**  
**КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.21 – Стоматология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)**  
**ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**БУХОРО – 2021**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Саидова Нилуфар Ахроровна**

Балоғат ёшидаги беморларда гипертрофик гингивитни комплекс  
даволашни такомиллаштириш ..... 3

**Саидова Нилуфар Ахроровна**

Совершенствование комплексного лечения гипертрофического  
гингивита у подростков ..... 21

**Saidova Nilufar Akhrorovna**

Improvement of complex treatment of hypertrophic gingivitis in  
adolescents..... 41

**Список опубликованных работ**

Эълон қилинган ишлар рўйхати  
List of published scientific works..... 45

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**САИДОВА НИЛУФАР АХРОРОВА**

**БАЛОҒАТ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ГИПЕРТРОФИК ГИНГИВИТНИ  
КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.21 – Стоматология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**БУХОРО – 2021**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2019.2.PhD/Tib961 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар**

**Камилов Ҳайдар Пазилович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар**

**Копецкий Игорь Сергеевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор  
(Россия Федерацияси)

**Шукурова Умида Абдурасуловна**  
тиббиёт фанлари доктори

**Етакчи ташкилот**

**Санкт-Петербург Давлат Университети**  
(Россия Федерацияси)

Диссертация химояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2021 йил «26» ИЮЛ соат 14<sup>00</sup> даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А.Навоий шох кўчаси, 1-уй. Тел./факс: -(+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53, e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru).)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (027 рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А.Навоий шох кўчаси, 1-уй. Тел.: (+99865) 223-00-50.)

Диссертация автореферати 2021 йил «13» ИЮЛ куни тарқатилди.  
(2021 йил «13» ИЮЛ даги 21 рақамли реестр баённомаси).



**А.Ш. Иноятов**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Д.Н. Ачилова**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD)

**Н.А. Нуралиев**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## **КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясига аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳонда кўп сонли илмий-тадқиқот ишлари ўтказилганлигига қарамадан, пародонт касалликларининг этиологияси ва патогенези тўлиқ аниқланмасдан қолмоқда. Ҳозирги кунда аҳолининг 20 дан 60% игача пародонт касалликларининг тарқалиши сезиларли даражада ошиши амалий стоматология эътиборини жиддий қаратади. «...Сўнгги 15 йилда дунё олимлари томонидан гингивитларнинг этиопатогенези, тарқалганлиги, кечувининг интенсивлигини ўрганиш бўйича улкан ишлар олиб борилган ва мазкур касалликни даволашнинг турли методлари таклиф қилинган»<sup>1</sup>. Гингивитлар этиопатогенези масалаларига бағишланган кўп сонли тадқиқотларга қарамадан, мазкур патологияни ўрганишнинг кўшимча методлари ишлаб чиқилмаган, «...бунинг устига, тадқиқот натижаларининг интерпретациясида маълум қарама-қаршилиқлар мавжуд»<sup>2</sup>.

Бугунги кунда дунёда кўплаб илмий тадқиқотлар сурункали гингивитларнинг этиологияси, патогенези, профилактикаси ва даволанишига бағишланган. «...Бу борада оғиз бўшлиғидаги дисбиотик бузилишлар, маҳаллий иммун тизим фаолияти, клиник ҳолат ҳамда патологик жараёни мажмуавий ўрганиш асосида сурункали пародонтитни даволаш жараёнини муқобиллаштириш ва эрта ташхислаш йулларини ишлаб чиқиш муҳим аҳамият касб этмоқда»<sup>3</sup>. Шу билан бирга, чет эл адабиётларининг таҳлили, турли гуруҳларда текширилган беморлар турли сабабларни келтирганлиги, шу туфайли, мазкур патологияни тўлиқ даволашнинг иложи йўқлигини кўрсатди. Бажарилган қатор илмий ишлар, пародонт касаллиги патогенезида кесишувчи иммун реакция маълум аҳамиятга эга бўлиши мумкинлигини кўрсатди, чунки оғиз бўшлиғининг шиллик қавати ва ичакда у мавжуд бўлганда ишлаб чиқиладиган бактериал флора ва антитаналар мавжуд, улар баъзи бактериялардаги антиген тузилмаларга ўхшашлиги туфайли шиллик қаватнинг эпителиал ҳужайраларига адашиб ҳужумга ўтиши мумкин. Сурункали гингивит этиопатогенезининг долзарблиги, илмий тадқиқотларнинг камлиги, бу ҳодисадан азият чекувчи беморлар сонининг кўплиги, бу муаммо бўйича кейинги тадқиқотларни ўтказишнинг назарий ва амалий аҳамияти ушбу диссертация ишининг мавзусини аниқлаб берган.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳаси тизимини ривожлантириш, хусусан, стоматологик касалликлар ва уларнинг асоратларини камайтириш, шунингдек мазкур патологияга эга беморларга малакали тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича кенг кўламли тадбирлар бажарилмоқда ва вазифалар белгиланган «...тиббий ёрдам самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини

<sup>1</sup> Габдрахманова М.Г., Цинеккер Д.А. Профилактика и лечение гипертрофического гингивита у подростков // III Российская научно-практическая конференция «Профилактика стоматологических заболеваний и гигиена полости рта». – Казань, 2010. – С. 206-209.

<sup>2</sup> M. Igi, L. Kesic, V. Lekovic [et al.] Chronic gingivitis: the prevalence of periodontopathogens and therapy efficiency // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. — 2012. — Vol. 31, № 8. — P. 1911—1915.

<sup>3</sup> Тахирова К.А., Современные подходы к диагностике и лечению генерализованного пародонтита средней степени тяжести // Автореф. дисс. ... к-та мед. наук. – Ташкент, 2019. – 25 с.

ошириш, соғлом ҳаёт тарзи ва касалликларнинг олдини олишни, шу жумладан тиббий стандартизация тизимини шакллантириш, диагностика ва даволашнинг юқори технологик методларини, патронаж ва диспансеризациянинг самарали моделларини жорий қилиш йўли билан кўллаб-қувватлаш...». Бу вазифалар замонавий тиббий ёрдам кўрсатиш, аҳоли ўртасида стоматологик касалликларнинг асоратларини ташхислаш ва даволашни янги даражага кўтариш, сифатли тиббий ёрдам кўрсатишда замонавий технологиялардан фойдаланишни тақозо этган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ–6110-сонли «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармони, 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ–4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлари тўғрисида» қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъерий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот Ўзбекистон Республикасида фан ва технологияларни ривожлантиришнинг истиқболли йўналишларига мувофиқ бажарилган: VI. «Тиббиёт ва фармакология».

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Мамлакатимиз ва чет эл муаллифлари томонидан пародонт тўқималаридаги бошланғич ўзгаришлар кўпинча мактаб ёшида кузатилишини белгилашган. ЖССТ маълумотларига кўра, турли мамлакатларда 80% болалар пародонт касалликларидан азият чекади, улардан 90% и болалар 12 ёшда гингивитга эга. Ёш ўтиши билан пародонт тўқималарида патологик жараённинг оғирлиги ўсиб бориши аниқланган (Тахирова К.А., 2019; Старикова И. В. ва ҳаммуалл., 2014; Петрухина Н.Б., 2017; Lamster I.V. et al., 2014).

Ҳужайралар ва ҳужайралар ичи тузилмаларининг ҳосил бўлиши билан кузатиладиган, милк тўқималарида сурункали яллиғланиш реакцияси асосида организмда гормонал ҳолат ўзгаришлари ётади. Тўқималарда циркуляцияланувчи жинсий гормонлар миқдори ортиши билан милкка тиш қарши микрофлорасининг таъсири кескин ортади, бу гингивит ривожланишига олиб келади. Гормонлар тиш қаршининг бактериялари учун яхши озуқавий муҳитни яратади ва иммун ҳужайралар Т-хелперлар, макрофаглар, В-лимфоцитлар функциясини заифлаштиради: (Усманова Ш.Р. 2018; Кулаков А.А. ва ҳаммуалл., 2011; Зорина О. А. ва ҳаммуал., 2011; Dosseva- Panova V.T. et al., 2014).

Соғлом пародонт билан таққослаганда капиллярлар турғунлиги сезиларли пасайган. Гипертрофик гингивитда гематоманинг ҳосил бўлиш вақти  $14,87 \pm 1,31\%$  сонияни ташкил этган, бу соғлом пародонтникидан сезиларли даражада паст. Гипертрофик гингивитда капиллярлар

турғунлигининг ифодали пасайиши томирларга бой донадор тўқима ҳосил бўлиши билан боғлиқ (Slotwinska S.M., 2012; Baltacioglu E. et al., 2014). Шу сабабдан клиник кўринишларнинг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш, гипертрофик гингивит билан оғриганларда клиник белгиларнинг мавжудлиги ва ифодаланиш даражасини баҳолаш, эндотелий шикастланишининг патогенетик ва прогностик аҳамиятини ҳамда эндотелиал бузилишларни тузатиш имконини аниқлаш муҳим (Янушевич О.О. ва ҳаммуал., 2015; Liu Z. et al., 2014; Ogawa H. et al., 2014).

Медикаментоз, жарроҳлик, физиотерапевтик ва бошқа даволаш методларининг катта захирасига қарамадан ҳар жойда популяция даражасида касаллик ортиши кузатилган. Стоматологик ёрдамга мурожаатлар тузилмасида пародонт касаллиги билан боғлиқ мурожаатлар кариес ва унинг асоратлари бўйича мурожаатлардан кейин 2-ўринни эгаллаб, 10-11% турибди (Corraini P. et al., 2012).

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация иши Бухоро давлат тиббиёт институтида «Бухоро минтақасида иссиқ иқлим шароитида патология олди ва патологик ҳолатларни эрта ташхислаш, даволаш ва профилактикасига янгича ёндашиш йўллари ишлаб чиқиш (2017-2021 йиллар)» 02.2020 PhD.028-сон илмий-тадқиқот ишларининг режаси асосида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади.** Балоғат ёшидаги болаларда гипертрофик гингивитни комплекс даволашни такомиллаштиришдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

Бухоро вилояти мисолида ўсмирларда гипертрофик гингивитнинг учраш частотаси ва оғирлик даражаси ретроспектив таҳлилини ўтказиш;

гипертрофик гингивит ташхиси қўйилган беморларда гемостаз тизими клиник-лаборатор кўрсаткичларини баҳолаш;

гипертрофик гингивити бўлган ўсмирларда ўтказиладиган комплекс терапиянинг самарадорлигини баҳолаш;

гипертрофик гингивитга эга беморларнинг комплекс терапиясини такомиллаштириш;

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2018-2020-йиллар даврида Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги стоматология клиникасида даволанган, гипертрофик гингивитга эга 224 нафар беморларнинг ретроспектив маълумотлари ва 115 нафар беморларнинг проспектив маълумотлари, шунингдек 14 нафар соғлом шахсларнинг маълумотлари олинган.

**Тадқиқотнинг предмети**ни биокимёвий ҳамда иммунологик текширув учун пародонт тўқималари ва биологик материаллар (оғиз суюқлиги, вена қони ва зардоб) ташкил қилган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Қўйилган вазифаларни бажариш учун клиник, клиник-функционал, биокимёвий ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

ўсмирларда ёндош соматик касалликлар пародонтда яллиғланиш-деструктив касалликлари билан корреляцион боғлиқлиги аниқланган;

гипертрофик гингивит кузатилган беморларда эндотелиал дисфункция ва тромбоцитлар морфологиясида функционал ўзгаришлар микроциркулятор бузилишларга олиб келувчи асосий сабабларидан бири эканлиги исботланган;

клиник-лаборатор текширувлар асосида пародонт тўқимаси ҳолатини яхшиланиши, гемостаз тизими кўрсаткичларини меъёрлашиши ҳамда томир эндотелиал хужайралари дисфункциясини баратараф этилиши билан ўсмирларда гипертрофик гингивитни комплекс даволашнинг самарадорлиги исботланди;

гипертрофик гингивитни комплекс даволашда вакуум массаж билан гомеопатик терапияни қўлланилиши даволаш самарадорлигини ошириши, беморларни реабилитация даврини тезлаштириши ва турғун ремиссияга эришишга олиб келиши илмий асосланди;

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

ташхислаш ва комплекс текширишнинг таклиф этилган алгоритми ўсмирлардаги гипертрофик гингивитни клиник-лаборатор кўрсаткичларини эътиборга олган ҳолда индивидуал даволаш тактикасини танлаб олиш имконияти яратилган;

комплекс даволашнинг таклиф этилган алгоритми ва клиник-лаборатор кўрсаткичлар имкониятларини қўлланилиши индивидуал даволаш тактикасини танлаган ҳолда, беморлар ҳаёт сифатини яхшилаги ва касаллик қайталаниш хавфини камайтириши аниқланган;

гипертрофик гингивит билан касалланган ўсмирларда стоматологик ва метаболик статусда аниқланган бузилишлар асосида касалликнинг турли асоратларини олдини олиш йўллари ишлаб чиқилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** ишда қўлланилган ёндашув ва методлар, назарий маълумотларнинг олинган натижалар билан мослиги, ўтказилган тадқиқотларнинг услубий тўғрилиги, беморларнинг етарли миқдори, статистик текширув методлари ёрдамида қайта ишлаш, шунингдек тадқиқот натижаларининг чет эл ҳамда мамлакатимизда олинган маълумотлар билан таққосланиши, ваколатли тузилмалар томонидан чиқарилган хулоса ва олинган натижаларнинг тасдиқланиши билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти ўсмирларда пародонт тўқималарида яллиғланиш жараёнлари ривожланишида умумий патогенетик омиллар аниқланганлиги, уларда метаболик бузилишлар патогенезининг ўзига хос хусусиятлари, ҳамда стоматологик ва метаболик статусда аниқланган бузилишлар турли асоратларнинг олдини олиш йўллари ишлаб чиқилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти бемор ўсмирларда аниқланган клиник-биокимёвий бузилишларни коррекциялаш, шунингдек



пародонтда яллиғланиш касалликларини даволаш ва уларнинг олдини олишнинг такомиллашган комплекс услубни таклиф этилиши билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши:** пародонтда яллиғланиш касалликларининг диагностикаси, клиник-биокимёвий характеристикаси, даволаниши бўйича олиб борилган тадқиқотнинг илмий натижалари асосида:

«Ўсмирларда гипертрофик гингивитнинг комплекс даволаш усули» мавзусида услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 22 декабрдаги 8н-д/250-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома гипертрофик гингивит кузатилган ўсмирларда комплекс терапия самарадорлигини кўрсатиб берган.

