

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАРНИ БЕРУВЧИ
DSc 04/30.04.2022. Tib. 93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

НАВРУЗОВА ЛОЛА ХАЛИМОВНА

ГИПЕРПАРАТИРЕОЗДА КАРИЕС ВА НОКАРИОЗ
КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК ВА ТАРКИБИЙ ЎЗГАРИШЛАРИ,
ПРОФИЛАКТИКА ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

14.00.21 - Стоматология

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ

Бухоро – 2023

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of the Doctor of Philosophy (PhD)

Наврузова Лола Халимовна

Гиперпаратиреозда кариес ва нокариоз касалликларининг клиник ва таркибий ўзгаришлари, профилактика ва даволаш усуллари..... 3

Наврузова Лола Халимовна

Клинические и структурные изменения кариеса и некариозных заболеваний при гиперпаратиреозе, методы профилактики и лечения..... 21

Navruzova Lola Khalimovna

Clinical and structural changes of caries and non-carious diseases in hyperparathyroidism, methods of prevention and treatment 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works 42

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАРНИ БЕРУВЧИ
DSc 04/30.04.2022. Tib. 93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

НАВРУЗОВА ЛОЛА ХАЛИМОВНА

**ГИПЕРПАРАТИРЕОЗДА КАРИЕС ВА НОКАРИОЗ
КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК ВА ТАРКИБИЙ ЎЗГАРИШЛАРИ,
ПРОФИЛАКТИКА ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ**

14.00.21 - Стоматология

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

Бухоро – 2023

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2020.3PhD/Tib1439 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.bsmi.uz) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар

Ирсалиев Хуснитдин Ибрагимович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар

Олимов Сиддиқ Шарифович
тиббиёт фанлари доктори

Муртазаев Саидазим Саидазамович
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот

Санкт-Петербург давлат университети
(Россия Федерацияси)

Диссертация химояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2023 йил «__» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А. Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел./факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; Веб сайт: www.bsmi.uz, e-mail: buhmi@mail.ru).

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№__ рақам билан рўйхатга олинган) (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А. Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел./факс: (+99865) 223-00-50; Веб сайт: www.bsmi.uz, e-mail: buhmi@mail.ru).

Диссертация автореферати 2023 йил «__» _____ куни тарқатилган.

(2023 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

А.Ш. Иноятов

илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Н.Н. Казакова

илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD), доцент

Б.З. Хамдамов

илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Бутун жаҳон олимлари тадқиқотларида паратиреоид безлари дисфункциясининг гиперпаратиреоз (ГПТ) шаклида кечиши 90-95 % ҳолатда спорадик ва атиги 5% ҳолатда ирсий хусусиятга эга эканлиги исботланган. «...Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ, 2018) маълумотига кўра 3 % дан ортиқ ҳолатда гиперкальциемия паратиреоид безлари томонидан ишлаб чиқариладиган паратиреоид гормони (ПТГ) нинг ҳаддан ташқари кўп ишлаб чиқарилганлиги (гиперпаратиреоз – ГПТ) сабабли намоён бўлиб бунда ГПТнинг оғир шакли катта ёшдаги аҳоли орасида 67 %, енгил кечувчи шакли 33% ташкил этади...»¹

Ўтказилган эпидемиологик тадқиқотларга кўра Ғарбий Европа ва Шимолий Америкада ГПТ кенг тарқалган касаллик бўлиб қандли диабет ва қалқонсимон без патологиясидан кейинги учинчи ўринни эгаллайди ҳамда аҳолининг 1 % ни ташкил қилиб, 55 ёшдан ошган аҳоли орасида касаллик 2 % ташкил этади (2019). Эркак ва аёл орасидаги нисбат 1:3 ни кўрсатади [6-12]. Европалик тадқиқотчилар кариес ва нокариоз касалликларнинг этиопатогенетик омилини 30-40 % гиперпаратиреоз билан боғлайди². Маълумки, паратиреоид безларида паратгормоннинг ҳаддан кўп ишлаб чиқарилиши кальций ва фосфат тузларининг суяк матриксидан чиқишини тезлаштирганлиги сабабли плазмадаги кальцийнинг ошиши, буйракдаги кальций реобсорбциясининг кучайиши, буйракдаги D3 витамин метаболити -1,25-дигидроксиголекалциферол (калцитриол)нинг кўпайишига олиб келади ва бу муаммо кенг далил исботга эга. Аммо гиперпаратиреоз билан азият чеккан аҳолидаги кариес ва нокариоз касалликларнинг ривожланиш муаммолари очиклигича турибди ҳамда чуқур таҳлил қилишни талаб этади. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимида ташхислаш, даволаш ва профилактик тадбирларни оптималлаштириш, назарий ва амалий тиббиётни бирлаштириб уларни жаҳон стандартларига яқинлаштириб тақдим этилаётган илмий иш айна муддао бўлиб хизмат қилади.

Мамлакатимиз аҳолисига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш, шунингдек, аҳоли орасида учрайдиган стоматологик касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш сифатини оширишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада 2022-2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистон тараққиёт стратегиясининг етита устувор йўналишига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...бирламчи тиббий санитария хизматида аҳолига малакали хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш...»³ каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифаларни амалга оширишда, жумладан гиперпаратиреозда кариес ва нокариоз касалликларининг клиник ва таркибий ўзгаришлар, олдини олиш ва

¹ Clarke BL, Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism, in Parathyroid Disorders 2019, Karger Publishers P.13-22

² Problems of Endocrinology. 2021;67(4):94-124. doi: <https://doi.org/10.14341/probl12801>

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистон тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони

даволаш усулларини ўрганишга қаратилган тадқиқотни амалга ошириш стоматологик хизматларни сифатини яхшилашга хизмат қилади.

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «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 ва 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида»ги Фармонлари, 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон «Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича кўшимча чора тадбирлар тўғрисида» ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ 4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда муайян даражада хизмат қилган.

Тадқиқотнинг республика фан ва техника ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот Ўзбекистон Республикаси фан ва техника тараққиётининг – VI "Тиббиёт ва фармакология" устувор йўналиши доирасида бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Кариес ва нокариоз жараёнларнинг ривожланишида, тишлардаги косметологик муаммоларнинг ечимида оғиз бўшлиғида турли хилдаги нуқсонлар, оғиз бўшлиғи гигиенасининг аҳамияти ва реставрацион материални танлашда беморларнинг ёши, ирқи, турмуш шароити ва овқатланиш хусусиятига астойдил эътибор қаратилган ҳолда танланиши лозимлигини Dr. Marselle M. (2017) таъкидлайди. Mamaladze M. ва ҳаммуал. (2016) ҳар бир бемор ҳақида батафсил маълумотга эга бўлиш учун махсус сўровнома ишлаб чиқди, ушбу сўровнома кариес ва нокариоз жараёнларнинг ривожланиши ҳамда тарқалишини ёшга боғлиқликланини исботлади. Текширув натижасида тишнинг бўйин қисмида нокариоз касаллик (эрозия, патологик едирилиш, абфракция) 50-70 ёшда энг кўп тарқалганлиги аниқланди. Aleksandra Zuza ва ҳаммуал. (2019) ҳам ўз тадқиқотида Сербия Республикаси миқёсида тиш қаттиқ тўқимаси нокариоз касаллигининг ёшга нисбатан тарқалишини ўрганди ва улар орасида боғлиқлик топа олмади, аммо касаллик 10-25 ёшли гуруҳда энг кам тарқалганлигини аниқлади. Шунингдек, кузатув кекса ёшдаги беморларда нокариоз ҳолат соматик патология ва баъзи омиллар таъсирига боғлиқлиги исботланди. Andréa Cristina Barbosa da Silva (2015) ортодонтик даволаш босқичини таҳлил қилиб “ушбу даволашда кўп афзалликлар мавжуд, жумладан тишни соғлигини, вазифалари, ташқи кўринишини тиклаш ҳамда ўз ишини юқори баҳолаш”, аммо уларни ортодонтик восита орқали даволанган вақтда тишга тўғри парвариш қилинмаслик ножўя асоратларга олиб келишини уқтириб ўтган. Nascimento M.M. (2016) ўз тадқиқотида ижобий натижага эришиш мақсадида мурожаат қилган беморга даволашдан кейинги асоратлар эҳтимолини батафсил тушунтириш ва шу орқали уни даволанишга тайёрлаш зарурлигини

таъкидлайди. Тиш эмалининг деминерализацияси, кариес, пародонт тўқимасининг механик жароҳатланиши, эмалдаги ёриқлар, эрозия, патологик едирилиш, илдиз резорбцияси, пульпанинг никель ва латексга нисбатан алергик реакцияси ривожланиши мумкин бўлган интраорал асоратлар жумласидандир (Gordan V.V., 2016). Қатор тадқиқотчилар кариес ва нокариоз касалликларни даволашда нотўғри ишлатилган реставрация воситаси, брекетларнинг нотекис юзалари, лента, симларини қўллаш натижасида оғиз бўшлиғидаги ўз-ўзини тозаловчи табиий механизмнинг чекланиши, мушаклари ва сўлак ажралиши фаолиятининг бузилишига олиб келишини қайд этган (Telles D., 2016; Pikdoken L., 2017), олинмайдиган ортодонтик воситанинг ўрнатилиши тишларда ретенцион чуқурчалар доғларнинг пайдо бўлиши ва тиш тозалаш жараёнининг қийинлашувига олиб келади (Ichim I.P., 2013), бу ҳолат кариес касаллигини ҳосил бўлиш хавфини оширишни кучайтиради (Francisconi L.F., 2016).

Ўзбекистон Республикасида кариес ва нокариоз тиш касаллиги клиник кечишининг эпидемиологияси ва хусусияти Байбеков М.И., Ирсалиев Ҳ.И. (2012) илмий тадқиқотларида, тишнинг таркибий ўзгариши ривожланишидаги иммунологик хусусиятлари Раҳманов Ҳ.Ш. ва ҳаммуал. (2013), ирсий ва генетик омиллар таъсири Мамедова Е.О. илмий ишларида (2018), гиперпаратиреозда суяк структураси зарарланиб тиш деформациясининг шаклланиши Хусинова А.А. ва Хайдарова Д.С. (2017) тадқиқотларида чуқур таҳлил қилинган.