«Гипертрофик гингивитнинг даволаш-диагностика алгоритми» мавзусида услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 22 декабрдаги 8н-д/250-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома гипертрофик гингивитни эрта ташхислаш имконини берган.

Сурункали гипертрофик гингивитнинг диагностикаси, клиник-биокимёвий характеристикаси, даволаниши ва профилактикасини ишлаб чиқиш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, Бухоро вилоят болалар стоматологияси поликлиникаси ва Бухоро вилоят стоматология поликлиникаси амалиётига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 8 январдаги 8н-з/10-сон маълумотномаси). Натижада диагностика ва даволашнинг янги усуллари қўллаш йўли билан тиббий ёрдам самарадорлигини оширилишига, касаллик асоратларини камайтириш, ҳамда беморларнинг амбулатор даволаниш муддатларини қисқартириш хисобига иқтисодий самарадорликни ошириш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқотнинг натижалари 2 та халқаро ва 1 та республика илмий-амалий конференцияларида муҳокама қилинган.

**Тадқиқот натижаларини эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича 21 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 9 та мақола, жумладан, 8 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертациянинг таркиби кириш, тўртта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 110 бетни ташкил қилган.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ**

**Кириш** қисмида ишнинг долзарблиги ва заруриятини акс этган, унда тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, тадқиқот объекти ва предметининг характеристикаси шакллантирилган, тадқиқотнинг фанни ривожлантиришнинг истиқболли йўналишларга мослиги, иш

натижаларининг илмий янгилиги ва амалий аҳамияти, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши ҳамда мавзу бўйича чоп этилган мақолалар, диссертация таркиби ҳақида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи бобида **«Ўсмирларда гипертрофик гингивитни комплекс даволашни такомиллаштириш»** мамлакатимиз ва чет эл олимларининг гипертрофик гингивит бўйича стоматология соҳасидаги энг замонавий илмий ютуқлари таҳлил қилинган, ўсмирларда гипертрофик гингивитнинг этиопатогенези, клиник характеристикаси бўйича илмий асосий маълумотлар ёритилади ва гипертрофик гингивитни даволашнинг замонавий усуллари шарҳи, давлат даражасида ва маҳаллий даражада ечилиши лозим бўлган муаммолар келтирилган.

Диссертациянинг иккинчи бобида **«Ўсмирларда гипертрофик гингивитни диагностика қилиш ва даволашда тадқиқот материаллари ва усуллари»** Бухоро давлат тиббиёт институтининг стоматология клиникасига даволаниш учун мурожаат қилган 115 нафар беморнинг батафсил клиник текширув натижалари берилган. Илмий тадқиқот қуйидаги йўналишларда ўтказилган: ўсмирларда гипертрофик гингивит диагностикасида пародонтнинг клиник-функционал ва биокимёвий кўрсаткичларини ўрганиш; гипертрофик гингивитни комплекс даволашнинг анъанавий ва такомиллаштирилган усуллари самарадорлигини клиник солиштирма таҳлилини ўтказиш.

Беморлар қуйидаги мезонлар асосида тадқиқотга жалб этилган: эркак ва аёл жинсли, ёши 12 дан 18 гача бўлган, тадқиқотда иштирок этишга ёзма розилик билдирган беморлар. Тадқиқотдан чиқариш мезонлари сифатида юрак қон-томир касалликлари, қандли диабет, бронхиал астма, буйрак касалликлари, онкологик касалликлар билан бирга кечадиган патологик ҳолатлар бўлган.

Пародонт-маргинал-алвеоляр индекс (ПИМА), I.Cowell (1975) ва Н. R. Muhlemann (1971) бўйича қон кетиш индекси (QI) аниқланган.

Милк шиллиқ қаватида капиллярлар турғунлиги В. М. Кулаженко (1960) намунаси ёрдамида ўрганилган.

Оғиз бўшлиғида иммун резистентлик цитологик усуллар ёрдамида баҳоланган (сохта пародонтал чўнтак милк суюклигида хужайра элементларнинг таркиби аниқланган).

Фагоцитознинг латекс зарралари билан индукциясида фагоцитар сонни ҳисоблаган ҳолда нейтрофил лейкоцитларнинг фаоллиги баҳоланган, шунингдек нитрокўк тетразолий (НКТ-тест) қайта тикланиш тести ўтказилган.

Пародонт ҳолатининг клиник-лаборатор тадқиқотлари беморларда даволашдан олдин, бевосита даволашдан кейин ва узоқ муддатларда (бир ойдан кейин) текширилган.

Ўтказилган даволаш-профилактика чораларига боғлиқ равишда барча беморлар 4 гуруҳга ажратилган:

1-гуруҳ беморлари (n=30) фақат анъанавий даволанган;

1) Оғиз бўшлиғи антисептик билан ишлов берилган ва тишлар ораси 3% водород пероксид эритмаси, 0,06% хлоргексидин эритмаси, 0,02% фурацилин эритмалари билан ювилган.

2) Топекс ёки лидаксор гели билан маҳаллий аппликацион оғриқсизлантириш остида қайта антисептик ишлови ўтказилган.

3) Антимикроб, 0,5% хлорофиллипт эритмаси ёрдамида маҳаллий яллиғланишга қарши ва шишга қарши терапия ўтказилган, метрогил дента воситаси малҳам кўринишида тишлар орасига юборилган.

2-гуруҳ беморларида (n=25) анъанавий даво ва гомеопатик терапия ўтказилган.

1) Оғиз бўшлиғи антисептик билан ишлов берилган ва тишлар ораси 3% водород пероксид эритмаси, 0,06% хлоргексидин эритмаси, 0,02% фурацилин эритмалари билан ювилган.

2) Топекс ёки лидаксор гели билан маҳаллий аппликацион оғриқсизлантириш остида қайта антисептик ишлови ўтказилган.

3) 301,5 мг Траумел воситаси ёрдамида антимикроб, маҳаллий яллиғланишга қарши ва шишга қарши терапия ўтказилган, малҳам кўринишида тишлар орасига юборилган.

3-гуруҳ беморлари (n=25) анъанавий даволанган ва вакуум массаж олинган.

1) Оғиз бўшлиғи антисептик билан ишлов берилган ва тишлар ораси 3% водород пероксид эритмаси, 0,06% хлоргексидин эритмаси, 0,02% фурацилин эритмалари билан ювилган.

2) Топекс ёки лидаксор гели билан маҳаллий аппликацион оғриқсизлантириш остида қайта антисептик ишлови ўтказилган.

3) 0,5% хлорофиллипт эритмаси ёрдамида антимикроб, маҳаллий яллиғланишга қарши ва шишга қарши терапия ўтказилган, метрогил дента малҳам ва паста кўринишида тишлар орасига юборилган

4) Милкда яллиғланиш ва шиш кетганидан сўнг вакуум массаж ўтказилган. Вакуум массаж терапия алмашувчи шиша учли манипулятор ёрдамида КАП-“Пародонтолог” аппарати ёрдамида ўтказилган. Ишчи учи ўтувчи бурма соҳасидан милкгача ўрнатилган ва гематома ҳосил бўлгунча бир жойда ушланган, 1,5-2 дақиқа давом этган, бир сеанс давомида милкнинг турли соҳаларида 4-6 гематома ҳосил қилинган.

4-гуруҳ беморлари (n=35) анъанавий даволанган, гомеопатик ва маҳаллий вакуум массаж олган.

1) Оғиз бўшлиғини антисептик ишлов берилган ва тишлар ораси 3% водород пероксид эритмаси, 0,06% хлоргексидин эритмаси, 0,02% фурацилин эритмалари билан ювилган.

2) Топекс ёки лидаксор гели билан маҳаллий аппликацион оғриқсизлантириш остида қайта антисептик ишлов ўтказилган.

3) 301,5 мг Траумел воситаси ёрдамида антимикроб, маҳаллий яллиғланишга қарши ва шишга қарши терапия ўтказилган, малҳам кўринишида тишлар орасига юборилган.

4) Милкда яллиғланиш ва шиш кетганидан сўнг вакуум массаж ўтказилган. Вакуум массаж терапия алмашувчи шиша учли манипулятор ёрдамида КАП –«Пародонтолог» аппарати ёрдамида ўтказилган. Ишчи учи ўтувчи бурма соҳасидан милкгача ўрнатилган ва гематома ҳосил бўлгунча бир жойда ушланган, 1,5-2 дақиқа давом этган, бир сеанс давомида милкнинг турли соҳаларида 4-6 гематома ҳосил қилинган.

Бундан ташқари, барча беморларда маҳаллий пародонтопатоген омиллар бартараф қилинган: кариоз бўшлиқларни пломбалаш, сифатсиз пломбаларни алмаштириш, тишлараро контактларни яратиш; тиш қаторлари ўртасида кўплаб раво контактларни ҳосил қилиш ва пародонт тўқималарига функционал юкланишни бартараф қилиш мақсадида жароҳат тугунлари ва суперконтактларни бартараф қилиш. Функционал танлаб чархлаш пародонт тўқималарида яллиғланиш бартараф қилинганидан сўнг Jankelson В. (1972) бўйича ўтказилган (Дмитриева Л.А., 2013).

Олинган натижаларнинг статистик қайта ишланиши вариацион статистика усулида ўтказилган. Фарқлар ишончилиги 95% ( $p < 0,05$ ) ишончилик доирасида Студент мезони ёрдамида баҳоланган.

Диссертациянинг учинчи бобида **«Ўсмирларда гипертрофик гингивитнинг клиник-лаборатор кўрсаткичларининг ҳолати»** ўсмирларда гипертрофик гингивитга характеристика, улар намоён бўлишининг клиник ўзига хос хусусиятлари, шунингдек ўтказилган тадқиқотларнинг натижалари берилган.