Ҳозирги кунда кариес ва нокариоз касалликларида тиш ҳолатининг клиник кўринишида ва оғиз бўшлиғи чуқур ўрганилган, аммо гиперпаратиреоз касаллигида патогенези, тиш ва оғиз бўшлиғидаги патоморфологик ўзгариш, қиёсий ташхислаш ва даволашга нисбатан ёндашув тамойиллари ҳали ҳануз ёритилмаган. Бундай беморларда қиёсий ташхислаш алгоритмини яратиш ва тишни қайта тиклашда реставрацион ашё танлаш мунозарали бўлмоқда. Юқорида санаб ўтилган мавзунинг ўрганилмаган жиҳатлари ушбу илмий тадқиқотни олиб боришга туртки бўлди.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институтининг илмий-тадқиқот ишлари 5.2021 PhD.117-сон режасига «COVID-19 дан кейинги даврда Бухоро вилояти аҳолиси саломатлигига таъсир этувчи патологик омилларни эрта аниқлаш, даволаш ва олдини олишнинг янги усулларини ишлаб чиқиш (2022-2026 йиллар)» мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқот мақсади: Гиперпаратиреозда, тишларнинг кариес ва нокариоз касалликларида клиник ва таркибий ўзгаришларини ўрганиш, олдини олиш ва даволашни такомиллаштириш.

Тадқиқотнинг вазифалари:

паратиреозид безларнинг гиперфункциясида оғиз бўшлиғи аъзоларининг клиник ўзгаришларини ўрганиш;

гиперпаратиреозда паратгормон, жинсий гормонлар ва баъзи электролитлар миқдорининг ўзгариши, кариес ва нокариоз касаллиги ривожланиши билан боғлиқлигини таҳлил қилиш;

паратиреоид безларнинг гиперфункциясида тишнинг эмаль, дентин ва цементдаги таркибий ўзгаришларини ўрганиш;

гиперпаратиреозда тиш қаттиқ тўқимасини минерализациясини ошириш мақсадида профилактика ва даволаш усулларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти сифатида асосий гуруҳни ташкил этган 58 нафар гиперпаратиреоз билан хасталанган ва назорат гуруҳини ташкил этган 30 нафар гиперпаратиреози бўлмаган, аммо кариес ва нокариоз тиш касаллиги билан мурожаат қилган беморлар ўрганилган.

Тадқиқотнинг предметини веноз қон, тиш қаттиқ тўқималари (эмаль, дентин, цемент) ташкил қилган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот вазифасини бажариш мақсадида клиник, стоматологик, морфологик, инструментал текширувлар натижалари ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк маротаба кенг қамровли клиник, стоматологик, морфологик, биокимёвий таҳлиллар асосида паратиреоид безлар дисфункцияси тишларнинг таркибий (кариес ва нокариоз) зарарланишига олиб келиши асосланган;

паратиреоид безлар дисфункциясида паратгормон миқдори беморларнинг ёши, қондаги фолликулестимулловчи гормон (ФСГ) ва кальций миқдори билан корреляцион боғлиқлик мавжудлиги ўрганилган;

гиперпаратиреозда тиш қаттиқ тўқимаси: эмальнинг зарарланиши, эмаль резистентлигининг пасайиши, пародонтдаги патологик ўзгаришлар, дентин найчаларининг бўшашига олиб келганлиги кузатилган;

паратиреоид без дисфункцияси сабабли ривожланган кариес ва нокариоз тиш касалликларининг олдини олиш ва даволашнинг янги усуллари ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

клиник, стоматологик, морфологик, инструментал таҳлиллар асосида гиперпаратиреозда кариес ва нокариоз касалликлар ривожланишининг этиопатогенетик хусусиятлари аниқланган;

етарлича узоқ динамик кузатувга асосланиб паратиреоид безлар гиперфункцияси билан боғлиқ тишлар деструкциясининг ўзига хос хусусияти ва аниқ клиник мезонлари белгиланган;

мавжуд дастурларнинг таҳлили стоматолог, эндокринолог ва умумий амалиёт шифокорлари учун паратиреоид безлар гиперфункцияси сабабли ривожланган тишнинг структур ўзгаришини ташхислаш алгоритминини яратишга имкон берган;

Стоматологик даволаш ва профилактик усулларнинг яратилиши гиперпаратиреозда оғиз бўшлиғидаги тиш қаттиқ тўқималарининг зарарланиши, кариес ва нокариоз касалликлар асоратларини камайтириши илмий жиҳатдан асосланди ва фойдаланиш учун илмий марказлар ва стационарлар, амбулатор текширувлар учун таклиф қилинган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот жараёнида замонавий усул ва ёндашувнинг қўлланилганлиги, назарий маълумотларнинг олинган натижа билан мослиги, олиб борилган текширувнинг услубий

жихатдан тўғрилиги, бемор сонининг етарлилиги, кенг қамровли клиник, стоматологик, морфологик, биокимёвий ва статистик тадқиқот усулларига асосланганлиги, касаллик ривожланишини кўп омилли таҳлиллаш, тадқиқотнинг халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққосланганлигини тасдиқлайди. Олинган натижалар далилларга асосланган тиббиёт мезонлари билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти гиперпаратиреозда кариес ва нокариоз касалликлар ривожланиши, клиник хусусияти, этиопатогенетик омиллари, даволаш ва олдини олиш, илмий-тадқиқот марказларига олинган натижаларни тадбиқ этиш ва кенг қўламда амалиётга жорий этиш борасидаги назарий билимларни кенгайтиришдан иборат.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти яратилган ташхислаш алгоритми, гиперпаратиреоз касаллигида ривожланувчи кариоз ва нокариоз касалликда илк маротаба қўлланилган даволаш ва олдини олиш усулларини кенг миқёсда амалиётга тадбиқ этиш имконияти яратилган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Паратиреоид безлар дисфункцияси сабабли ривожланган гиперпаратиреозда кариес ва нокариоз касалликларда тишнинг клиник ва таркибий зарарланиш белгиларини ўрганиш бўйича олинган илмий натижалар асосида услубий тавсияномалар тасдиқланди: "Способ диагностики клинических и структурных изменений зубов при дисфункции паращитовидных желез" (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 23.09.2022 йилдаги 8н-з/1020-сонли маълумотномаси). Тадқиқот натижаси касалликни комплекс ташхислаш, даво ва профилактик тадбирни эрта қўллаш ҳамда асоратларнинг олдини олиш имконини берган.

Ўтказилган тадқиқот натижалари Бухоро вилояти Бухоро туман тиббиёт бирлашмаси ва Вобкент туман тиббиёт бирлашмаси амалиётга жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 12.10.2022 йилдаги 8н-з/548-сонли хулосаси). Олинган натижаларнинг амалиётга тадбиқ этилиши касалликни эрта ташхислаш, этиопатогенетик даво муолажасини танлаш, касаллик давомийлигини қисқартириш, даволаш самарадорлигини ошириш ва гиперпаратиреозда кариес ва нокариоз касалликларни камайтиришга олиб келган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси Илмий тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий анжуман, жумладан 2 та халқаро ва 4 та республика миқёсидаги семинар, илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 24 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижасини чоп этиш тавсия этилган нашрларда 8 та мақола, жумладан 4 таси республика ва 4 таси хорижий журналларда нашр этилган; 2 та ЭҲМ дастур.

Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши. Диссертация кириш, 4 боб, хулоса ва маълумотномалар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 118 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида бажарилган тадқиқотлар долзарблиги ва зарурати, тадқиқот мақсади, вазифалари, шунингдек тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялари устувор йўналишларига мувофиқлигини, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари ўз ифодасини топган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти кўрсатилган, натижаларнинг тиббиёт амалиётига татбиқ қилиниши, чоп этилган илмий ишлар ва диссертациянинг таркибий тузилиши тўғрисида маълумотлар келтирилган.

Диссертация ишининг **“Гиперпаратиреозда кариес ва нокариоз касалликларнинг таркибий ўзгаришларига замонавий кўриниши”** деб номланган биринчи бобда адабиётларнинг таҳлилий шарҳи олиб борилган, бу ерда қалқонсимон олди безларининг физиологик, функционал ва анатомик ўзига хосликлари, улар ажратадиган паратгормоннинг ўрни ва унинг кальций ва фосфор алмашинувига таъсири тўғрисида ҳозирги тушунчани тавсифловчи адабиётларнинг аналитик шарҳи берилган. Чет эллик тадқиқотчилар томонидан ишлаб чиқилган турли хил назариялар кўрсатилган, нокариес тиш касалликларини замонавий таснифлари кўрсатилган, клиник жиҳатлари кўриб чиқилган. Организмнинг кариес ва нокариес тиш касалликларига чидамлилигини таъминлаш усуллари ва гиперпаратиреоз билан оғриган беморларда уларнинг олдини олиш ва даволашга замонавий ёндашувлар кўп муаллифлар томонидан расмий мисоллар билан кўрсатилган.

“Материалларнинг клиник тавсифи ва беморларни текшириш усуллари” деб номланган иккинчи бобда клиник материалнинг умумий тавсифи берилган ва олинган натижаларни ўрганиш ва таҳлил қилиш учун ўтказилган усуллар таърифланган. Жами 88 нафар беморда стоматологик тадқиқот ўтказилган, иш Бухоро вилояти эндокринология диспансери, вилоят диагностика маркази, Бухоро давлат тиббиёт институтига қарашли стоматология илмий-амалий маркази, Тўрақулов номидаги республика ихтисослаштирилган илмий – амалий эндокринология тиббиёт маркази (РИИАЭТМ) эндохирургия бўлими беморларини клиник, стоматологик, лаборатор, рентгенологик, морфологик текшириш натижаларига асосланган.

Ўрганилганлар 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ таққослаш гуруҳи ҳисобланган паратиреозид безлар патологияси бўлмаган турли тиш касалликлари билан оғриган 30 нафар (34,1%) бемордан иборат бўлган; 2-гуруҳ гиперпаратиреоз билан оғриган асосий деб ҳисобланган кариес ва нокариес тиш касалликлари билан касалланган 58 (65,9%) бемордан иборат эди. Беморларнинг ёши 10 ёшдан 80 ёшгача бўлиб, уларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши 1 ва 2-жадвалларда кўрсатилган. Стоматологик текширув оғиз бўшлиғини визуал кўрувдан бошланиб, юз териси ва шиллик пардаларга эътибор қаратилди, текширув жараёнида патологик тиш милк чўнтақлари зондлаш усулида текширилиб, гингивит ва пародонт патологияларининг бошқа белгилари (тишларнинг қимирлаши, клиник

чўнтакнинг чуқурлиги) мавжудлигини аниқлаш учун пародонтал индекс (PI) Rusel бўйича 8 баллик тизим асосида ҳисоблаб чиқилди.

1-жадвал

Беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

| Бемор жинси | Ёш (1-гурух) | | | | | | | | | | Жами | |
|-------------|--------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|------|------|
| | 10-20 | | 21-30 | | 31-40 | | 41-50 | | 50-80 | | | |
| | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % |
| Эркаклар | 3 | 10,0 | 4 | 13,3 | 6 | 20,0 | 2 | 6,7 | 1 | 3,3 | 16 | 53,3 |
| Аёллар | 2 | 6,7 | 2 | 6,7 | 8 | 26,7 | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | 14 | 46,7 |
| Жами | 5 | 16,7 | 6 | 20,0 | 14 | 46,7 | 3 | 10,0 | 2 | 6,7 | 30 | 100 |
| | Ёш (2-гурух) | | | | | | | | | | Жами | |
| | 10- 20 | | 21-30 | | 31-40 | | 41-50 | | 50-80 | | | |
| | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % |
| Эркаклар | 1 | 1,7 | 3 | 5,2 | 4 | 6,9 | 7 | 12,1 | 7 | 12,1 | 22 | 37,9 |
| Аёллар | 3 | 5,1 | 5 | 8,6 | 6 | 10,4 | 10 | 17,2 | 12 | 20,7 | 36 | 62,1 |
| Жами | 4 | 6,9 | 8 | 13,8 | 10 | 17,2 | 17 | 29,3 | 19 | 32,8 | 58 | 100 |

Гингивит аниқланганида унинг оғирлик даражасини Н.Р. Muhlemann усули бўйича тиш милк сўргичлари (милк) нинг қон кетиш индексини (РВІ – rapilla bleeding index) ўлчаш йўли билан аниқланди, милкдаги яллиғланиш жараёнини баҳолаш учун Массер усули (1948) папилляр-маргинал-альвеоляр индекс (ПМА), эмалнинг кариесга чидамлилиги ва унинг минераллашуви потенциали (ТЭР) тести, В.Р.Окушко, И.А.Луцкая, Л.И.Косарева методологияси (1984) бўйича баҳоланди. Green-Vermillion индекси (Green, Vermillion, 1964), (ОНИ-S) махсус бўёқлардан фойдаланмасдан, караш ва/ёки тиш тошлари билан қопланган тишнинг юзасини ўрганиш орқали баҳоланди. Қонни биокимёвий таҳлил қилиш учун беморларнинг веноз қони ишлатилиб (кальций, магний, фосфор) биокимёвий анализатор иш столида, соатига 100 та синов тезлигида текширилган. Фотометрик тадқиқотлар ўтказиш ISE модули билан лаборатория шароитида автоматик турдаги "MINDRAY BS-120" ва Windows-2000 операцион тизимида ўтказилган. Шунингдек, кариесни аниқлаш, тиш илдизи ва унинг атрофидаги суяк тўқималарининг ҳолатини баҳолаш учун интраорал рентген диагностикаси ўтказилди. Тиш қаттиқ тўқималарининг юзаси ва тишларнинг морфологияси сканер электрон микроскопи (СЭМ) орқали уларни олдиндан деминерализация қилмасдан тишларнинг уч ўлчовли ультраструктур таркибий ўзгариши ўрганилди.

Беморларда кариес ва эмаль ёриқларини мақсадли даволаш, олдини олиш «DENTA FLUO» препарати, эмаль ва дентинни чуқур фторлаш учун суяқликлар тўплами билан амалга оширилди, енгил ва ўртача даражадаги нокариес тиш касалликлари наногибрид «S-LIGHT» композит материали билан даволанди. «Dentals Pharma» (DENTALS PHARMA, ООО) Ўзбекистон Республикаси томонидан ишлаб чиқарилган,.

Оғир даражадаги нокариес касалликлари мавжуд бўлган беморлар, тиш қаторларини ортопедик қопламалар билан тиклаш учун ортопед стоматологга йўналтирилди.

Тадқиқот давомида олинган маълумотлар Microsoft Office Excel-2016 дастурий пакетидан фойдаланган ҳолда Pentium- IV шахсий компьютерида амалга оширилган, шу жумладан ўрнатилган статистик ишлов бериш функцияларидан фойдаланилган.

Диссертациянинг "**Гиперпаратиреозда турли хил кариес ва нокариоз тиш касалликлари**" деб номланган бобида муаллиф тадқиқотининг натижалари тасвирланган. Қиёсий гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $43,5 \pm 3,12$ ни ташкил этиб максимал 62 ёш, минимал 15 ёш, ўртача ёши 69 ёшни ташкил этди. Асосий гуруҳнинг ўртача ёши $46,8 \pm 2,2$ ни ташкил этиб, максимал 80 ёш, минимал 10 ёш, ўртача 62 ёшдан иборат. Бирламчи гиперпаратиреоз билан касалланган беморларнинг ўртача ёши $46,8 \pm 2,2$ ни ташкил қилиб, 10 ёшдан 80 ёшгача, иккиламчи гиперпаратиреоз билан касалланган беморларнинг ёши эса 18 ёшдан 75 ёшгача ўзгариб, ўртача $54,0 \pm 9,8$ ёшга тўғри келади. Ўртача ёш мос равишда 65,5 ва 60,5 ёшни ташкил этди. Шундай қилиб, оғиз бўшлиғининг маҳаллий зарарланиши қилинган билан маҳаллий шаклларнинг частотаси 21 (36,0%) ҳолат бўлиб чиқди, беморларнинг ўртача ёши $41,2 \pm 1,86$ ни ташкил қилиб, кўпинча гиперпаратиреознинг бирламчи шаклидан азият чекканлар. 29 (50,0%) бемор суяк гиперпаратиреозидан азият чеккан, шундан 26 (44,8%) бемор бирламчи гиперпаратиреозга учраган бўлиб, ўртача ёши $42,4 \pm 7,62$ гача, 3 (5,2%) бемор иккиламчи гиперпаратиреозга учраган (ўртача ёши $44,2 \pm 9,71$ гача). 7 (12,1%) бемор гиперпаратиреознинг аралаш шаклидан азият чеккан, 4 (6,9%) бемор эса бирламчи, ўртача ёши $34,0 \pm 9,41$ га, 3 (5,2%) бемор эса иккиламчи гиперпаратиреозга учраган, ўртача ёши $45,7 \pm 17,7$ га тенг. Бирламчи гиперпаратиреоз билан касалланган 1 (1,7%) беморда касалликнинг буйрак шакли мавжуд бўлиб, беморларнинг ёши 42,0 га тўғри келди.

Текширилган беморларнинг субъектив шикоятларининг частотаси қиёсий ва асосий гуруҳлар ўртасида сезиларли даражада фарқ қилди ($P < 0,001$), иккинчи гуруҳ беморларда тез-тез учраши қайд этилди. Асосий гуруҳда одонталгия 25 (43,1%), таъм бузилиши 6 (10,3%), ксеростомия 10 (17,29%), галитоз 15 (25,9%) ва тиш гиперестезияси 7 (12,1%) беморларда кузатилган. Шу билан бирга одонталгия бирламчи гиперпаратиреозда мос равишда 3,3 марта, галитоз 1,8 марта, иккиламчи гиперпаратиреозда эса тиш гиперестезияси 10 марта, ксеростомия бирламчи гиперпаратиреозга нисбатан иккиламчи гиперпаратиреозда 7,3 марта кўп кузатилган. Субъектив белгиларининг таҳлилларига кўра, гиперпаратиреоз аломатлари бўлмаган беморларнинг таҳлил натижасига қараганда, тиш тўқималарининг чуқур зарарланиши билан боғлиқ, гиперпаратироидизм клиникаси ривожланган беморларнинг тиш кариеси зарарланишлари, қонда паратгормон миқдорининг кўпайиши билан биргаликда кальций ва фосфор мувозанатининг бузилиши билан боғлиқ.

Оғиз бўшлиғини клиник ўрганишда тишлар ва пародонт тўқималаридаги деструктив ўзгаришлар, асосан 2-гуруҳда қайд этилган.

Худди шундай ўзгаришлар 22 (37,9%) да эмаль ёриқлари, 6 (10,3%) да тиш эрозияси, 11 (19,0%) да патологик едирилиш, 8 (13,8%) да понасимон нуқсон, 10 (17,2%) да тишлар анатомик шаклининг бузилиши, 8 (13,8%), 2 (3,5%) милк гиперемияси, 2 (3,5%) милкда шиш, 21 (36,2%) да аномалиялар ва 12 (20,7%) ҳолларда милк пролиферацияси кузатилди. Оғиз шиллиқ қавати рангининг ўзгариши асосий гуруҳдаги 28 (48,3%) беморларда, қиёсий гуруҳдаги беморларга, шунингдек, соғлом одамга хос бўлган оч пушти рангдан фарқи аниқланди. Асосий гуруҳдаги 18 (31,1%) беморларда тил сўрғичларининг атрофияси, 38 (65,5%) беморларда тилдаги карашлар, 22 (37,9%) беморларда тилдаги шишлар ва тилнинг латерал юзасида тишларнинг излари аниқланиб бу ўзгаришлар қиёслаш гуруҳидаги беморларда кузатилмади. Олинган натижалар паратироид гормони микдорининг камайиши кальций ва фосфор метаболизмининг бузилишига, тишларнинг таркибий ўзгаришларга олиб келиши мумкинлигини исботлайди, бу еса янада оғир оқибатларнинг олдини олиш билан эрта профилактик тадбирларни ишлаб чиқишни талаб қилади.

Қиёсий гуруҳдаги ўртача пародонтал индекс (ПИ) бали $3.2 \pm 0,06$ ни ташкил этиб, бунда милк эпителийси зарарланмаган ва патологик чўнтақлар аниқланмаганлигини ҳисобга олганимизда гингивитнинг клиникасига тўғри келди. Беморларнинг асосий гуруҳида ўртача балл $3,9 \pm 0,06$ ни ташкил этиб, бирламчи гиперпаратиреоз билан касалланган беморларники $3,9 \pm 0,06$ ни ташкил этди. Иккиламчи гиперпаратиреоз билан касалланган беморларда $4,0 \pm 0,06$ ни ташкил этиб, рентген таҳлилларда альвеола ўсимтасининг пластинкаларининг йўқолиши кузатилиши билан бирга, патологик чўнтақ белгиларининг борлиги аниқланди.