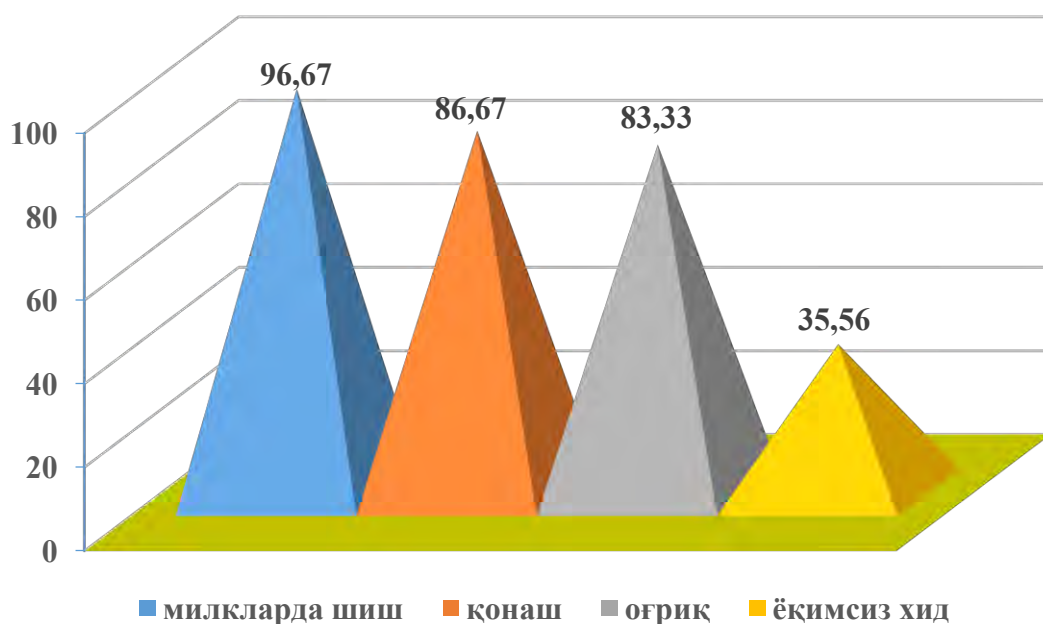
Гипертрофик гингивит бўлган беморлар анкеталарини ретроспектив ўрганиш натижасига кўра, енгил даражадаги гипертрофик гингивитда касалликнинг давомийлиги ўртача  $13,8 \pm 0,8$  ёш, ўрта даражасида -  $16,4 \pm 0,5$  ёш, касалликнинг оғир даражасида эса -  $17,8 \pm 0,2$  ёшни ташкил этганлиги белгиланган; ремиссия даврининг ўртача давомийлиги -  $3,6 \pm 0,8$  ой бўлган.

Текширилган беморлардан 35 нафари (30,4%) биринчи бор ёрдам сўраб мурожаат қилган, қолган 80 нафари (69,6%) эса аввал ҳам даволанган ва йилига 1 марта ёрдам сўраб мурожаат қилган.

Стоматологик мурожаат қилишда энг кўп келтирилган сабаб сурункали жараённинг кескинлашуви бўлган. Стоматолог кўригида таққосланаётган гуруҳларда пародонт тўқималарининг клиник-функционал характеристикаси ишончли ўхшаш эканлиги аниқланган. Беморлар милк соҳасидаги оғриқлар, тишларни тозалаш, қаттиқ таом қабул қилганда қон кетиши, оғиздан ёқимсиз хид, совуқ ва иссиққа сезувчанликдан шикоят қилишган (1-расм).

Кўриқда милкнинг тишлараро, маргинал ва алвеоляр соҳасида турғун гиперемия, милкларнинг зич ўсиши, милклардан қон кетиши, сохта чўнтаклар аниқланган. Рентгенологик тадқиқотда тишлар ораси меъёр доирасида бўлган ва альвеоляр суякда ўзгаришлар аниқланмаган.

13-15 ёшли ўсмирларда эпидемиологик тадқиқотлар ўтказилганда соғлом пародонт 61,9% ҳолатда аниқланган, қолган ҳолатларда патологиянинг у ёки бошқа турлари ўринли бўлган. Гипертрофик гингивит ташхиси 11,3% ҳолатда қўйилган ( $11,7 \pm 2,4\%$  ўғил болалар,  $11,1 \pm 2,2\%$  қиз болалар).



**1-расм. Пародонт тўқималарининг клиник-функционал характеристикаси**

Милк капиллярларининг Кулаженко синамаси ёрдамида дозали вакуумга турғунлигининг функционал ўрганилиши, даволашгача барча гуруҳларда гематомаларнинг ҳосил бўлиш вақти ўхшаш бўлганлиги ҳамда фронтал бўлимда ўртача  $18,3 \pm 1,03$  сония, ён бўлимда ўртача  $24,0 \pm 1,25$  сонияни ҳосил қилганлигини кўрсатган, пародонтда яққол яллиғланиш жараёни оқибатида капиллярлар ўтказувчанлигининг ортганлигидан гувоҳлик қилган.

**1-жадвал**

**Гипертрофик гингивит билан оғриган беморларда Кулаженко вакуум диагностикасининг кўрсаткичлари**

Кўрсаткичлар	Соғлом шахслар (назорат) (n=20)	1-гуруҳ (n=25)	2-гуруҳ (n=25)	3-гуруҳ (n=20)	4-гуруҳ (n=20)
Фронтал бўлимда (с)	$46,7 \pm 4,33$	$18,8 \pm 0,88$	$17,8 \pm 0,88$	$19,1 \pm 1,44$	$18,4 \pm 1,44$
Ён бўлимда (с)	$62,4 \pm 1,2$	$22,3 \pm 0,01$	$24,1 \pm 0,01$	$24,2 \pm 0,02$	$25,1 \pm 0,02$

Эслатма: \* - таққослаш гуруҳига нисбатан  $P < 0,05$  фарқ аҳамиятли

Олинган маълумотлар, текширилган беморларда қон томири девори эндотелийсининг антикоагулянт фаоллиги заифлашиши содир бўлишидан гувоҳлик қилган. Гипертрофик гингивит кузатилган беморларда клиник соғлом ихтиёрий донорлар билан таққослаганда окклюзия тестидан олдин ва кўп миқдорда кейин қонда антитромбин III фаоллигининг пасайиши, шунингдек томир девори эндотелийсининг антикоагулянт фаоллик индекси камайиши кузатилган.

Шундай қилиб, қонда манжета намунасида олдин ва кейин антиромбин III фаоллиги, қон томир девори эндотелийсининг антикоагулянт фаоллик индекси статистик аҳамиятли тушган (2-жадвал).

2-жадвал

**Гипертрофик гингивит билан оғриган беморларда томирлар эндотелийси антикоагулянт фаоллигининг кўрсаткичлари**

Кўрсаткичлар	Соғлом шахслар (назорат) (n=20)	ГГ n=115
Манжетали намунадан олдин антиромбин III, %	87,8 ± 5,71	81,9± 2,81*
Манжетали намунадан кейин антиромбин III, %	109.2 ± 7,58	98,4± 5,91*
Эндотелий антикоагулянт фаоллигининг индекси, шарт. бир.	1,27 ± 0,13	1,12± 0,11

Эслатма: \* - таққослаш гуруҳига нисбатан фарқ P<0,05 да аҳамиятли

Солиштирма таҳлил давомида гипертрофик гингивит бўлган беморларнинг қонида окклюзияли тестдан олдин ва айниқса, кейин антиромбин III фаоллиги, шунингдек томир девори эндотелийсининг антикоагулянт фаоллик индекси соғлом шахслар билан таққослаганда статистик аҳамиятли паст эканлиги белгиланган. Бу беморларда томирлар эндотелийси билан антиромбин III чиқарилиши бузилишидан дарак берган. Шундан келиб чиқиб, гипертрофик гингивитда томир девори эндотелийсининг антикоагулянт фаоллиги бузилади, бу антиромбин III эндотелиал секрецияси тушишида намоён бўлади, деган хулосага келинган.

Томир девори эндотелийсининг фибринолитик фаоллиги баҳоланганда, гипертрофик гингивит кузатилган беморларда клиник соғлом донорлар билан таққослаганда манжета синамасидан олдин ва айниқса, кейин Хагеман-боғлиқ фибринолиз вақтининг статистик аҳамиятли ортиши содир бўлиши белгиланган. Бунда, таққослаш гуруҳларида томир девори эндотелийси фибринолитик фаоллик индексининг пасайиши кузатилган (3-жадвал), бу эндотелиоцитларнинг тўқима активаторини ажратишни камайтириши ва ёки плазминоген активатори ингибиторининг кўп миқдорда ҳосил бўлишини акс эттирган.

Текширилган шахсларда томир девори эндотелийсини фибринолитик фаоллик индексининг фарқи бир хил ифодаланмаган ва манжетали синамадан олдин ва кейин Хагеман-боғлиқ фибринолиз вақти патологияга эга шахсларда статистик аҳамиятли юқори, бу фибринолитик фаолликнинг кўпроқ ифодаланиб заифлашишидан дарак берган ва эндотелиоцитлар билан плазминоген тўқима активатори ҳамда унинг ингибиторини чиқариш мувозанати кўп миқдорда бузилиши билан боғлиқ. Шундан келиб чиқиб,

гипертрофик гингивитда томирлар эндотелийсининг фибринолитик фаоллиги соғлом шахслар билан таққослаганда юқори бўлганлиги эътироф этилган.

### 3-жадвал

#### Гипертрофик гингивит билан оғриган беморларда томирлар эндотелийси фибринолитик фаоллигининг кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Соғлом шахслар (назорат)	ГГ n=115
Манжета намунадан олдин X11a-бўлиқ фибринолиз, с	565,8 ± 10,91	691,6± 13,5*
Манжета намунадан кейин X11a-бўлиқ фибринолиз, с	364,9± 10,21	481,7±8,78*
Эндотелий фибринолитик фаоллик индекси, шарт. бир.	1,49± 0,11	1,39± 0,15

Эслатма: \* - таққослаш гуруҳига нисбатан фарқлар  $P < 0,05$  дан аҳамиятли

Шундай қилиб, ўтказилган тадқиқотлар натижасида, гипертрофик гингивитда томир девори эндотелийсида фибринолитик фаоллик ўзгаришлари содир бўлиши белгиланган, улар плазминоген тўқима активаторининг индукцияли чиқарилиши камайиши ва/ёки унинг ингиборини ажралиши кўпайишида намоён бўлган. Олинган маълумотлар гипертрофик гингивитга эга беморларда эндотелийнинг антикоагулянт ва фибринолитик хоссалари ўзгаришида намоён бўлувчи, томир девори тромборезистентлигининг сезиларли даражада бузилиши содир бўлади, деган хулосага келиш имконини берган.

Шу билан бирга соғлом шахслар билан таққослаганда томирлар эндотелийсининг ҳам антикоагулянт, ҳам фибринолитик фаоллиги бузилиши устунлик қилган (4-жадвал).

Эндотелиал дисфункцияни баҳолаш учун гипертрофик гингивит билан оғриган беморларнинг қон зардобиди гомоцистеин ва эндотелин I концентрацияси ўрганилди.

### 4-жадвал

#### Гипертрофик гингивит билан оғриган беморларнинг қонида гомоцистеин ва эндотелин-1 кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Соғлом шахслар (назорат), (n=20)	ГГ, n=115
Гомоцистеин концентрацияси, мкмол/л	10,8± 0,88	18,2±1,44*
Эндотелин I концентрацияси, мкмол/л	0,30± 0,01	0,34±0,02

Эслатма:\* - таққослаш гуруҳига нисбатан фарқлар  $P < 0,05$  дан аҳамиятли

Ўтказилган тадқиқотлар натижасида, гипертрофик гингивитда клиник соғлом донорлар билан таққослаганда қон зардобида гомоцистеин миқдорининг статистик аҳамиятли ортиши содир бўлиши белгиланган (5-жадвал). Шу билан бирга, текширилган беморлар қон зардобида гомоцистеин ва эндотелин I концентрацияси соғлом шахслар билан таққослаганда статистик аҳамиятли юқори.

Шундай қилиб, гипертрофик гингивитда соғлом шахслардан фарқли ўлароқ, қон зардобида нафақат гомоцистеин, балки эндотелин I миқдорининг ортиши содир бўлиши аниқланган. Олинган маълумотлар гипертрофик гингивитга эга беморларда эндотелийнинг антикоагулянт ва фибринолитик хоссалари ўзгаришлари билан намоён бўладиган, томир девори тромборезистентлигининг сезиларли миқдорда бузилишлари содир бўлади, деган хулосага келиш имконини берган.

Диссертациянинг тўртинчи бобида **«Ўсмирларда гипертрофик гингивитни комплекс даволаш усулини ишлаб чиқиш ва самарадорлигини баҳолаш»** гипертрофик гингивитга эга ўсмирларда комплекс терапия ўтказиш усули ишлаб чиқилган ва унинг самарадорлиги баҳоланган, гипертрофик гингивитга эга ўсмирларда даволаш фонида клиник-функционал кўрсаткичлар, томирлар эндотелийсининг ҳолати ва тромбоцитлар морфологияси ўзгаришлари берилган.

Гипертрофик гингивит кузатилган беморларда комплекс терапия самарадорлигини клиник баҳолаш учун беморларнинг шикоятлари ўрганилган ва динамикада даволашдан олдин ва кейин беморлар кўриги ўтказилган.

Даволашдан сўнг барча гуруҳлардаги беморлар ўтказилган терапиянинг яхши кечганлигини кузатишган, жиддий ножўя таъсирлар бўлмаган. Барча беморлар (100%) пародонт ҳолатининг яхшиланганлигини: оғриқ, шиш ва милклардан қон кетишнинг сезиларли даражада пасайиши, оғиздан ёқимсиз ҳиднинг йўқолиши, прикусда ишонч пайдо бўлганлигини кузатишган. Даволашдан 14 кун ўтиб, ўтказилган кўрикда шиллиқ қават оқ-пушти рангда, тишларга зич ёпишган, милк ости ва милк усти тишлари ёки тиш ажралмалари аниқланмаган, қон кетиш йўқ, тишлар турғун.