Қиёсий гуруҳдаги Muhlemann усули бўйича милкнинг қонаш кўрсаткичи (РВІ – papilla bleeding index) нинг ўртача даражаси $2.2 \pm 0,05$ ни ташкил этиб, кўпинча милк қирғоғи бўйлаб чизикли характердаги енгил қонаш кузатилган. Асосий гуруҳда РВІ ўртача $2,9 \pm 0,10$ м даража (4 баллик даража) ни ташкил этган бўлса, бирламчи гиперпаратиреоз билан оғриган беморларда ўртача $2,86 \pm 0,1$, касалликнинг иккиламчи шаклида эса $2,67 \pm 0,19$ даражани ташкил этган. Беморларнинг асосий гуруҳида тишлараро милк сўрғичининг қонаши ўртача даражада қайд этилди, шу билан бирга бирламчи гиперпаратиреоз билан касалланган 10 (17,1%) бемор 4 даражали РВІ аниқланиб, унда текширилгандан сўнг перфуз қон кетиши қайд этилди, зондлаганимизда тиш ва милк юзаси тез қон билан қопланди, аммо иккиламчи гиперпаратиреозда, кучли қонаш қайд этилмади.

1-гуруҳ беморларда милклардаги яллиғланиш даражаси (РМА индекси) ўртача $26,8 \pm 2,1$ % ни ташкил этиб, гингивитнинг ўрта даражали кечиши деб баҳоланиб бўлса, асосий, 2-гуруҳ беморларида эса $38,9 \pm 1,4$ ни ташкил этиб, милкнинг яллиғланиш жараёни оғир даражали деб баҳоланди ($P < 0.05$). Милк яллиғланишининг янада оғир кечиши иккиламчи гиперпаратиреозда кузатилиб, РМА индекси $41,0 \pm 2,11$ % ни ташкил этди ва бирламчи гиперпаратиреоз билан оғриган беморларда РМА индекси билан сезиларли фарқ топилмади.

Қиёсий гуруҳда Грин - Вермиллион оғиз гигиенаси кўрсаткичи (ОНИ-S) ўртача $2,2 \pm 0,1$ га, асосий гуруҳда $2,4 \pm 0,8$ га, бирламчи гиперпаратиреоз билан оғриган беморларда эса бу кийматлар $2,31 \pm m$ га, касалликнинг иккиламчи шакли бўлган беморларда $2,35 \pm m$ га тенг бўлган. Шунга қарамай, улар ўртасида деярли сезиларли фарқ йўқ эди. Грин - Вермиллион индекси (ОНИ-S) "юқори" деб баҳоланди ва паратироид беши дисфункцияси мавжуд бўлганда ҳам, тиш кариес касалликларида оғиз гигиенаси "қониқарсиз" бўлиб чиқди, бу эса алоҳида терапия, профилактика ва гигиенани талаб қилди.

Барча ўрганилган беморларда пародонтит борлиги пародонтал чўнтакларнинг мавжудлиги билан аниқланди. Шундай қилиб, 1-гуруҳда пародонтит борлиги, аниқланган пародонтал чўнтак чуқурлиги ўртача $3,2 \pm 0,4$ мм, 2 гуруҳда $4,0 \pm 0,73$ мм ни ташкил етиб, қиёсий гуруҳдан сезиларли даражада ошиб кетган ($P < 0.01$); шу билан бирга, бирламчи гиперпаратиреоз билан оғриган беморларда унинг чуқурлиги ўртача $3,9 \pm 0,28$ мм ни ташкил этган, иккиламчи формасида $4,2 \pm 0,7$ мм ни ташкил этган ҳолда, бир-биридан сезиларли фарқ қилган ($P < 0.05$). Олиб борилган тадқиқот шуни кўрсатдики, беморларнинг асосий гуруҳида, иккиламчи гиперпаратиреоз билан оғриган беморларга нисбатан пародонтал чўнтак ҳосил бўлиши, пародонтитнинг клиникаси оғирроқ бўлиб, бу пародонтал чўнтакнинг анча чуқурлиги билан тасдиқланган $4,2 \pm 0,7$. Оғиз бўшлиғининг қиёсий индекс баҳолаш кўрсаткичи 2-жадвалда ифодаланган (2-жадвал).

2-жадвал

Индекс баҳоларига кўра оғиз бўшлиғининг ҳолати

| Беморлар гуруҳи | 1- гуруҳ (n=30) | 2-гуруҳ (n=58) | | |
|-------------------------------------|--------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| | | умумий индекс | бирламчи гиперпаратир еоз | иккиламчи гиперпарати реоз |
| Индекс КПУ | $3,27 \pm 0,36$ | $13,2 \pm 0,71$ | $13,1 \pm 0,71$ | $14,0 \pm 0,68$ |
| Пародонтал индекс (PI) | $3,2 \pm 0,4$ | $3,8 \pm 0,24$ | $3,9 \pm 0,28$ | $4,0 \pm 0,73$ |
| PBI (Muhlemann) | $2,4 \pm 0,7$ | $2,9 \pm 0,1$ | $2,9 \pm 0,1$ | $3,3 \pm 0,3$ |
| PMAиндекси (%) | $26,8 \pm 2,1$ | $38,9 \pm 1,4^{***}$ | $39,0 \pm 1,52^{***}$ | $39,2 \pm 2,09^{***}$ |
| Грин-Вермиллиона индекси (ОНИ-S) | $2,2 \pm 0,1$ | $2,4 \pm 0,06$ | $2,4 \pm 0,08$ | $2,2 \pm 0,11$ |
| Тиш милк чўнтаги (мм) | $3,4 \pm 0,3$ | $3,9 \pm 0,2$ | $3,9 \pm 0,21$ | $4,2 \pm 0,7$ |

Эслатма: * - назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$);

Қиёсий гуруҳдаги беморларда тишларнинг 10% бўялганлиги билан барқарор кариесга резистентлик 10 (33,3%) нафар беморда, 12 (40,0%) беморда минимал кариесга резистентлик кузатилди ва 8 (26,7%) беморда кариесга резистентлик йўқлиги қайд этилди. Асосий гуруҳда барқарор тиш эмалининг кариесга резистентлиги деярли аниқланмаган, аммо 13 (22,4%)

беморда кариесга резистентлик пастлиги аниқланган бўлса, бирламчи гиперпаратиреоз билан оғриган беморларда иккиламчи гиперпаратиреозга қараганда 5,4 баравар кўплиги ($P<0,001$) аниқланган. Шундай қилиб, 2-гуруҳ беморларда 43 (74,1%) кариесга қаршилиқнинг йўқлиги таққослаш гуруҳидагига қараганда 2,8 баравар юқори ($P<0,01$), бирламчи гиперпаратиреоз билан оғриган беморларда бу иккиламчи гиперпаратиреозга қараганда деярли 10 баравар кўп ($P<0,001$). Олинган таҳлиллардан келиб чиқадики, тишларнинг тузилиши, хусусан, гиперпаратиреоз билан оғриган беморларда эмал қавати кариесга чидамлилиги камроқ, таққослаш гуруҳидагиларда бу кўрсаткич нисбатан юқори бўлиб чиқди (3-жадвал).

3-жадвал

Ўрганилган беморларда эмальнинг кариесга резистентлик ҳолати ва унинг минерализация потенциали

| Беморлар гуруҳи | 10% | | 40% | | 40-100% | | |
|-----------------|-----------|------|-----|------|---------|------|---------|
| | абс | % | абс | % | абс | % | |
| 1-гуруҳ (n=30) | 10 | 33,3 | 12 | 40,0 | 8 | 26,7 | |
| 2-гуруҳ (n=58) | бирламчи | 2 | 3,5 | 11 | 19,0*** | 39 | 67,2*** |
| | иккиламчи | 0 | 0,0 | 2 | 3,5 | 4 | 6,9** |

Эслатма: *- назорат гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар сезиларли (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$);

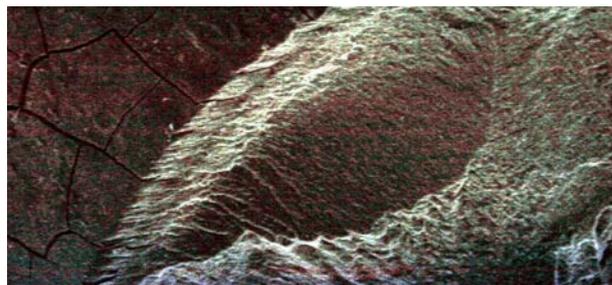
Тиш-жағ системасини рентгенологик текширишда қиёсий гуруҳдаги 3 (10%) беморда ва асосий гуруҳнинг 5 (8,6%) нафар беморида енгил пародонтит, 1-гуруҳ беморларда 1 (3,3%) гача ва 14 (24,1%) 2- гуруҳ, ўртача оғирликдаги пародонтит кузатилиб бунда тишлараро тўсиқнинг резорбцияси тиш илдизининг $\frac{1}{2}$ қисмини, 7 (12,1%) 2- гуруҳ беморларда беморида альвеоляр тўсиқнинг тўлиқ резорбцияси, асосий гуруҳнинг 10 (17,2%) нафарда периапикал соҳада деструктив жараён, пародонтал чўнтак чуқурлигининг кенгайиши ва альвеола суяк тўқимасининг вертикал деструкция жараёнлари аниқланди. Бу жараён 17 (29,3%) 2- гуруҳ беморларда ҳам аниқланди ва бир хил гуруҳдаги 31 (53,4%) беморларда тор ва чуқур (6-8 мм гача) грануляцияли пародонтал чўнтаклар мавжудлиги кузатилди. 16 (27,6%) ҳолатда пародонтал ва периапикал оқмалар пайдо бўлиши, 12 (20,2%) 2-гуруҳ беморларда сурункали грануляцион периодонтит, деструктив жараённинг аралаш формаси кузатилди, асосий гуруҳнинг 7 (12,1%) беморларда юқори ва пастки жағда кичик кисталар, 21 (36,2%) дентиклар ва илдиз каналларининг обтурацияси кузатилган.

Гиперпаратиреоз касаллигида эмал, дентин, тиш цементини сканер электрон микроскопда (СЭМ) кузатилганда кўплаб чуқур эмал ёриқлари аниқланди (расм. 1). Айрим соҳаларда эмал призмалари торайган, улар орасидаги призмалараро бўшлиқлар кўпайган (расм. 2). Бошқа соҳаларда эмал призмалар бир-биридан ажралган қалинлашган тўпламлар ҳосил қилиб, ёриқлар пайдо бўлишига сабаб бўлган. Бундай жойларда кўпинча

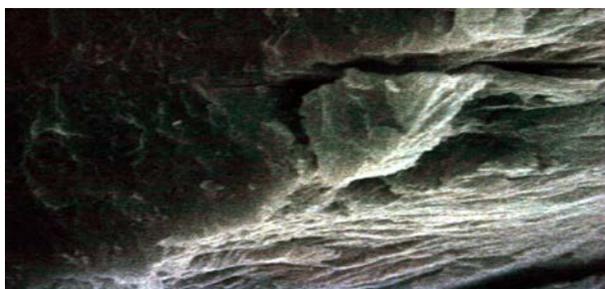
призмаларнинг бирлашиши ва бир хил нурларнинг шаклланиши қайд этилган (расм 3; 4).