Даволашдан кейин ўрганилаётган гуруҳлардаги беморларда шикоятлар характерининг солиштирма таҳлили милклар гипертрофиясининг даражаси ва қон кетишининг пасайишини кўрсатган. Бевосита даволашдан сўнг асосий гуруҳда 92,0% беморда шикоятлар аниқланмаган, назорат гуруҳларида милклардан қон кетмаслиги ва ҳажмининг камайганлигини мос равишда 72,8%; 78,3%; 80,2% беморлар кузатишган.

ПМА индекси, Muhlemann-Cowell бўйича милк сўрғичидан қон кетиш индексининг солиштирма таҳлили, милк шиллиқ қавати капиллярларининг турғунлигини аниқлаш (Кулаженко намунаси) барча ўрганилаётган гуруҳларда мазкур кўрсаткичларнинг яхшиланиши кўрсатган (5-жадвал).



**5-жадвал**

**Гипертрофик гингивитга эга беморларда даволашдан олдин ва кейин пародонт ҳолати индекси кўрсаткичларининг ўзгаришлар динамикаси (M±m)**

Гуруҳ	Кузатув муддати	Пародонтал индекслар	
		ПМА (%)	QI (шарт. бир.)
1-гуруҳ	даволашдан олдин	34,74±0,45	1,42±0,08
	даволашдан кейин	26,20±1,0*	1,18±0,04*
	1 ойдан кейин	37,26±0,93*	1,72±0,05*
2-гуруҳ	даволашдан олдин	33,52±0,38	1,48±0,09
	даволашдан кейин	22,35±0,46*	0,84±0,07*
	1 ойдан кейин	29,41±0,53*	1,54±0,08*
3-гуруҳ	даволашдан олдин	34,72±0,16	1,44±0,09
	даволашдан кейин	22,35±0,24*	0,78±0,07*
	1 ойдан кейин	26,85±0,45*	1,54±0,08*
4-гуруҳ	даволашдан олдин	34,47±0,95	1,38±0,08
	даволашдан кейин	16,20±1,0*	0,52±0,04*
	1 ойдан кейин	17,26±0,93*	0,64±0,05*

Эслатма:\* - даволашдан олдинги маълумотларга нисбатан (\*\*\*) - P<0,001) фарқлар аҳамиятли

6-жадвалда келтирилган маълумотлардан кўришиб турибдики, гомеопатик терапия билан вакуум массажнинг яллиғланиш жараёнлари даражасини камайтириш қобилияти бошқа даволаш усуллариغا қараганда юқори бўлган.

**6-жадвал**

**Гипертрофик гингивити бўлган беморларда даволашдан олдин ва кейин капиллярлар турғунлиги ўзгаришининг динамикаси (M±m)**

Гуруҳ	Кузатув муддати	Кулаженко намунаси (с)	
		Фронтал бўлимда	Ён бўлимда
1-гуруҳ	даволашдан олдин	18,8±0,88	22,3±0,01
	даволашдан кейин	44,2±0,12*	58,4±0,27*
	1 ойдан кейин	40,2±2,30*	38,6±2,37*
2-гуруҳ	даволашдан олдин	17,8±0,88	24,1±0,01
	даволашдан кейин	45,9±3,12*	59,4±0,27*
	1 ойдан кейин	42,6±2,30*	48,6±1,65*
3-гуруҳ	даволашдан олдин	19,1±1,44	24,2±0,02
	даволашдан кейин	46,7±2,25*	64,8±1,47*
	1 ойдан кейин	44,8±1,80*	49,6±2,08*
4-гуруҳ	даволашдан олдин	18,4±1,44	25,1±0,02
	даволашдан кейин	48,7±2,33*	66,5±1,72*
	1 ойдан кейин	46,2±1,22*	64,4±0,80*

Эслатма:\* - даволашдан олдинги маълумотларга нисбатан (\*\*\*) - P<0,001) фарқлар аҳамиятли

Консерватив даволашдан кейин вакуум синама кўрсаткичлари ҳам фронтал, ҳам ён бўлимда 1-гурухда 1,5 марта, 3-гурухда эса 2,2 марта, асосий 4-гурухда 2,7 марта ошган. Бу микроциркулятор оқим ишини меъёрлаштириб, алмашинув жараёнлари ва тўқималар нафас олишини яхшиловчи “Траумел С” препаратининг таъсири остида милк капиллярлари турғунлигининг ошиши билан тушунтирилган.

Комплекс терапия динамикасида томирлар эндотелийси функционал ҳолатини баҳолаш учун даволашдан олдин ва кейин сурункали умумий пародонтити бўлган 12-18 ёшли болаларда микроциркулятор бузилишларнинг клиник намоён бўлиши, томир девори эндотелийсининг антикоагулянт ва фибринолитик хусусиятлари, шунингдек эндотелиал дисфункция маркерларининг концентрациялари кўрсаткичларининг ўзгаришларини ўрганиш ишлари олиб борилган.

Ўтказилган тадқиқотларнинг натижалари, текширилган шахсларда комплекс терапиянинг таъсири остида томир девори эндотелийси антикоагулянт фаоллигининг ортиши содир бўлишидан дарак берган. Бу дастлабки қийматлар билан таққослаганда манжетали намунадан олдин ва кейин қонда антитромбин III фаоллигини қиймати, шунингдек томир девори эндотелийси антикоагулянт фаоллик индексининг статистик аҳамиятли ортишида ифодаланган (7-жадвал).

**7-жадвал**

**Комплекс терапия фонида гипертрофик гингивит бўлган беморларда томирлар эндотелийси антикоагулянт фаоллигининг кўрсаткичлари**

Гуруҳ		1 гуруҳ (n=30)	2 гуруҳ (n=25)	3 гуруҳ (n=25)	4 гуруҳ (n=35)
Манжета намунадан олдин антитромбин III, %	1	96,8 ± 5,71			
	2	80,9±2,81	80,9±2,81	80,9±2,81	80,9±2,81
	3	81,1±6,76*	84,2±4,56	89,9±5,64	93,5±8,09
Манжета намунадан кейин антитромбин III, %	1	109,2±7,58			
	2	98,4±5,91	98,4±5,91	98,4±5,91	98,4±5,91
	3	95,8±8,71*	98,5±7,66	102,2±8,46	108,8±10,9
Эндотелий антикоагулянт фаоллик индекси, шарт. бир.	1	1,27±0,13			
	2	1,12±0,11	1,12±0,11	1,12±0,11	1,12±0,11
	3	1,15±0,09*	1,19±0,12	1,22±1,05	1,24±0,14

Эслатма: \* - даволашдан олдинги маълумотларга нисбатан P<0,05 фарқ аҳамиятли (1 – назорат гуруҳи; 2 – даволашдан олдин; 3 – даволашдан кейин)

Гипертрофик гингивит бўлган беморларда окклюзия тестидан олдин ва кейин антитромбин III фаоллиги, шунингдек томир девори эндотелийси антикоагулянт фаоллиги индекс катталиги ўтказилган анъанавий даволашдан

кейин (1-гурух) даволашдан олдинги кўрсаткич қийматларидан статистик аҳамиятли паст бўлиб қолганлиги айтиб ўтилган. Бу текширилган беморларда траумел+вакуум массаж кўллаб ўтказилган комплекс терапиянинг таъсири остида (4-гурух) томир девори эндотелийси антитромбин III ажралиши ва томир девори эндотелий фаоллиги тўлиқ тикланмаслигидан дарак берган.

Гипертрофик гингивит бўлган беморларда комплекс терапия асосида манжета намунасидан олдин ва кейин қонда антитромбин III даражаси, шунингдек томир девори эндотелийси антикоагулянт фаоллик индексининг статистик аҳамиятли ортиши содир бўлган. Аммо, ўтказилган даволаш чораларидан сўнг беморларнинг мазкур контингентида томир девори эндотелийси антикоагулянт фаоллик кўрсаткичлари даволашгача бўлган қийматлар доирасида қолган (8-жадвал).

Шундай қилиб, гипертрофик гингивитда комплекс терапия беморларда томир девори эндотелийсининг пасайган антикоагулянт фаоллигини ошириши белгиланган. Шу билан бирга ўтказиладиган терапия текширилган беморларда эндотелийнинг бузилган антикоагулянт хоссаларининг тўлиқ меъёрлашувига олиб келган, бу вақтда 1-гурух беморларида анъанавий даволашдан сўнг улар фақат қисман қайта тикланган.

#### 8-жадвал

#### Комплекс терапия фонида гипертрофик гингивит бўлган беморларда томир эндотелийси фибринолитик фаоллигининг кўрсаткичлари

Гуруҳ		1-гурух (n=30)	2 гуруҳ (n=25)	3 гуруҳ (n=25)	4 гуруҳ (n=35)
Манжета намунасидан олдин XIIa-боғлиқ фибринолиз, с	1	565,8 ± 10,91			
	2	691,6±13,5	691,6±13,5	691,6±13,5	691,6±13,5
	3	642,1±5,8*	635,6±5,69	624,4±4,66	610,7±4,57
Манжета намунасидан кейин XIIa-боғлиқ фибринолиз, с	1	364,9± 10,21			
	2	481,7±8,78	481,7±8,78	481,7±8,78	481,7±8,78
	3	475,8±10,6	458,6±3,27	439,5±2,67	400,9±11,81
Эндотелий фибринолитик фаоллигининг индекси, шарт. бир.	1	1,49±0,11			
	2	1,39±0,15	1,39±0,15	1,39±0,15	1,39±0,15
	3	1,40±0,14	1,45±0,18	1,47±0,14	1,48±0,15

Эслатма: \* - даволашдан олдинги маълумотларга нисбатан P<0,05 фарқ аҳамиятли (1 – назорат гуруҳи; 2 – даволашдан олдин; 3 – даволашдан кейин)

Ўтказилган тадқиқотлар натижасида гипертрофик гингивит бўлган беморларнинг комплекс терапияси томир девори эндотелийси фибринолитик фаоллик кўтарилишига олиб келиши белгиланган. Бу манжета намунасидан ҳам олдин, ҳам кейин Хагеман-боғлиқ фибринолиз вақтининг статистик

сезиларли даражада тушиши, шунингдек томир эндотелийси девори фибринолитик фаоллик индексининг кўтарилишида намоён бўлган.

Шу билан бирга томир девори эндотелийси фибринолитик фаоллик индекси таққослаш гуруҳи қийматларидан статистик аҳамиятли пастлигича қолган, бу 4-гуруҳ беморларида комплекс терапиянинг таъсири остида эндотелиоцитларнинг плазминоген тўқима активатори ва унинг ингибиторини ажратиш мувозанати тўлиқ қайта тикланмаслигидан гувоҳлик қилган. Аммо, анъанавий терапиядан фарқли равишда ўтказилган комплекс терапиядан сўнг томир девори эндотелийси фибринолитик фаоллигининг барча кўрсаткичлари таққослаш гуруҳида қийматлар доирасида қолган.

Шундай қилиб, гипертрофик гингивит кузатилган беморларда комплекс терапиянинг таъсири остида қон зардобида эндотелиал дисфункция маркерларининг юқори концентрацияси пасайиши содир бўлган ва эндотелий дисфункцияси маркерларининг концентрацияси тўлиқ меъёрлашган.

Гипертрофик гингивитда комплекс терапия қон зардобида анъанавий терапия билан таққослаганда эндотелий дисфункцияси маркерлари концентрациясини самаралироқ меъёрлаштирган.

## ХУЛОСАЛАР

**“Балоғат ёшидаги болаларда гипертрофик гингивитни комплекс даволашни такомиллаштириш»** мавзусида диссертацияси бўйича ўтказилган тадқиқотлар асосида қуйидаги хулосаларга келинган:

1. Ретроспектив текширув натижалари 13-15 ёшли болаларда гипертрофик гингивитнинг барча стоматологик касалликларнинг 38,1% и миқдорда учрашини кўрсатди, шунингдек 11,3% ҳолатда уларда гипертрофик гингивитнинг шишли шакли ташхиси қўйилган.

2. Гипертрофик гингивит ташхиси қўйилган балоғат ёшидаги болаларда гемостаз тизими клиник лаборатор кўрсаткичлар баҳоланганда, улар қонидаги гомоцистеин ва эндотелин-1 каби фаол моддалар аниқланганлиги яллиғланиш жараёни шаклланганлиги ҳамда ривожланганлигини исботлади.

3. Даволаш натижалари ўрганилган ўсмирларда гипертрофик гингивитни вакуум массаж ва Траумель дори воситаси билан биргаликда комплекс қўллашнинг юқори самарага эга эканлиги исботланди, ушбу даволаш комплексининг бемор болалар учун хавфсиз, асосан оғриқсиз, оддий, тез бажарилиши, кўп маълумотга эгалиги кўрсатиб берилди, шунингдек пародонт касалликларини диагностика қилишда ҳам экспресс усул сифатида муваффақиятли қўлланилиши мумкинлиги аниқланди.

4. Балоғат ёшидаги гипертрофик гингивитли болалар комплекс терапиясида вакуум массаж билан гомеопатик терапия ҳисобланган Траумель-С дори воситасининг биргаликда қўлланилиши даволаш самарасини ишонарли даражада оширди, беморлар реабилитациясини тезлаштирди, ҳамда 82% ҳолатда турғун ремиссияга эришиш имкониятини берди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 ПО  
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ БУХАРСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**  

---

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**САИДОВА НИЛУФАР АХРОРОВА**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ПОДРОСТКОВ**

**14.00.21 – Стоматология**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**БУХАРА – 2021**

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2019.2.PhD/Tib961.

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (русском, узбекском, английском (резюме)) размещён на веб-странице ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) и на Информационно-образовательном портале "Ziyonet" по адресу ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Научный консультант**

**Камилов Хайдар Пазирович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты**

**Копецкий Игорь Сергеевич**  
доктор медицинских наук, профессор  
(Российская Федерация)

**Шукурова Умида Абдурасуловна**  
доктор медицинских наук, доцент

**Ведущая организация**

**Санкт-Петербургский Государственный  
Университет (Российская Федерация)**

Защита диссертации состоится «26» ИЮЛЯ 2021 г. в 14<sup>00</sup> часов на заседании Научного совета DSc/PhD..04/30.12.2019, Tib.93.01 при Бухарском Государственном Медицинском институте. Адрес: 200118, г.Бухара, улица А.Наваи, 1. Тел.: (+998 65) 223-00-50;тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru).)

С диссертацией (PhD) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского Государственного Медицинского института (зарегистрирована за № 027). Адрес: 200118, г.Бухара, улица А.Наваи, 1. Тел.: (+998 65) 223-00-50;тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru).)

Автореферат диссертации разослан «13» ИЮЛЯ 2021 года.  
(реестр протокола рассылки № 21 от «13» ИЮЛЯ 2021 года).



*[Handwritten signature]*

**А.Ш.Иноятов**

Председатель научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

*[Handwritten signature]*

**Д.Н.Ачилова**

Учёный секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам

*[Handwritten signature]*

**Н.А.Нуралиев**

Председателя научного семинара при Научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Несмотря на проведенные многочисленные исследования, как у нас в стране, так и за рубежом, этиология и патогенез заболеваний пародонта остается до конца невыясненными. Значительное увеличение в настоящее время распространенности заболеваний пародонта, поражающего от 20 до 60% населения привлекают внимание к этой серьезной проблеме практической стоматологии. «...за последние 15 лет учеными всего мира проведена огромная работа по изучению этиопатогенеза, распространенности, интенсивности течения гингивитов и предложены разные методики лечения данного заболевания»<sup>1</sup>. Но в итоге окончательно не установлены, какие факторы способствуют развитию данного заболевания, а какие играют доминирующую роль в патогенезе гипертрофического гингивита. Поэтому, несмотря на большое количество исследований, посвященное вопросам этиопатогенеза гингивитов, дополнительным методом исследования данной патологии не выработана «...более того, существуют определенные противоречия в интерпретации результатов исследований»<sup>2</sup>.

На сегодняшний день в мире много научных исследований посвящено вопросам этиологии, патогенеза, профилактики и лечения хронических гингивитов. Вместе с этим, анализ зарубежной литературы показал, что больные, обследованные в различных группах, указали разные причины и в связи с этим, нет возможности полного излечения данной патологии. «...Ряд выполненных научных работ показано, что патогенез заболеваний пародонта определенное значение может иметь так называемая перекрестная иммунная реакция, так как на слизистой оболочке полости рта и в кишечнике имеется бактериальная флора, и антитела, вырабатываемые на ее присутствие, могут по ошибке атаковать эпителиальные клетки слизистой оболочки из-за сходства их антигенные структуры с таковой у некоторых бактерий»<sup>3</sup>. Актуальность этиопатогенеза гипертрофического гингивита, недостаточный уровень научных исследований, большое количество больных, страдающих этим явлением, теоретическое и практическое значение проведения дальнейших исследований по этой проблеме определили выбор тематики данной диссертационной работы.

В нашей стране выполняются широкомасштабные мероприятия по развитию системы медицинской области, в частности, по уменьшению стоматологических заболеваний и их осложнений, а также по оказанию квалифицированной медицинской помощи больным с данной патологией, и

---

<sup>1</sup> Габдрахманова М.Г., Цинеккер Д.А. Профилактика и лечение гипертрофического гингивита у подростков // III Российская научно-практическая конференция «Профилактика стоматологических заболеваний и гигиена полости рта». – Казань, 2010. – С. 206-209.

<sup>2</sup> M. Igic, L. Kesic, V. Lekovic [et al.] // Chronic gingivitis: the prevalence of periodontopathogens and therapy efficiency/ Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. — 2012. — Vol. 31, № 8. — P.1911—1915.

<sup>3</sup> Тахирова К.А. Современные подходы к диагностике и лечению генерализованного пародонтита средней степени тяжести // Автореф. дисс. ... к-та мед. наук. – Ташкент, 2019. – 25 с.

определены следующие задачи «...повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи, поддержку здорового образа жизни и профилактику заболеваний, в том числе путем формирования системы медицинской стандартизации, внедрения высокотехнологичных методов диагностики и лечения, эффективных моделей патронажа и диспансеризации...». Эти задачи определяют приоритетные направления для проведения углубленных научных исследований, таких как, поднятие на новый уровень оказания современной медицинской помощи, диагностики и лечения осложнений стоматологических заболеваний среди населения, использование современных технологий при оказании качественной медицинской помощи.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан № ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы Государственного управления сферой здравоохранения», № ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путём дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документах, касающихся деятельности в данном направлении.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан: VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Отечественными и зарубежными авторами установлено, что начальные изменения в тканях пародонта часто наблюдаются уже в школьном возрасте. Согласно данным ВОЗ, 80% детей в разных странах страдают заболеваниями пародонта; из них 90% детей в возрасте 12 лет имеют гингивит. Отмечено, что с возрастом тяжесть патологического процесса в тканях пародонта нарастает (Гударьян А.А., 2003; Старикова И.В. и соавт., 2014; Nishimura F. et al., 2005; Marchetti E. et al., 2012; Lamster I.V. et al., 2014; Петрухина Н.Б., 2017).

Изменения гормонального статуса организма (эндокринные заболевания, период полового созревания, беременность, менопауза) лежат в основе хронической воспалительной реакции тканей десны, сопровождающейся новообразованием клеток и внутриклеточных структур. С увеличением количества циркулирующих в тканях половых гормонов резко возрастает влияние микрофлоры зубной бляшки на десну, что и приводит к развитию гингивита. Гормоны создают хорошую питательную



среду для бактерий зубного налёта и угнетают функции иммунных клеток: Т-хелперов, макрофагов, В-лимфоцитов (Кулаков А.А. с соавт., 2011; Зорина О.А. с соавт., 2011; Dosseva- Panova V.T. et al., 2014).

По сравнению с интактным пародонтом значительно снижена стойкость капилляров. При гипертрофическом гингивите время образования гематомы составляет  $14,87 \pm 1,31\%$  секунды, что существенно ниже, чем при интактном пародонте. Выраженное снижение стойкости капилляров при гипертрофическом гингивите связано с образованием богатой сосудами грануляционной ткани. (Slotwinska S.M., 2012; Baltacioglu E. et al., 2014;).

В связи с этим важно изучить особенности клинических проявлений, оценить наличие и степень выраженности клинической симптоматики у больных гипертрофическим гингивитом, выяснить патогенетическое и прогностическое значение поражения эндотелия и возможность коррекции эндотелиальных нарушений (Янушевич О.О. с соавт., 2015; Liu Z. et al., 2014; Ogawa H. et al., 2014).

Несмотря на достаточно большой арсенал современных медикаментозных, хирургических, физиотерапевтических и других методов лечения повсеместно отмечается увеличение заболеваемости на популяционном уровне. Обращаемость по поводу заболеваний пародонта в структуре обращений за стоматологической помощью находится на уровне 10-11%, занимая 2 место после обращаемости по поводу кариеса и его осложнений (Haffajee A.D. et al., 2008; Corraini P. et al., 2012).

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационная работа выполнена в Бухарском государственном медицинском институте на основании плана научно-исследовательских работ №02.2020PhD.028 «Разработка новых подходов ранней диагностики, лечения и профилактики предпатологических и патологических состояний организма в условиях жаркого климата Бухарского региона (2017-2021 гг)».

**Целью исследования.** Изучить клинико-функциональных особенностей гипертрофического гингивита у подростков и оценка эффективности комплексного лечения.

**Задачи исследования:**

провести ретроспективный анализ частоты встречаемости и степени тяжести гипертрофического гингивита у подростков на примере Бухарской области;

провести клинико-лабораторную оценку показателей системы гемостаза у больных с гипертрофическим гингивитом;

оценить эффективность проводимой комплексной терапии у подростков гипертрофическим гингивитом.

совершенствования комплексной терапии больных гипертрофическим гингивитом;

**Объектом исследования** взяты проспективные данные 115 больных и ретроспективные данные 224 больных с гипертрофическим гингивитом, проходящих лечение в стоматологической клинике при БухГосМИ за период 2018-2020 гг., а также 14 здоровых людей.

**Предмет исследования** составили ткани пародонта и биологические материалы (ротовая жидкость, венозная кровь и сыворотка) для биохимического и иммунологического обследования.

**Методы исследования.** С целью выполнения поставленных задач использованы клинические, клинико-функциональные, биохимические, проспективные, ретроспективные и статистические методы исследования.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

по результатам ретроспективного исследования показано наличие более тяжелой степени воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта с одновременным увеличением числа сопутствующих соматических заболеваний у подростков, что способствует формированию полиморбидности;

доказано, что одним из причин нарушений микроциркуляции у больных с гипертрофическим гингивитом является эндотелиальная дисфункция и функциональные изменения в морфологии тромбоцитов;

на основе результатов клинико-лабораторных и диагностических исследований проведена оценка эффективности использования комплексной терапии у подростков гипертрофическим гингивитом. После проведенного лечения отмечено улучшение состояния тканей пародонта, улучшение показателей системы гемостаза и купирование дисфункции эндотелиальных клеток сосудов;

разработаны алгоритмы обследования и комплексного лечения гипертрофического гингивита у подростков. Установлена необходимость повышения осведомленности врачей-стоматологов терапевтического и парадонтологического профиля о клиническом значении метаболического фона пациентов с заболеваниями пародонта и особенностях лечебной тактики.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

результаты проведенного исследования позволили расширить современные представления о патогенезе гипертрофического гингивита у подростков, с определением роли местных факторов, усугубляющих течение гипертрофического гингивита;

реализация разработанных и обоснованных в ней методологических подходов к изучению клинико-функциональных особенностей гипертрофического гингивита у подростков, с применением критериев объективного обследования, статуса гипертрофии, определения гемостазиологического статуса позволила определить особенности течения данной патологии;

выявленные нарушения в стоматологическом и метаболическом статусе у обследуемых лиц позволить разработать пути профилактики различных осложнений.

**Достоверность результатов исследования** подтверждается примененными в работе подходами и методами, соответствием теоретических данных с полученными результатами, методической правильностью проведенных исследований, достаточностью количества больных, обработкой с помощью методов статистической проверки, а также сравнением результатов исследования с международными и отечественными данными, подтверждением уполномоченными структурами вынесенного заключения и полученных результатов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Выявлены общие патогенетические факторы в развитии воспалительных процессов в тканях пародонте у подростков. Раскрыты особенности патогенеза метаболических нарушений у больных гипертрофическим гингивитом. Выявленные нарушения в стоматологическом и метаболическом статусе у обследуемых лиц позволить разработать пути профилактики различных осложнений.

Практическая значимость диссертации состоит в рекомендации усовершенствованного комплексного метода лечения клинко-биохимических нарушений, выявленных у больных подростках, а также лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта.

**Внедрение результатов исследования:** На основе научных результатов, полученных по диагностике, клинко-биохимической характеристике, лечению и профилактике воспалительных заболеваний пародонта:

Утверждена методическая рекомендация на тему «Способ комплексной терапии гипертрофического гингивита у подростков» (Заключение Министерства здравоохранения № 8н-д/250 от 22.12.2020 года.) Данные методические рекомендации позволили доказать эффективность комплексного лечения гипертрофического гингивита.

Утверждена методическая рекомендация на тему «Лечебно-диагностический алгоритм гипертрофического гингивита» (Заключение Министерства здравоохранения № 8н-д/250 от 22.12.2020 года). Данные методические рекомендации позволили получить возможность ранней диагностики гипертрофического гингивита.