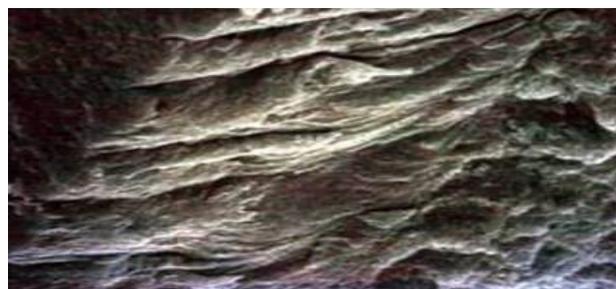
Расм. 1 Эмаль юзасида ёриқлар мавжудлиги. Гиперпаратиреоз СЭМ $\times 100$



Расм. 2 Эмаль призмаларининг юпқалашуши, бўшлиқларнинг кенгайиши. Гиперпаратиреоз СЭМ $\times 200$

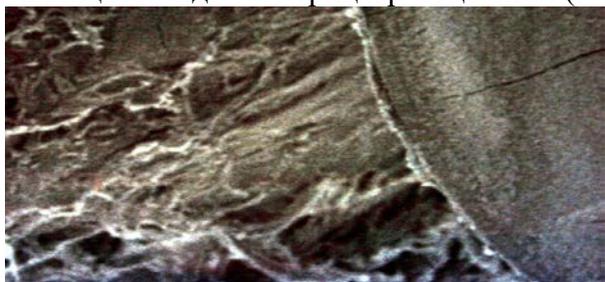


Расм. 3 Эмаль юзасидаги носимметрикликлар, призманинг юпқалашуви, бўшлиқнинг кенгайиши. Гиперпаратиреоз СЭМ $\times 800$



Расм. 4 Эмаль призмаларининг тўпламларда бирлашиши. Гиперпаратиреоз СЭМ $\times 800$

Эмаль юзасида кўплаб ёриқлар билан бир қаторда турли ўлчамдаги эрозия ва ўйиқчаларнинг турли хилдаги ўлчамлари қайд этилди (Расм. 5). Баъзи жойларда эмаль силлиқ юзасида саёз ёриқлар сақланган (Расм. 6).



Расм. 5 Эмаль призма нурларининг полиморфизми, эмаль сиртидаги ёриқлар ва эрозия. Гиперпаратиреоз СЭМ $\times 600$



Расм. 6 Эмаль сиртидаги эрозия тўпламлардаги эмаль призмаларининг бирлашиши, юзасидаги носимметрикликлар. Гиперпаратиреоз СЭМ $\times 1000$

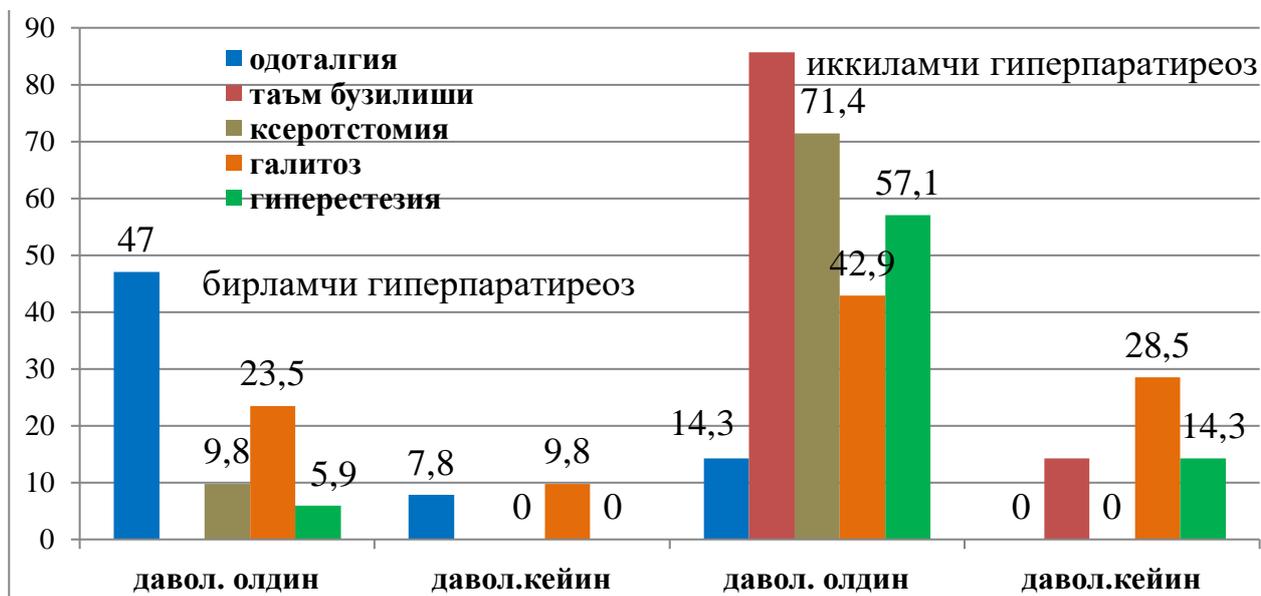
Дентин патологияси шаклидаги ўхшаш ва бошқа ўзгаришлар, толали шаклланиш қатламларининг қалинлашиши, дентин найчаларининг торайиши, улар узунликларининг турлича бўлиб, зич массалар билан тикилиши, айниқса дентин ва цемент чегарасида учраб, ушбу зоналарнинг айрим жойларида бузилишлар, баъзи бир дентин найчаларининг эгрилиги ва

уларнинг ичи торайиши аниқланган. Цементда толали модданинг кўполлашиши кузатилиб, бу дентин ва цемент чегарасида ҳам, цементнинг чуқур қисмларида ҳам намоён бўлди. Ушбу соҳаларнинг цемент юзасида детритни ифодаловчи кўп сонли дискрет зарралар аниқланди.

Ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, тиш қаттиқ тўқималарнинг деминерализациясига ва қондаги калций миқдорининг ошишига сабаб бўлувчи гиперпаратиреоз тиш қаттиқ тўқималари ультраструктурасининг сезиларли даражада бузилишига олиб келади.

Диссертациянинг **"Гиперпаратиреозда кариес ва нокариоз тиш касалликларини профилактика чоралари ва даволаш усуллари"** деб номланган тўртинчи бобида, гиперпаратиреозда тишларнинг эмал, дентин ва цементидаги таркибий ўзгаришларга терапевтик ёндашув тасвирланган. Кариеснинг доғ босқичини даволаш, иккиламчи кариес ривожланишининг олдини олиш, шунингдек, енгил ва ўртача босқичларда ёриқлар ва эрозиялар учун Dentals Pfarma МЧЖ томонидан ишлаб чиқарилган маҳаллий «Denta-Fluo», эмал ва дентинни чуқур фторлашда қўлланилди. Немис профессори А. Кнаррвост (2019) томонидан таклиф қилинган чуқур фторлаш массасининг аналоги Human -135 Chemie GmbH (Германия) томонидан ишлаб чиқарилган "Эмаль муҳрловчи ликвид" иккита, навбатма-навбат ишлатиладиган суюқлик ва суспензия шаклларида иборат.

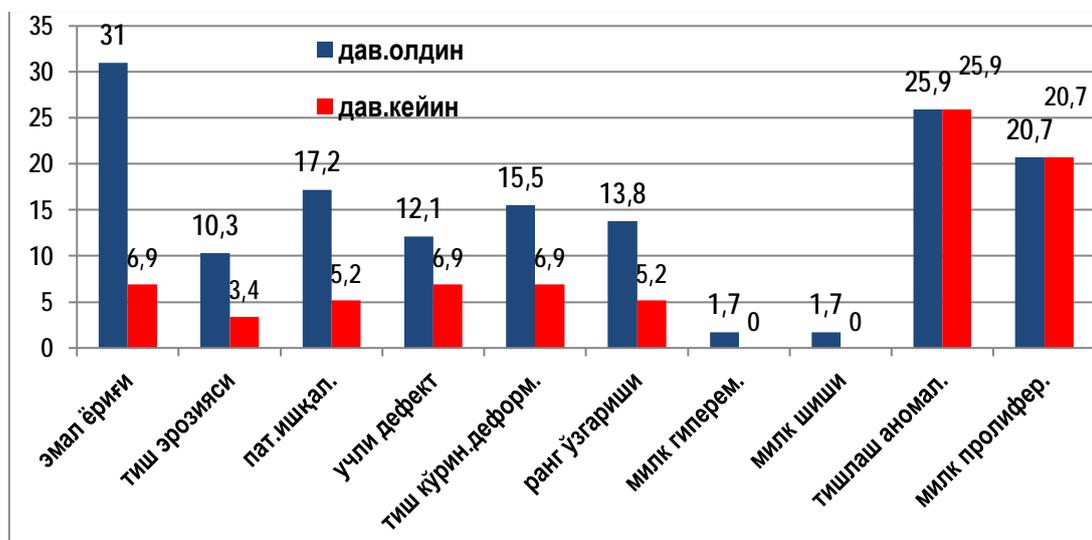
Препаратни асосий патологияни даволаш фонида қўллаш одонталгия ва галитозни 2,5 баравар пасайишида ижобий тенденцияни кўрсатди, бирламчи гиперпаратиреозли беморларда ксеростомия ва тишларнинг гиперестезияси бутунлай йўқолди. «Denta-Fluo» дан фойдалангандан кейин иккиламчи гиперпаратиреоз билан оғриган беморларда одонталгия ва ксеростомия аниқланмади, таъм бузилиши 6 мартага, гиперестезия 2 мартага камайди. Бироқ, галитознинг 1,5 баробарга камайиши ($P>0,05$), иккиламчи гастропатияни келтириб чиқарадиган ёндош касалликларнинг мавжудлиги натижасида бўлиб, қўшимча даво усуллари зарурияти борлиги, тишларнинг таркибий ўзгаришларига боғлиқлиги аниқланди (Расм. 7).