Научные результаты, полученные по разработке диагностики, клинко-биохимической характеристике, лечению и профилактике гипертрофического гингивита, внедрены в практику здравоохранения, в частности в практику Бухарской областной детской стоматологической поликлиники и Бухарской областной стоматологической поликлиники (Заключение Министерства здравоохранения № 8н-з/10 от 08.01.2021 года). Внедренные результаты повысят качество медицинской помощи, путем

применения новых методов диагностики и лечения создадут возможность для экономической эффективности за счет снижения осложнений болезни, улучшения качества жизни больных и сокращения сроков амбулаторного лечения больных.

**Апробация результатов исследования.** Результаты настоящего исследования обсуждены на 2 международных и 1 республиканских научно-практических конференциях.

**Опубликованность результатов исследований.** По теме диссертации опубликовано всего 21 научных работ, в том числе 9 журнальных статей, из них 8 опубликованы в республиканских журналах и 1 в зарубежных журналах, они рекомендованы Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для популяризации основных научных результатов диссертации доктора философии.

**Структура и объем диссертации.** Структура диссертации состоит из введения, четырех глав, заключения и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 110 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Введение** содержит обоснование актуальности и востребованности работы, четко сформулированные цель и задачи исследования, характеристику объекта и предмета исследования, данные соответствия исследования приоритетным направлениям развития науки, научной новизны и практической значимости результатов работы, сведения о внедрении результатов исследования в практику и об опубликованных по теме статьях и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Совершенствование комплексного лечения гипертрофического гингивита у подростков**» анализируются самые современные научные достижения отечественных и зарубежных ученых в области стоматологии, освещаются литературные основные данные по концепциям этиопатогенеза, клиническая характеристика гипертрофического гингивита у подростков и обзор современных методов лечения гипертрофического гингивита, приводятся проблемы, требующие решения на государственном и местном уровне.

Во второй главе диссертации «**Материал и методы исследования к диагностике и лечению гипертрофического гингивита у подростков**» изложены данные детального клинического обследования 115 больных, обратившихся за лечением в Бухарский государственный медицинский институт. Научное исследование проведено в следующих направлениях: изучение клинико-функциональных и биохимических показателей пародонта в диагностике гипертрофического гингивита у подростков; проведен клинический сравнительный анализ эффективности традиционного и усовершенствованного способов комплексного лечения гипертрофического гингивита.

В соответствии с целью и задачами исследования при подборе пациентов были определены следующие критерии включения: мужской и женский пол, возраст 12-18 лет, письменное информированное согласие пациента на участие в исследовании. Критериями исключения из исследования стали патологические состояния, сопровождающиеся выраженной сердечно-сосудистой заболеваниями, сахарный диабет, бронхиальная астма, болезни почек, онкологические заболевания.

Определялись пародонта-маргинально-альвеолярный индекс (РМА), индекс кровоточивости (ИК) по Н.Р. Muhlemann (1971) в модификации I. Cowell (1975).

Стойкость капилляров слизистой оболочки десны с помощью пробы В.М. Кулаженко (1960).

Состояние иммунной резистентности ротовой полости оценивали с помощью цитологических методов (определение содержания клеточных элементов в десневой жидкости ложного парадонтального кармана)

Оценки поглотительной активности нейтрофильных лейкоцитов вычислением фагоцитарного числа при индукции фагоцитоза частицами латекса, а также теста спонтанного восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест).

Нами было проведено клинико-лабораторное исследование состояния пародонта. Обследование пациентов проводилось до лечения, непосредственно после лечения и в отдаленные сроки через месяц.

В зависимости от проводимых лечебно-профилактических мероприятий все пациенты были разделены на 4 группы:

Пациенты 1-й группы (n=30) получали только традиционное лечение

1) Антисептическая обработка полости рта и промывание межзубных промежутков растворами 3% перекиси водорода, 0,06% р-р хлоргексидина, 0,02% р-р фурацилина.

2) Под местно аппликационной анестезией гелю Топекса или лидаксора было произведена повторная антисептическая обработка.

3) Проведена антимикробная, местно противовоспалительная и противоотечная терапия с помощью 0,5% хлорофиллипт, метрогил дентой в виде мазей и пасты вводили в межзубные промежутки.

Пациенты 2-й группы (n=25) получали традиционное лечение и гомеопатическую терапию

1) Антисептическая обработка полости рта и промывание межзубных промежутков растворами 3% перекиси водорода, 0,06% р-р хлоргексидина, 0,02% р-р фурацилина.

2) Под местно аппликационной анестезией гелю Топекса или лидаксора было произведена повторная антисептическая обработка

3) Проведена антимикробная, местно противовоспалительная и противоотечная терапия с помощью 301,5мг Траумел в виде мазей и пасты вводили в межзубные промежутки.

Пациенты 3-й группы (n=25) получали традиционное лечение и вакуум массаж

1) Антисептическая обработка полости рта и промывание межзубных промежутков растворами 3% перекиси водорода, 0,06% р-р хлоргексидина, 0,02% р-р фурацилина.

2) Под местно аппликационной анестезией гелю Топекса или лидаксора было произведена повторная антисептическая обработка

3) Проведена антимикробная, местно противовоспалительная и противоотечная терапия с помощью 0,5% хлорофиллипт, метрогил дентой в виде мазей и пасты вводили в межзубные промежутки.

4) После снятия воспаления и отеки десны проводили вакуум массаж. Вакуум массаж терапия проводилась с помощью аппарата КАП-«Пародонтолог» с помощью манипулятора со сменным стеклянным наконечником. Рабочий торец устанавливается в области переходной складки до десны и удерживается на одном месте до образования гематомы в течение одного сеанса, длилась 1,5-2 минуты, на разных участках десен образуя 4-6 гематом.

Пациенты 4-й группы (n=35) получали традиционное лечение, местно гомеопатическую и вакуум массаж

1) Антисептическая обработка полости рта и промывание межзубных промежутков растворами 3% перекиси водорода, 0,06% р-р хлоргексидина, 0,02% р-р фурацилина.

2) Под местно аппликационной анестезией гелю Топекса или лидаксора было произведена повторная антисептическая обработка

3) Проведена антимикробная, местно противовоспалительная и противоотечная терапия с помощью 301,5мг Траумел в виде мазей и пасты вводили в межзубные промежутки.

4) После снятия воспаления и отеки десны проводили вакуум массаж. Вакуум массаж терапия проводилась с помощью аппарата КАП-«Пародонтолог» с помощью манипулятора со сменным стеклянным наконечником. Рабочий торец устанавливается в области переходной складки до десны и удерживается на одном месте до образования гематомы в течение одного сеанса, длилась 1,5-2 минуты, на разных участках десен образуя 4-6 гематом.

Кроме того, всем больным проводили устранение местных пародонтопатогенных факторов: пломбирование кариозных полостей, замену некачественных пломб, создание межзубных контактов; устранение травматических узлов и суперконтактов с целью создания множественных равномерных контактов между зубными рядами и устранения функциональной перегрузки тканей пародонта. Функциональное избирательное шлифовывание проводилось по методике Jankelson В. (1972) после устранения воспаления в тканях пародонта (Шемонаев В.И., Деревянченко Н.И., Малолеткова А.А., 2008; Дмитриева Л.А., 2013).

Статистическая обработка полученных результатов проведена методом вариационной статистики. Достоверность различий оценивали с помощью критерия Стьюдента в пределах достоверности 95% ( $p < 0,05$ ).

В третьей главе диссертации «Состояние клинико-лабораторных показателей гипертрофического гингивита у подростков» дана характеристика гипертрофического гингивита у подростков, клинические особенности их проявления, а также результаты проведенных исследований.

По результатам ретроспективной исследования анкет больных с ГГ установлено, что длительность заболевания при гипертрофического гингивита легкой степени составил в среднем  $13,8 \pm 0,8$  лет, при средней –  $16,4 \pm 0,5$  лет, а при тяжелой форме заболевания –  $17,8 \pm 0,2$  лет; средняя продолжительность периодов ремиссии –  $3,6 \pm 0,8$  месяцев.

Среди обследованных пациентов обратились за помощью впервые 35 (30,4%) человек, а остальные 80 (69,6%) человека лечились ранее и 1 раз в год обращались за помощью.

Наиболее частой причиной обращения к стоматологу было обострение процесса. При стоматологическом осмотре выявлено, что клинико-функциональная характеристика тканей пародонта у сравниваемых групп достоверно идентична. Больные жаловались на боль в области десен, кровотечения при чистке зубов, приеме твердой пищи, неприятный запах изо рта, гиперчувствительность от холодного и горячего (рис1.)

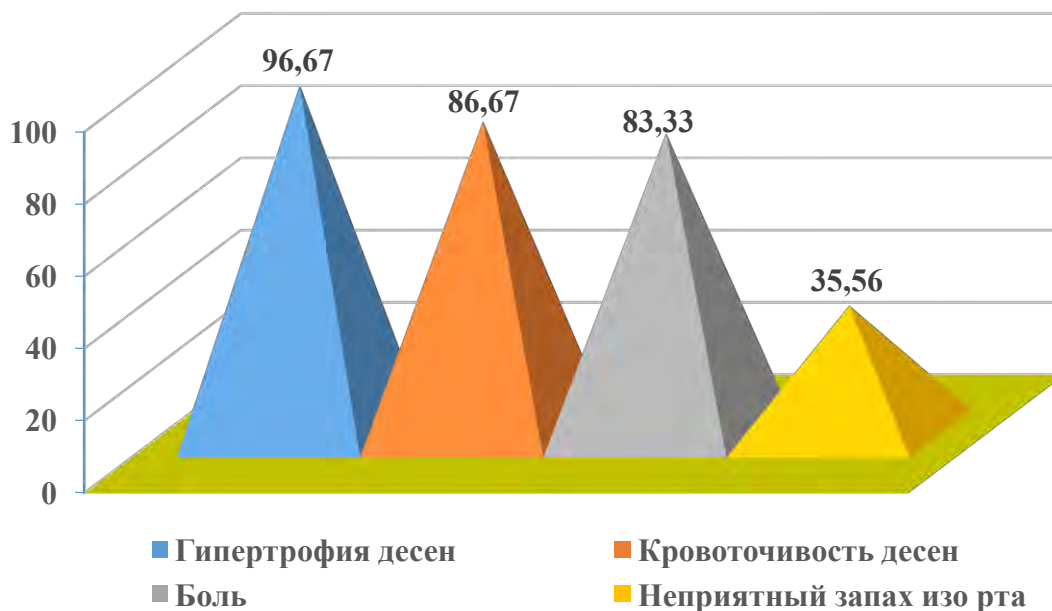


Рис 1. Клинико-функциональная характеристика тканей пародонта

При осмотре определялись застойная гиперемия межзубной, маргинальной и альвеолярной части десны, плотная разрастания десен, кровоточивость десен, ложные карманы. При рентгенологическом исследовании межзубные промежутки в пределах нормы.

При проведении эпидемиологических исследований у подростков в возрасте 13–15 лет интактный пародонт выявлен в 61,9%, в остальных случаях имели место те или иные виды патологии. ГГ диагностирован нами в 11,3% (11,7±2,4% мальчики, 11,1±2,2% девочки).

Функциональное исследование стойкости капилляров десны к дозированному вакууму с помощью пробы Кулаженко показало, что до лечения время образования гематом во всех группах было сходно и в среднем составляло 18,3±1,03 секунд во фронтальном отделе и 24,0±1,25 в боковом. Это соответствует литературным данным (Н.В.Курякина, 2007, Л. М. Цепов, 2007, Л. А Дмитриева, 2009,) и свидетельствует о повышении проницаемости капилляров вследствие выраженного воспалительного процесса в пародонте.

**Таблица 1**

**Показатели вакуумной диагностики Кулаженко у больных ГГ**

Показатели	Здоровые лица (контроль) (n=20)	1-я группа (n=25)	2-я группа (n=25)	3-я группа (n=20)	4-я группа (n=20)
Во фронтальном отделе (мкмоль/л)	46,7±4,33	18,8±0,88	17,8±0,88	19,1±1,44	18,4±1,44
В боковом отделе (сек)	62,4±1,2	22,3±0,01	24,1±0,01	24,2±0,02	25,1±0,02

Примечание: \* – различия относительно группы сравнения значимы P<0,05

Полученные данные свидетельствуют, что у обследуемых больных происходит угнетение антикоагулянтной активности эндотелия сосудистой стенки. У больных ГГ происходит статистически значимое по сравнению с клинически здоровыми донорами добровольцами снижение активности антитромбина III в крови до и, в большей степени, после окклюзионного теста, а также уменьшение индекса антикоагулянтной активности эндотелия сосудистой стенки. Так, активность антитромбина III в крови до и после манжеточной пробы, индекс антикоагулянтной активности эндотелия сосудистой стенки статистически значимо уменьшается (табл. 2).