Расм 7. Гиперпаратиреозни даволашдан кейин симптомларнинг ўзгариши динамикаси

Таркибий ўзгаришларларнинг (енгил ва ўртача оғирлик даражасида), клиник ўзгаришларида ижобий таъсир олганда («Denta-Fluo» ёрдамида 10-15 кун), таркибий ўзгаришларнинг оғир даражаларида «S-LIGHT» наногибрид композит материаллари қўлланилди. "Dentals Pharma GmbH" (Германия, 2019) назорати остида халқаро сифат стандартига мувофиқ Dentals Pharma" (МЧЖ «DENTALS PHARMA» Ўзбекистон) компанияси томонидан ишлаб чиқарилган.

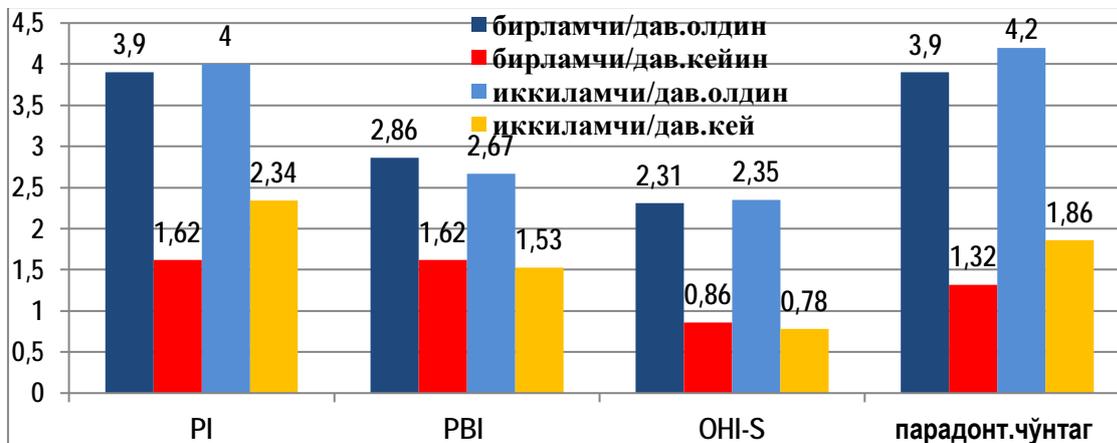
Шундай қилиб, эмал ёриқларининг камайиши 4,5 баравар, тиш эрозияси, патологик едирилиши 3 баравар, понасимон нуқсон, тиш шаклининг бузилиши, тиш рангининг 1,8 дан 2,7 мартагача ўзгариши кузатилди, даволаш динамикасида милк гиперемияси ва шишлар умуман аниқланмади, бу яна бир марта гиперпаратироидизм билан оғриган беморларда таркибий ўзгаришлар, тишлар учун танланган даволаш ҳақиқийлигини исботлади. Шу билан бирга, даволаш жараёнида тиш аномалиялари каби аломатлар ўзгаришсиз қолди ва шунинг учун беморлар тиш қаторларини қайта тиклаш учун ортопед стоматологга йўналтирилди. Иккиламчи гиперпаратиреоз билан оғриган беморларда нокариоз касалликларининг барча аломатлари йўқолди, фақат тиш аномалиялари даволашдан олдинги кўрсаткичлар билан кейинги ўзгаришлар солиштирилганда, нисбатан сезиларли фарқ қилмасдан 1,3 баравар камайди. Бироқ, олинган натижаларни талқинида биз шу нарсани ҳисобга олишимиз зарурки, иккиламчи гиперпаратироидизм билан касалланган беморлар сони камлиги сабабли олинган натижамиз бир хил бўлди. (Расм. 8).



Расм. 8 «S-LIGHT» қўлланилгандан кейин бирламчи гиперпаратиреозда клиник ўзгаришлар динамикаси

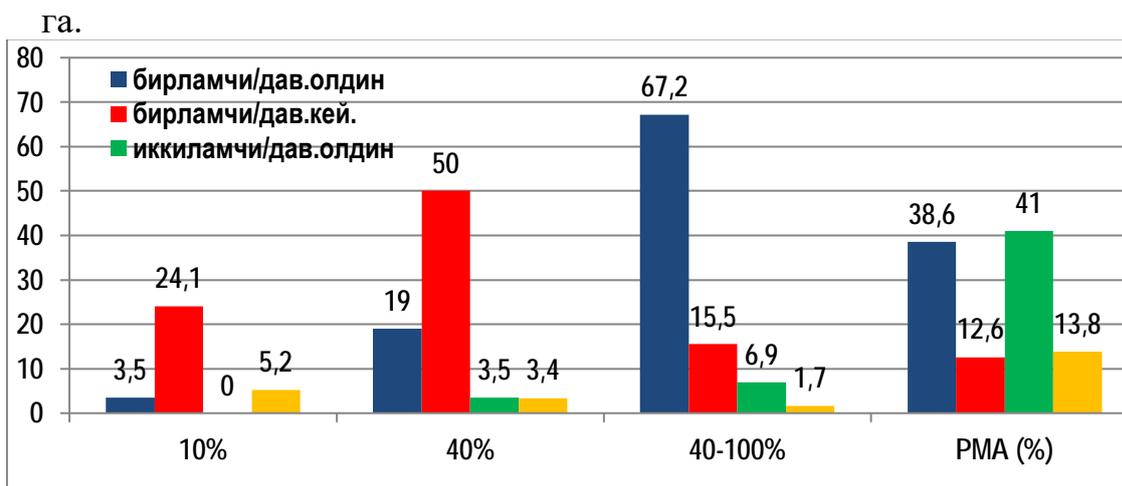
10-15 кун давомида «Denta-Fluo» препаратидан фойдаланган ҳолда ижобий натижаларга эришгандан сўнг ва «S-LIGHT» композит ашёси билан тиш қаттиқ тўқималарининг таркибий ўзгаришларни давомийлигини ҳисобга олган ҳолда кейинги 3 ой давомида антирезорбтив дориларни қабул қилиш

тавсия этилди ва бунда касалликнинг клиникаси ва оғирлик даражаси инобатга олинди. Бундай даволаш дастурини ишлаб чиқиш оғиз бўшлиғи индекси ҳолати, эмальнинг кариесга чидамлилиги ва унинг минерализация потенциали кўрсаткичини, таклиф қилинган даволаш дастуридан кейин ижобий динамикани кўрсатди. (Расм. 9).



Расм. 9. Оғиз бўшлиғининг индекс баҳоларини даволаш динамикаси

Кариесга 10% резистентлик бирламчи гиперпаратиреоз бўлган 14 (24,1%) беморларда, иккиламчи гиперпаратиреоз билан 3 (5,2%) нафар беморда аниқланди; кариесга резистентлик 40% бирламчи бўлган 29 (50,0%) нафар, иккиламчи гиперпаратиреоз билан 2 (3,4%) нафар ва ниҳоят кариесга резистентлик 40-100 гача (100%) 9 (15,5%) нафари бирламчи, 1 (1,7%) нафари иккиламчи гиперпаратироидизм билан топилган бўлиб, бўялган тишлар стабиллиги даволашдан олдин беморларнинг сонига нисбатан статистик муҳим бўлиб чиқди, бу каби кўрсаткичлар юқорида шундай кўринишда ифодаланган. (Расм. 10).



Расм. 10. Эмальнинг кариесга чидамлилигини даволаш динамикаси ва унинг минераллаштируви салоҳияти

Шундай қилиб, гиперпаратироидизмга чалинган тишлари таркибий ўзгаришлар билан оғриган беморларда «Denta-Fluo» билан даволаш ва «S-LIGHT» композит материалларни қўллашдан иборат дастур бўйича даволаш таҳлили сезиларли даражада юқори самарадорлигини кўрсатади, аммо, бу

касалликнинг генезига боғлиқлиги асосланган бўлиб бунда, асосий талаб касалликни эрта босқичларида даволаш, кариес ва нокариоз тиш касалликлари ривожланишини, тишларни эрта йўқотиш каби асоратларни олдини олишга хизмат қилади.

ХУЛОСА

1. Гиперпаратиреоз кариес ва нокариоз касалликларнинг ривожланиши билан тишлар таркибида оғир клиник ўзгаришларнинг асосий сабабларидан бири эканлигини кўрсатди, тишларнинг резистентлиги камлиги, унинг минераллаштирувчи қаршилик потенциали ($P < 0,01$) кариес ва касалликнинг бирламчи шаклида ишончли ёрқин ифодаланган, оғир даражали гингивит, тишларнинг қимирлаши, қонаш, милк шиши, парадонтал чўнтагининг ҳосил бўлиши кузатилди;

2. Гиперпаратиреозда тишларнинг ҳолатини рентгенологик таҳлил қилиш, тишларда, кўплаб патологик, турли даражали деструктив ўзгаришларни – тишлар орасидаги суяк тўқимасининг резорбцияси, маҳаллий (интра-, субкортикал ёки трабекуляр) остеопороз борлигини кўрсатади, бу ўз вақтида ташхис қўйиш ва керакли даво чораларини танлаш кераклигини талаб қилади;

3. Олинган сканер электрон микроскоп натижалари шуни кўрсатдики, гиперпаратиреоз тиш қаттиқ тўқималарининг ультраструктурасида сезиларли ўзгаришларга олиб келади, уларнинг метаболизмининг бузилиши туфайли, эмал призмаларининг йўқолиб, ёриқлар пайдо бўлиши, эрозиялар ва турли ўлчамдаги ўйиқчалар, дентин найчаларининг торайиб, орасидаги тўсиқларнинг қалинлашуви, дентиннинг шикастланиши найчалар орасида пульпа, дентин ва эмаль ўртасида моддалар алмашинувининг бузилиши, найчаларнинг бўшаши, қийшайиши, торайиши исботланди.

4. Гиперпаратиреоз билан кариес ва нокариес тиш касалликларини ривожланишида паратироид гормони даражасининг ошиши муҳим роль ўйнайди, бу ёш кўрсаткичлари билан тескари корреляцияга ега ($P = 0,34$), ёш эса касалликнинг клиник кечишининг оғирлик даражаси ва соматик патологиянинг ривожланиши билан бевосита боғлиқдир ($P = 0,42$) ($P = 0,38$).

5. Гиперпаратиреоз, паратироид гормонининг ортиқча миқдорда чиқарилиши билан бирга, суяклардан кальцийнинг ювилишига олиб келади, остеопороз ривожланишига ва тишлардаги таркибий ўзгаришларга олиб келади, баъзи жинсий гормонлар функциясига таъсир қилади, қон зардобидида ва тўқималарда зарур электролитлар даражасига таъсир кўрсатади, масалан, фосфор, магний ва кальций, кариес ва нокариоз касаллигини ривожланишида омил бўлиб ҳисобланади.