Таблица 2

**Показатели антикоагулянтной активности эндотелия сосудов у  
больных ГГ**

Показатели	Здоровые лица (контроль) (n=20)	ГГ n=115
Антитромбин III до манжеточной пробы, %	87,8±5,71	81,9±2,81*
Антитромбин III после манжеточной пробы, %	109.2±7,58	98,4±5,91*
Индекс антикоагулянтной активности эндотелия, усл. ед.	1,27±0,13	1,12±0,11

Примечание: \* – различия относительно группы сравнения значимы P<0,05

В ходе сравнительного анализа установлено, что у больных ГГ активность антитромбина III в крови до и, особенно, после окклюзионного теста, а также индекс антикоагулянтной активности эндотелия сосудистой стенки статистически значимо ниже по сравнению со здоровыми лицами. Это свидетельствует о том, что у больных нарушается выброс антитромбина III эндотелием сосудов. Следовательно, при ГГ нарушается антикоагулянтная активность эндотелия сосудистой стенки, что проявляется снижением эндотелиальной секреции антитромбина III.

При оценке фибринолитической активности эндотелия сосудистой стенки установлено, что у больных ГГ, происходит статистически значимое по сравнению с клинически здоровыми донорами-добровольцами увеличение времени Хагеман-зависимого фибринолиза до и, особенно, после манжеточной пробы. При этом, в сравнительных группах отмечено снижение индекса фибринолитической активности эндотелия сосудистой стенки (табл. 3), что отражает уменьшение выделения эндотелиоцитами тканевого активатора плазминогена и/или повышение продукции ингибитора активатора плазминогена.

Различия индекса фибринолитической активности эндотелия сосудистой стенки у обследуемых лиц выражено не одинаково и время Хагеман-зависимого фибринолиза до и после манжеточной пробы статистически значимо больше у лиц с патологией, что свидетельствует о более выраженном угнетении фибринолитической активности и связано более значительным нарушением баланса выброса тканевого активатора плазминогена и его ингибитора эндотелиоцитами. Следовательно, при ГГ фибринолитическая активность эндотелия сосудов выше, чем у здоровых лиц.

Таблица-3

**Показатели фибринолитической активности эндотелия сосудов у больных ГГ**

Показатели	Здоровые лица (контроль) (n=20)	ГГ n=115
X11a-зависимый фибринолиз до манжеточной пробы, с	565,8±10,91	691,6±13,5*
X11a-зависимый фибринолиз после манжеточной пробы, с	364,9±10,21	481,7±8,78*
Индекс фибринолитической активности эндотелия, усл. ед.	1,49±0,11	1,39±0,15

Примечание: \* – различия относительно группы сравнения значимы P<0,05

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что при ГГ происходят изменения фибринолитической активности эндотелия сосудистой стенки, которые проявляются снижением индуцированного выброса тканевого активатора плазминогена и/или повышением выделения его ингибитора. Полученные данные позволяют заключить, что у больных с ГГ происходят значительные нарушения тромборезистентности сосудистой стенки, которые проявляются изменением антикоагулянтных и фибринолитических свойств эндотелия. При этом преобладают нарушения как антикоагулянтной, так фибринолитической активности эндотелия сосудов по сравнению со здоровыми лицами (табл. 4).

Для оценки эндотелиальной дисфункции проводилось изучение концентрации в сыворотки крови гомоцистеина и эндотелина I у больных ГГ.

Таблица 4

**Показатели гомоцистеина и эндотелина-1 в крови у больных ГГ**

Показатели	Здоровые лица (контроль) (n=20)	ГГ n=115
Концентрация гомоцистеина, мкмоль/л	10,8±0,88	18,2±1,44*
Концентрация эндотелина I, ммоль/мл	0,30±0,01	0,34±0,02

Примечание: \* – различия относительно группы сравнения значимы P<0,05

В результате проведенных исследований установлено, что при ГГ происходит статистически значимое по сравнению с клинически здоровыми донорами-добровольцами увеличение содержание гомоцистеина в сыворотке

крови (табл.3.5). При этом, у обследуемых больных концентрация гомоцистеина и эндотелина I в сыворотке крови статистически значимо выше по сравнению со здоровыми лицами. Таким образом, установлено, что при ГГ, в отличие от здоровых лиц, происходит увеличение содержания в сыворотке крови не только гомоцистеина, но и эндотелина I. Полученные данные позволяют заключить, что у больных с ГГ происходят значительные нарушения тромборезистентности сосудистой стенки, которые проявляются изменением антикоагулянтных и фибринолитических свойств эндотелия. Также установлено, что при данной патологии происходит увеличение содержания в сыворотке крови не только гомоцистеина, но и эндотелина I.

В четвертой главе диссертации **«Разработка и оценка эффективности комплексного лечения гипертрофического гингивита у подростков»** разработано и оценено эффективность комплексной терапии у подростков гипертрофическим гингивитом, дано изменение клинико-функциональных показателей и состояние эндотелия сосудов и морфологии тромбоцитов при лечении гипертрофического гингивита у подростков на фоне лечения.

Для клинической оценки эффективности комплексной терапии пациентов с ГГ проводили осмотр пациентов до и после лечения, изучая жалобы пациентов и сравнивая данные объективного обследования в динамике.

После лечения пациенты во всех группах отмечали хорошую переносимость проводимой терапии, серьезных побочных реакций не было. Все пациенты (100%) отмечали улучшение состояния пародонта: значительное снижение болезненности, отека и кровоточивости десен, исчезновение неприятного запаха изо рта, появление уверенности при накусывании. При осмотре через 14 дней после лечения слизистая оболочка бледно-розового цвета, плотно прилегала к зубу, поддесневые и наддесневые камни или зубные отложения отсутствовали, кровоточивости нет, зубы устойчивы.

Сравнительный анализ характера жалоб у пациентов исследуемых групп после лечения показал снижение степени гипертрофии десен и кровоточивости. Непосредственно после лечения в основной группе жалобы отсутствовали у 92,0% пациентов, в контрольных группах отсутствие кровоточивости десен и уменьшение их в объеме отметили 72,8%; 78,3%; 80,2% пациентов соответственно.

При сравнительном анализе индекса РМА, индекса кровоточивости десневой борозды по Muhlemann-Cowell, определение стойкости капилляров слизистой оболочки десны (проба В.М. Кулаженко), во всех исследуемых группах наблюдалось улучшение данных показателей (табл.5)

Таблица 5

**Динамика изменений величин индексных показателей состояния пародонта до и после лечения у пациентов с гипертрофическим гингивитом (M±m)**

Группа	Срок наблюдения	Пародонтальные индексы	
		РМА (%)	ИК (усл. ед.)
1-я группа	до лечения	34,74±0,45	1,42±0,08
	после лечения	26,20±1,0*	1,18±0,04*
	через 1 мес	37,26±0,93*	1,72±0,05*
2-я группа	до лечения	33,52±0,38	1,48±0,09
	после лечения	22,35±0,46*	0,84±0,07*
	через 1 мес	29,41±0,53*	1,54±0,08*
3-я группа	до лечения	34,72±0,16	1,44±0,09
	после лечения	22,35±0,24*	0,78±0,07*
	через 1 мес	26,85±0,45*	1,54±0,08*
4-я группа	до лечения	34,47±0,95	1,38±0,08
	после лечения	16,20±1,0*	0,52±0,04*
	через 1 мес	17,26±0,93*	0,64±0,05*

Примечание: \* - различия относительно данных до лечения значимы (\*\*\*) - P<0,001)

Как видно из представленных в табл. 6 данных, способность применение вакуум массажа с гомеопатической терапии уменьшать уровни воспалительных процессов оказалась значительно выше, чем остальные методы лечение.

После консервативного лечения величина вакуумной пробы увеличилась как во фронтальном, так и в боковом отделе в 1ой группе в 1,5 раза, в 3ой группе в 2,2 раза, в основной 4ой группе - в 2,7 раза. Это объясняется повышением стойкости капилляров десны под действием препарата «Траумел С», которая нормализует работу микроциркуляторного русла, улучшает обменные процессы и тканевое дыхание (табл.6.)

Для оценки функционального состояния эндотелия сосудов в динамике комплексной терапии проводили изучение изменений показателей клинических проявлений микроциркуляторных расстройств, антикоагулянтных и фибринолитических свойств эндотелия сосудистой стенки, а также концентрации маркеров эндотелиальной дисфункции у мужчин и женщин с генерализованным пародонтитом средней степени тяжести до и после лечения.

Таблица 6

**Динамика изменений стойкости капилляров до и после лечения у пациентов с гипертрофическим гингивитом (M±m)**

Группа	Срок наблюдения	Проба Кулаженко (сек.)	
		Во фронтальном	В боковом отделе
1-я группа	до лечения	18,8±0,88	22,3±0,01
	после лечения	44,2±0,12*	58,4±0,27*
	через 1 мес	40,2±2,30*	38,6±2,37*
2-я группа	до лечения	17,8±0,88	24,1±0,01
	после лечения	45,9±3,12*	59,4±0,27*
	через 1 мес	42,6±2,30*	48,6±1,65*
3-я группа	до лечения	19,1±1,44	24,2±0,02
	после лечения	46,7±2,25*	64,8±1,47*
	через 1 мес	44,8±1,80*	49,6±2,08*
4-я группа	до лечения	18,4±1,44	25,1±0,02
	после лечения	48,7±2,33*	66,5±1,72*
	через 1 мес	46,2±1,22*	64,4±0,80*

Примечание: \* - различия относительно данных до лечения значимы (\*\*\* - P<0,001)

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у обследуемых лиц под влиянием комплексной терапии происходит повышение антикоагулянтной активности эндотелия сосудистой стенки. Это выражается в статистически значимом по сравнению с исходными значениями увеличении активности антитромбина III в крови до и после манжеточной пробы, а также индекса антикоагулянтной активности эндотелия сосудистой стенки (табл.7).

Следует отметить, что активность антитромбина III в крови до и после окклюзионного теста, а также величина индекса антикоагулянтной активности эндотелия сосудистой стенки у больных ГГ после проведенного традиционного лечения (1 группа) остаются статистически значимо ниже значений показателей до лечения (табл.7). Это свидетельствует о том, что под влиянием комплексной терапии с применением траумел+вакуумного массажа (4 группа) у обследуемых лиц не происходит полного восстановления выделения антитромбина III эндотелием сосудистой стенки и активности эндотелия сосудистой стенки.

Под влиянием комплексной терапии у больных ГГ происходит статистически значимое увеличение уровня антитромбина III в крови до и после манжеточной пробы, а также индекса антикоагулянтной активности эндотелия сосудистой стенки. Однако, показатели антикоагулянтной активности эндотелия сосудистой стенки у данного контингента больных

после проведенного лечения находятся в пределах вариабельности значений показателей до лечения (табл.8).

**Таблица 7**

**Показатели антикоагулянтной активности эндотелия сосудов у больных ГГ на фоне комплексной терапии**

Группа		1 группа (n=30)	2 группа (n=25)	3 группа (n=25)	4 группа (n=35)
Антитромбин III до манжеточной пробы, %	1	96,8 ± 5,71			
	2	80,9±2,81	80,9±2,81	80,9±2,81	80,9±2,81
	3	81,1±6,76*	84,2±4,56	89,9±5,64	93,5±8,09
Антитромбин III после манжеточной пробы, %	1	109,2 ± 7,58			
	2	98,4±5,91	98,4±5,91	98,4±5,91	98,4±5,91
	3	95,8±8,71*	98,5±7,66	102,2±8,46	108,8±10,9
Индекс антикоагулянтной активности эндотелия, усл. ед.	1	1,27±0,13			
	2	1,12±0,11	1,12±0,11	1,12±0,11	1,12±0,11
	3	1,15±0,09*	1,19±0,12	1,22±1,05	1,24±0,14

Примечание: \* – различия относительно до лечения значимы  $P < 0,05$  (1 – контрольная группа; 2 – до лечения; 3 – после лечения).

Таким образом, установлено, что комплексная терапия при ГГ вызывает у пациентов увеличение сниженной антикоагулянтной активности эндотелия сосудистой стенки. При этом проводимая терапия вызывает у обследуемых лиц полную нормализацию нарушенных антикоагулянтных свойств эндотелия, тогда как у больных 1 группы после традиционного лечения лишь частичное их восстановление.

В результате проведенных исследований установлено, комплексная терапия больных ГГ вызывает повышение фибринолитической активности эндотелия сосудистой стенки. Это проявляется статистически значимым снижением времени, Хагеман- зависимого фибринолиза как до, так и после манжеточной пробы, а также повышением индекса фибринолитической активности эндотелия сосудистой стенки (табл.8).