6. Гиперпаратиреоз қайд қилинган беморларда эмаль ва дентинни маҳаллий «Denta-Fluo» препарати билан узоқ муддатли профилактика шаклида, ёш чекловларисиз чуқур фторлаш, кариес ва нокариес тиш касалликларининг оғир, асоратли шаклларини ривожланишини олдини олади, шу билан бирга тишлардаги чуқур таркибий ўзгаришлар комплекс даволашни талаб етиб, уларни тиклаш учун «S-LIGHT» композит материалдан фойдаланилди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.04.2022. Тiв. 93.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

НАВРУЗОВА ЛОЛА ХАЛИМОВНА

**КЛИНИЧЕСКИЕ И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАРИЕСА И
НЕКАРИОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ,
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

14.00.21 - Стоматология

**АВТОРЕФЕРАТ
на соискание ученой степени доктора философии (PhD)**

Бухара – 2023

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № B2020.3.PhD/Tib1439

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.bsmi.uz) и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziynet.uz)

Научный руководитель: **Ирсалиев Хуснитдин Ибрагимович**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Олимов Сиддик Шарифович**
доктор медицинских наук

Муртазаев Саидазим Саидазамович
доктор медицинских наук

Ведущая организация: **Санкт-Петербургский государственный университет**
(Российская Федерация)

Защита диссертации состоится «___» _____ 2023 г. в ___ часов на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней DSc 04/13.05.2022.Tib.93.02 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г.Бухара, ул. Навои, 1. Тел / факс: (+998 65) 223-00-50, e-mail: buhmi@mail.ru)

С диссертацией доктора философии (PhD) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за №___). Адрес: 200118, г.Бухара, ул. Навои, 1. Тел / факс: (+998 65 223-00-50).

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2023 года

(Реестр протокола рассылки № ___ от «___» _____ 2023 года)

А.Ш. Иноятов

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

Н.Н. Казакова

Ученый секретарь Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук

Б.З. Хамдамов

Председатель Научного семинара при Научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации (PhD) доктора философии)

Актуальность и востребованность темы диссертации. Во всем мире доказано, что гиперпаратиреоз (ГПТ), являясь одной из видов дисфункции паращитовидных желез (ПЩЖ) в 90-95% случаев имеет спорадический, около 5% наследственно обусловленный характер. «...По данным ВОЗ (2018) частота гиперкальциемии более, чем в 3% случаях наблюдается при гиперпродукции паратгормона (ПТГ), обусловленной ГПТ, при этом, среди взрослого населения манифестные формы составляют 67%, а мягкие – 33%...»¹

Проведенные эпидемиологические исследования, в странах Западной Европы и Северной Америки, показали, что ГПТ занимает третье место по распространенности среди эндокринных заболеваний после сахарного диабета и патологии щитовидной железы, составляя 1% в популяции, и чаще болеют лица старше 55 лет (до 2%) (2019). Соотношение мужчин и женщин 1:3. В то время, как исследования европейских учёных доказывает, что этиопатогенетическим фактором кариозных и некариозных заболеваний зубов в 30-40% случаев является гиперпаратиреоз². Гиперпродукция ПТГ приводит к увеличению концентрации плазменного кальция путем стимуляции выхода кальция и фосфатов из костного матрикса, ускорения реабсорбции кальция в почках и увеличения почечной продукции метаболита витамина D3-1,25-дигидроксихолекальциферолу (кальцитриола), которая имеет широкую доказательную базу, однако вопрос о формировании кариозных и некариозных заболеваний зубов при ГПТ остаётся открытым, требующим тщательного исследования.

Нередко проводятся работы по приоритетным направлениям медицины для оптимизации диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, интеграции науки и теоретически-практической медицины, а также приближения их к мировым стандартам, разрабатывая пути для улучшения системы здравоохранения РУз. Особое внимание направлено на развития Узбекистана на 2022-2026 годы в соответствии с семью приоритетами новой стратегии, поднятие уровня медицинского обслуживания населения на новый уровень «...повышение качества первичной медико-санитарной помощи населению...»³. Подобные задачи служат усовершенствованию методов диагностики и терапии, улучшению и повышению качества стоматологических услуг, усовершенствованию профилактики и терапии кариозных и некариозных заболеваний зубов при гиперпаратиреозе.

Данное диссертационное исследование утверждено постановлением Президента Республики Узбекистан от 12 ноября 2020 года № ПФ-6110, «О мерах по внедрению совершенно новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему

¹ Clarke BL, Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism, in Parathyroid Disorders 2019, Karger Publishers P.13-22

² Clarke BL, Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism, in Parathyroid Disorders 2019, Karger Publishers P.13-22

³ Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О Новой Стратегии развития Республики Узбекистан на 2022-2026 годы».

повышению эффективности реформ в системе здравоохранения» и ПФ-60 от 28 января 2022 года, «О мерах по внедрению совершенно новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности реформ в системе здравоохранения» Постановление «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы» № PQ-4887 от 10 ноября 2020 «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения», решения ПК № 4891 от 12 ноября 2020 «О дополнительных мерах по обеспечению здоровья населения путем дальнейшего повышения эффективности медико-профилактической работы» а также других нормативно-правовых документов, связанных с данной деятельностью при реализации задач.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии Республики Узбекистан – VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. В виду развития деформации, изменения гигиены полости рта и косметологической несостоятельности при кариозных и некариозных заболеваниях зубов, исследователи разрабатывают пути реставрации, считая, что восстановительный материал подбирается в зависимости от возраста, расы, условий проживания и питания (Dr. Marselle M., Mamaladze M. et al. (2016) направили своё исследование на дифференциацию кариозных и некариозных заболеваний зубов, с учетом скорости распространения в возрастных аспектах, в котором разработана специальная анкета/опрос, представляющая подробную информацию о каждом пациенте. Самая высокая частота некариозных поражений (эрозия, истирание, абфракция) шейки зуба была зарегистрирована в обследованной возрастной группе 50-70 лет. Aleksandra Zuza et al. (2019) в своём исследовании изучил распространённость некариозных заболеваний зубов в Республике Сербии, и не нашёл связи между развитием подобных заболеваний с возрастом, однако, он отметил, что самая низкая распространённость заболевания была зарегистрирована в возрастной группе 10-25 лет. Также они отметили, что развитие некариозных поражений зубов у пожилых связано с воздействием некоторых факторов по типу соматической патологии и самого возраста. Andréa Cristina Barbosa da Silva (2015) провел анализ ортодонтического лечения, который, отметил «имеет много признанных преимуществ, включая улучшение здоровья зубов, их функций, внешнего вида и самооценки», тем не менее, указал, что ортодонтические приспособления могут вызвать нежелательные осложнения, если во время лечения не будет обеспечен надлежащий уход. Nascimento M.M. (2016) в своих исследованиях отмечает важность осведомления пациентов о потенциальных рисках, чтобы они могли быть готовыми о ходе своего лечения, которое гарантирует достижение успешных результатов без каких-либо побочных эффектов. Подобными потенциальными внутри ротовыми рисками могут быть деминерализация эмали/кариес, неблагоприятное воздействие на ткани пародонта, повреждение тканей, переломы эмали,

износ эмали (истирание/эрозия), резорбция корня, реакции пульпы и аллергические реакции на никель и латекс (Gordan V.V., 2016). Ряд авторов отмечают осложнения от неправильной реставрации зубов при лечении кариозных и некариозных заболеваний, в виде неровных поверхностей брекетов, лент, проволок и других приспособлений, которые ограничивают естественные механизмы самоочистки, движения ротовой мускулатуры и слюны (Telles D., 2016; Pikdoken L., 2017), установка несъемных ортодонтических приспособлений создает зоны застоя зубного налета и затрудняет чистку зубов (Ichim I.P., 2013), что способствует образованию ретенционных ниш, которые представляют повышенный риск развития кариеса (Francisconi L.F., 2016).

В Республике Узбекистан эпидемиология и особенности клинического течения кариеса и некариозных заболеваний зубов показаны в работах Байбекова М.И., Ирсадиева Х.И. (2012), в развитии структурных изменений зубов влияние иммунологических аспектов приведены в научных исследованиях Рахманова Х.Ш. и соавт. (2013), наследственного и генетического фактора подробно описаны в научных работах Мамедова Е.О. (2018), патология костной структуры зубов с формированием деформаций при гиперпаратиреозе в исследованиях Хусиновой А.А, и Хайдарова Д.С. (2017).

На сегодняшний день достаточно хорошо изучена клиническая картина и состояние ротовой полости и зубов при кариозных и некариозных заболеваниях, однако многие вопросы патогенеза, патоморфологии, дифференциальной диагностики и подхода к лечению их при гиперпаратиреозе все ещё остаётся недостаточно освящёнными. Дискутабельной остаётся выбор алгоритма дифференцированной диагностики и подбор реставрационного материала у подобных пациентов. Всё перечисленное предопределило проведения настоящего научного исследования.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ №5.2021 PhD.117 Бухарского государственного медицинского института по теме: «Раннее выявление патологических факторов, влияющих на здоровье населения Бухарского региона в период после COVID-19, разработка новых методов лечения и профилактики» (2022-2026 гг.)

Целью настоящего исследования является изучение клинических и структурных изменений кариеса и некариозных заболеваний зубов при гиперпаратиреозе, обусловленных дисфункцией паращитовидных желез, выбрать пути профилактики и лечения.

Задачи исследования:

изучить особенности клинических изменений органов полости рта по возрастным аспектам при гиперфункции околощитовидных желез;

изучить взаимосвязь паратормона, половых гормонов и некоторых электролитов с развитием кариозных и некариозных заболеваний зубов у больных с гиперфункцией околощитовидных желез;

изучить структурные изменения эмали, дентина и цемента зубов при гиперфункции паращитовидных желез;

разработать профилактические и лечебные мероприятия для повышения минерализации твёрдых тканей зубов при гиперпаратиреозе.

Объект исследования. Исследование основано на клинικο-стоматологическом, инструментальном, лабораторном, морфологическом анализе 58 больных с кариозными и некариозными заболеваниями зубов при гиперпаратиреозе, также 30 пациентов с кариозными и некариозными заболеваниями зубов, не страдающих гиперпаратиреозом.

Предметом исследования явились венозная кровь, твёрдые ткани зубов (эмаль, дентин, цемент).