Таблица 8

**Показатели фибринолитической активности эндотелия сосудов у  
больных ГГ на фоне комплексной терапии**

Группа		1 группа (n=30)	2 группа (n=25)	3 группа (n=25)	4 группа (n=35)
XIIa-зависимый фибринолиз до манжеточной пробы, с	1	565,8 ± 10,91			
	2	691,6±13,5	691,6±13,5	691,6±13,5	691,6±13,5
	3	642,1± 5,8*	635,6±5,69	624,4±4,66	610,7±4,57
XIIa-зависимый фибринолиз после манжеточной пробы, с	1	364,9±10,21			
	2	481,7±8,78	481,7±8,78	481,7±8,78	481,7±8,78
	3	475,8±10,6	458,6±3,27	439,5±2,67	400,9±11,81
Индекс фибрино- литической актив- ности эндотелия, усл. ед.	1	1,49±0,11			
	2	1,39±0,15	1,39±0,15	1,39±0,15	1,39±0,15
	3	1,40±0,14	1,45±0,18	1,47±0,14	1,48±0,15

Примечание: \* – различия относительно до лечения значимы  $P < 0,05$  (1 – контрольная группа; 2 – до лечения; 3 – после лечения).

При этом индекс фибринолитической активности эндотелия сосудистой стенки остается статистически значимо ниже значений группы сравнения, что свидетельствует о не полном восстановлении у больных 4 группы под влиянием комплексной терапии баланса выделения эндотелиоцитами тканевого активатора плазминогена и его ингибитора. Однако, в отличие от традиционной терапии после проведенной комплексной терапии все показатели фибринолитической активности эндотелия сосудистой стенки находятся в пределах вариабельности значений группы сравнения (табл. 8).

Таким образом, под влиянием комплексной терапии у больных ГГ происходит снижение повышенной концентрации маркеров эндотелиальной дисфункции в сыворотке крови и полностью нормализует концентрации маркеров дисфункции эндотелия.

Комплексная терапия при ГГ более эффективно нормализует концентрации в сыворотке крови маркеров дисфункции эндотелия по сравнению с традиционной терапией.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

На основе проведенных исследований на тему: **«Совершенствование комплексного лечения гипертрофического гингивита у подростков»** сделаны следующие выводы:

1. Ретроспективный анализ исследования показал высокую распространённость гипертрофического гингивита среди подростков Бухарской области: 11,3 % больных гипертрофическим гингивитом среди детей в возрасте 13-15 лет и 38,1 % среди стоматологических болезней.

2. Клинико-лабораторная оценка показателей системы гемостаза у больных гипертрофическим гингивитом доказало наличие воспалительного процесса в тканях пародонта.

3. Метод вакуум-диагностики является безопасным для пациента, в основном безболезненным, простым, быстрым в исполнении, информативным, дает точные результаты и рекомендован использовать в клинической практике в качестве экспресс-метода диагностики заболеваний пародонта.

4. Применение гомеопатической терапии с вакуум массажем в комплексной терапии гипертрофического гингивита повысило качество лечения, ускорило реабилитацию больных и добились стабильной ремиссии в 82% случаев.



**SCIENTIFIC COUNCIL DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01  
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES  
AT THE BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

---

**BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

**SAIDOVA NILUFAR AKHROROVNA**

**IMPROVEMENT OF COMPLEX TREATMENT OF HYPERTROPHIC  
GINGIVITIS IN ADOLESCENTS**

**14.00.21-Dentistry**

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)  
ON MEDICAL SCIENCES**

**BUKHARA – 2021**

The theme of the doctor of philosophy (PhD) dissertation was registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in number B2019.2.PhD/Tib961.

The dissertation was made at the Bukhara State medical Institute.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website ([www.tsd.uz](http://www.tsd.uz)) and on the Information and Educational Portal «ZiyoNet» ([www.ziyo.net](http://www.ziyo.net)).

**Scientific supervisor**

**Kamilov Haydar Pozilovich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**Official opponents**

**Kopecky Igor Sergeevich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor  
(Russian Federation)

**Shukurova Umida Abdurasulovna**  
Doctor of Medical Sciences

**Leading organization**

**Saint Petersburg State University** (Russian Federation)

Defense will take place on «26» July 2021 at 14<sup>00</sup> at the meeting of Scientific Council DSc/PhD..04/30.12.2019 Tib.93.01 at the Bukhara State medical institute (address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone/fax: (+99865) 223-00-50; Phone: (+99865) 223-17-53, e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru).)

The dissertation can be reviewed at the Information Resource Center of the Bukhara State medical institute (registered number №027). (Address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone: (+99865) 223-00-50)

Abstract of dissertation sent out on «13» July 2021 year  
(mailing report №21 on «13» July 2021 year).



*[Handwritten signatures in blue ink]*

**A.Sh. Inoyatov**

Chairman of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

**D.N. Achilova**

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy

**N.A. Nuraliyev**

Chairman of the scientific seminar of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

## **INTRODUCTION (abstract of the doctor of philosophy dissertation)**

**The aim of research work.** To study the clinical and functional features of chronic hypertrophic gingivitis in adolescents and to evaluate the effectiveness of complex treatment.

**Research objectives are as follows:**

to conduct a retrospective analysis of the incidence and severity of hypertrophic gingivitis in adolescents using the example of the Bukhara region;

to conduct a clinical and laboratory assessment of the indicators of the hemostasis system in patients with hypertrophic gingivitis;

to study the state of biochemical parameters of blood in adolescents with generalized hypertrophic gingivitis;

improving the complex therapy of patients with chronic hypertrophic gingivitis;

to evaluate the effectiveness of the ongoing complex therapy in adolescents with hypertrophic gingivitis.

**The object of the research.** Prospective data of 115 patients and retrospective data of 224 patients with HH undergoing treatment at the BSMI clinic for the period 2018-2020, as well as 14 healthy people were taken.

**The subject** of the study was periodontal tissue and biological materials (oral fluid, venous blood and serum) for biochemical and immunological examination.

**Research methods.** In order to fulfill the assigned tasks, clinical, clinical-functional, biochemical, prospective, retrospective and statistical research methods were used.

**The scientific novelty of the research work is as follows:**

retrospective study showed the presence of a more severe degree of inflammatory and destructive periodontal diseases with a simultaneous increase in the number of concomitant somatic diseases in adolescents, which contributes to the formation of polymorbidity;

it has been proven that one of the causes of microcirculation disorders in patients with HH is endothelial dysfunction and functional changes in platelet morphology;

On the basis of the results of clinical, laboratory and diagnostic studies, the effectiveness of the use of complex therapy in adolescents with HH was evaluated.

After the treatment, there was an improvement in the condition of the periodontal tissues, an improvement in the hemostasis system and relief of the dysfunction of vascular endothelial cells;

Algorithms for examination and complex treatment of hypertrophic gingivitis in adolescents have been developed. The necessity of increasing the awareness of dentists of therapeutic and periodontal profile about the clinical significance of the metabolic background of patients with periodontal diseases and the peculiarities of treatment tactics has been established.

**Implementation of the research results are as follows:**

The results of the study made it possible to expand the modern understanding of the pathogenesis of hypertrophic gingivitis in adolescents, with the definition of the role of local factors that aggravate the course of hypertrophic gingivitis;

the implementation of the developed and substantiated methodological approaches to the study of the clinical and functional characteristics of chronic hypertrophic gingivitis in adolescents, using the criteria of objective examination, the status of hypertrophy, determination of the hemostasiological status allowed to determine the features of the course of this pathology;

the revealed disorders in the dental and metabolic status in the examined persons allow to develop ways of preventing various complications.

**The structure and volume of the dissertation.** The structure of the thesis consists of an introduction, four chapters, a conclusion and a bibliography. The volume of the thesis is 110 pages.

**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (Часть I; Part I)**

1. Саидова Н.А., Зойиров Т.Э. Особенности гипертрофического гингивита у подростков // Ўзбекистон тиббиёт журнали. – Тошкент, 2019. №3. С.83-85. (14.00.00; №8)
2. Камилов Х.П., Саидова Н.А. Клиническая оценка эффективности гомеопатических препаратов в комплексной терапии гипертрофического гингивита у подростков // Ўзбекистон тиббиёт журнали. – Тошкент, 2019. №4. С.17-19. (14.00.00; №8)
3. Камилов Х.П. Саидова Н.А. Курбонова.Н.И. Клиническое проявление гипертрофического гингивита у подростков // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2020. -№1 (29). С.37-39. (14.00.00; №22)
4. Камилов Х.П., Тахирова К.А., Саидова Н.А., Махмудова Н.З. Гипертрофический гингивит у подростков: особенности клинических проявлений, методы диагностики и лечения // Stomatologiya.Ташкент, 2020. №1 (78). С. 65-69. (14.00.00; №12)
5. Камилов Х.П., Саидова Н.А., Тахирова К.А., Махмудова Н.З. Изменения показателей местного иммунитета десны и ротовой полости при лечении гипертрофического гингивита у подростков // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2020. - №2 (30). – С. 382-386. (14.00.00; №22)
6. Саидова Н.А. Результаты комплексного лечения гипертрофического гингивита у подростков // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2020. -№4 (33). – С. 126-128. (14.00.00; №22)
7. Saidova N.A. Result of integrated treatment of hypertrophic gingivitis in adolescents // European journal of molecular & clinical medicine. - Volume 7, Issue 3, Autumn - 2020. - P.3749-3756. (14.00.00; Scopus)
8. Саидова Н.А., Саидова М.А. Гипертрофик гингивитни Ибн Сино таълимотига асосланган халқ таъобати усуллари билан даволаш // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2020. -№4 (32). – С. 575-578. (14.00.00; №22)
9. Kamilov H.P., Saidova N.A. , Takhirova.K.A., Makhmudova N.Z. Changes in indicators of local gum and immunity in the treatment of hypertrophic gingivitis in Adolescents // Журнал биомедицины и практики. специальный выпуск-2. – Ташкент, - 2020. - С. 828. (14.00.00; №24).

**II бўлим (Часть II; Part II)**

10. Саидова Н.А. Экспериментальная оценка клинической эффективности гомеопатического препарата “Траумель-С” в лечении гипертрофического гингивита // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2020. - №2 (30/2). – С. 231-233. (14.00.00; №22)

11. Хасанова Л.Э., Саидова Н.А. Разработка веб-программы для регистрации и учёта стоматологических пациентов в стоматологических поликлиниках // *Stomatologiya* –Ташкент, 2017.- №4. - С. 66-68.
12. Saidova N.A. Complex treatment of adolescent (juvenile) hypertrophic gingivitis with laser radiation and 8% chitosan ascorbate in Uzbekistan // *International journal of medicine, nature and life science. Great Britain*, 2018. - Vol.1. - No.1. June-Jule. - P.46-50.
13. Saidova N.A. Complex treatment of adolescent (juvenile) hypertrophic gingivitis with the help of Vector apparatus in Uzbekistan // *Austrian Journal of Technical and Natural Sciences. Vienna*, 2019. - N - 3-4. - P.8-10.
14. Kamilov K.P., Saidova N.A. Vascular changes in hypertrophic gingivitis in adolescents // *Austrian Journal of Technical and Natural Sciences. –Vienna*, 2020. N- 1-2. - P.3.
15. Саидова Н.А. Разработка веб-программы в практической стоматологии. // “Стоматологиянинг долзарб муаммолари” илмий амалий анжуман материаллари. – Бухоро, 2017. – С. 100-101.
16. Саидова Н.А. Использование вектор терапии для лечения гипертрофического гингивита у подростков // 1-я Научно-практическая конференция с международным участием. Актуальные вопросы в стоматологии. – Москва, 2018.
17. Камиллов Х.П., Саидова Н.А. Клиническое течение гипертрофического гингивита у подростков // Сборник постерных докладов 3-го научно-практического международного конгресса на тему: «Актуальные вопросы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». –Ташкент, 2019.
18. Kamilov K.P., Saidova N.A. Functional state of vessel endothelial cells in hypertrophic gingivitis in adolescents // *European journal of pharmaceutical and medical research. – 2020. -7(3). -P.122-125. Impact Factor-6.222.*
19. Камиллов Х.П. Саидова Н.А. Экспериментальные методы воспроизведения гингивита //Актуальные проблемы фундаментальной, клинической медицины и возможности дистанционного обучения. Материалы международной научно-практической онлайн конференции. Самарканд, 2020. – С. 58.
20. Камиллов Х.П. Саидова Н.А. Лечебно-диагностический алгоритм гипертрофического гингивита // *Методические рекомендации. – Ташкент, - 2020. – 23 с.*
21. Камиллов Х.П. Саидова Н.А. Способ комплексной терапии гипертрофического гингивита у подростков // *Методические рекомендации. – Ташкент, - 2020. – 17 с.*