Методы исследования. В научной работе проведены клинικο-стоматологические, инструментальные, морфологические, инструментальные и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования

впервые на основании комплексного клинικο-стоматологического, морфологического, биохимического исследования выявлены необратимые структурные (кариозные и некариозные) изменения зубов, взаимосвязанные с дисфункцией паращитовидных желез;

доказано наличие корреляционной взаимосвязи паратгормона с возрастными показателями, уровнем фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и кальция в крови при дисфункции паращитовидных желез;

выявлены изменения твёрдых тканей зуба – нарушение целостности эмали с понижением эмалевой резистентности зубов, дистрофические изменения десны, запустевание дентинных трубочек при гиперпаратиреозе;

разработаны новые методы профилактики и лечения кариозных и некариозных заболеваний зубов при дисфункции паращитовидных желез.

Практическая значимость исследования

на основании клинικο-стоматологического, морфологического, рентгенологического, биохимического анализа выявлены этиопатогенетические особенности развития кариозных и некариозных заболеваний зубов при гиперпаратиреозе;

на основании достаточно длительного динамического наблюдения выявлены факторы, позволившие определить конкретные признаки структурных изменений зубов, взаимосвязанных с гиперфункцией паращитовидных желез;

анализ существующих программ позволил разработать алгоритм диагностики структурных изменений зубов при гиперфункции паращитовидных желез в помощь стоматологам, эндокринологам и врачам общей практики;

разработаны и научно обоснованы лечебно-профилактические стоматологические мероприятия, позволившие улучшить состояние органов полости рта и уменьшить симптомы кариозных и некариозных заболеваний зубов при гиперпаратиреозе.

Достоверность результатов исследования обосновывается применением современных, взаимодополняющих методов исследования,

достаточным объемом клинического материала, а также достоверностью полученных результатов по данным комплексного клинικο-стоматологического, морфологического, рентгенологического, биохимического исследования, вопросов диагностики и стоматологической тактики, сопоставимых с данными отечественных и зарубежных исследователей, подтверждением результатов и выводов полномочными структурами. Кроме того, все результаты основаны на принципах доказательной медицины.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в расширении степени теоретических знаний о этиопатогенетическом подходе к лечению и профилактике кариозных и некариозных заболеваний зубов при гиперпаратиреозе, широкомасштабном внедрении принципов диагностики, терапии и профилактики в условиях научно-исследовательских центров, амбулаторного и стационарного приёма.

Практическая значимость результатов исследования заключается в возможности широкомасштабного внедрения разработанного алгоритма диагностики, предлагаемых профилактических и лечебных мероприятий при кариозных и некариозных заболеваниях зубов, обусловленных гиперпаратиреозом.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных научных результатов по изучению клинических и структурных изменений кариеса и некариозных заболеваний зубов при гиперпаратиреозе, обусловленного дисфункцией паращитовидных желез утверждены методические рекомендации: «Способ диагностики клинических и структурных изменений зубов при дисфункции паращитовидных желез» (заключение Министерства здравоохранения №8н-р/1020 от 23.09.2022г.). Результаты исследования позволили совершенствовать диагностику для ранней комплексной терапии и профилактики осложнений.

Полученные результаты внедрены в практическую деятельность Бухарского районного медицинского объединения и Вобкентского районного медицинского объединения (заключение Министерства здравоохранения 8н-з/548 от 12.10.2022 г). Результаты внедрения позволили улучшить диагностику, сократить продолжительность, повысить эффективность проводимого лечения и уменьшить рост количества кариозных и некариозных заболеваний при гиперпаратиреозе за счёт этиопатогенетической терапии.

Апробация полученных результатов. Результаты научного исследования доложены и обсуждены на 6 научно-практических конференциях, в частности 2 международных и 4 республиканских семинарах и конгрессах.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 24 научных работ, в том числе 8 журнальных статей в научных изданиях рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан, для публикации основных результатов докторских

диссертаций, из них 4 зарубежных, 4 в республиканских изданиях, предложены, 2- ДГУ программы.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 118 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ:

Введение обоснована актуальность и востребованность темы диссертации, сформулированы цели и задачи, а также объект и предмет исследования, приведено соответствие исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан, изложены научная новизна и практическая значимость исследований, раскрыты теоретическая и практическая необходимость полученных результатов, обоснована достоверность полученных результатов, даны сведения по внедрению результатов исследования в медицинскую практику, опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации под названием **«Современный взгляд к структурным изменениям кариеса и некариозных заболеваний зубов при гиперпаратиреозе»** приведен аналитический обзор литературы, где описано современное представление о физиологических, функциональных и анатомических особенностях паращитовидных желёз, роли выделяемым ими паратгормона и влияния его на обмен кальция и фосфора. Описана роль экзо- и эндогенных факторов в развитии кариозных зубов, где указаны различные теории, разработанные зарубежными исследователями, показаны современные разновидности классификации некариозных заболеваний зубов, рассмотрены клинические стороны некариозных заболеваний зубов, приведены примеры в рисунках из научных работ многих авторов. Четко указаны пути обеспечения устойчивости организма к кариесу и некариозным заболеваниям зубов и современный подход к их профилактике и лечению у больных с гиперпаратиреозом.

Во второй главе под названием **«Клиническая характеристика материала и методы обследования больных»** приведена общая характеристика клиническому материалу и описаны методы, проведенные для изучения и анализа полученных результатов. Стоматологическому исследованию подвергнуты всего 88 пациентов, работа основана на результатах клинико-стоматологического, лабораторного, рентгенологического, инструментального исследования пациентов эндокринологического диспансера Бухарской области, республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии (РСНПМЦ) им. Туракулова, научно-практический стоматологический центр на базе Бухарского государственного медицинского института. Исследованные были разделены на 2 группы: 1-гр. состояла из 30 (34,1%) пациентов с различными стоматологическими заболеваниями без патологии паращитовидных желез, рассмотренная как группа сравнения; 2-гр. состояла из 58 (65,9%) пациентов с кариозными

заболеваниями зубов, рассмотренная как основная, страдающая гиперпаратиреозом.

Возраст больных колебался от 10 до 80 лет, распределение пациентов по возрасту и полу показано в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

| Пациенты/пол | Возраст, лет (1-группа) | | | | | | | | | | Итого | |
|--------------|-------------------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | 10-20 | | 21-30 | | 31-40 | | 41-50 | | 50-80 | | | |
| | абс | % | абс | % | Абс | % | абс | % | абс | % | абс | % |
| Мужчины | 3 | 10,0 | 4 | 13,3 | 6 | 20,0 | 2 | 6,7 | 1 | 3,3 | 16 | 53,3 |
| Женщины | 2 | 6,7 | 2 | 6,7 | 8 | 26,7 | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | 14 | 46,7 |
| Всего | 5 | 16,7 | 6 | 20,0 | 14 | 46,7 | 3 | 10,0 | 2 | 6,7 | 30 | 100 |
| Пациенты/пол | Возраст, лет (2-группа) | | | | | | | | | | Итого | |
| | 10-20 | | 21-30 | | 31-40 | | 41-50 | | 50-80 | | | |
| | абс | % | абс | % | Абс | % | абс | % | абс | % | абс | % |
| Мужчины | 1 | 1,7 | 3 | 5,2 | 4 | 6,9 | 7 | 12,1 | 7 | 12,1 | 22 | 37,9 |
| Женщины | 3 | 5,1 | 5 | 8,6 | 6 | 10,4 | 10 | 17,2 | 12 | 20,7 | 36 | 62,1 |
| Всего | 4 | 6,9 | 8 | 13,8 | 10 | 17,2 | 17 | 29,3 | 19 | 32,8 | 58 | 100 |

Стоматологическое обследование начинали с визуального осмотра обращали внимание на кожные покровы лица и видимые слизистые. Во время стоматологического исследования проводили зондирование пародонтальных карманов, для определения наличия гингивита и других симптомов патологии пародонта (подвижность зубов, глубины клинического кармана) вычисляли пародонтальный индекс (PI) по Rusel (1956) опираясь 8-бальной системе. При наличии гингивита определяли степень его тяжести путем измерения индекса кровоточивости межзубных сосочков (десны) (РВІ – papilla bleeding index) по методу Н.Р. Muhlemann (1977), для оценки воспалительного процесса в деснах использовали метод Массера (1948) с вычислением папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА), тест эмалевой резистентности (ТЭР) оценивали по методике В.Р. Окушко, И.А. Луцкой, Л.И. Косарвой (1984). Индекс Грина-Вермиллиона (Green, Vermillion, 1964), упрощенный индекс гигиены полости рта (ОНИ-S) оценивали путем исследования площади поверхности зуба, покрытой налетом и/или зубным камнем, без использования специальных красителей.

Для биохимического анализа крови использовали венозную кровь пациентов, которая проверялась на настольном биохимическом анализаторе, выполняющем фотометрические исследования со скоростью в 100 тестов/час, автоматического типа «MINDRAY BS-120» в лабораторных условиях с модулем ISE (кальций, калий и фосфор) и операционной системой от Windows-2000.

Также, проводили интраоральную методику рентгенодиагностики с определением кариеса, оценкой состояния корня зубов и окружающей его тканей пародонта. Прижизненную морфологию поверхности и сколов твердых тканей зубов проводили сканирующей электронной микроскопией

(СЭМ), путем трёхмерной ультраструктуры структуры зубов, без их предварительной деминерализации.

Целенаправленное лечение, профилактику начальных форм кариеса и трещин эмали у больных проводили препаратом «DENTA FLUO», набором жидкостей для глубокого фторирования эмали и дентина в то время, как кариес и некариозные заболевания зубов легкой и средней степени лечили пломбированием зубов наногибридным, композитным материалом «S-LIGHT» производства компании «Dentals Pharma» (DENTALS PHARMA, ООО), Республики Узбекистан. При наличии тяжелой степени некариозных заболеваний, пациентов направляли к ортопеду, с целью восстановления зубного ряда ортопедическими коронками.

Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2016, включая использование встроенных функций статистической обработки.

В третьей главе под названием **«Разновидность кариозных и некариозных заболеваний зубов в структуре гиперпаратиреоза»** описаны результаты собственного исследования. Средний возраст больных сравнительной группы был равен $43,5 \pm 3,12$ лет, максимальный 62 года, минимальный 15 лет, медиана возраста была равна 56 годам. Средний возраст основной группы была равна $46,8 \pm 2,2$ лет, максимальный 80 лет, минимальный 10 лет, медиана возраста составила 52 года. Средний возраст больных с первичным гиперпаратиреозом был равен $46,8 \pm 2,2$ лет, который варировал от 10 до 80 лет, а возраст больных с вторичным гиперпаратиреозом варировал от 18 до 75 лет, и соответствовал среднему возрасту $54,0 \pm 9,8$ годам. Медиана возраста была равна 65,5 и 60,5 годам соответственно. Так, частота локальных форм, с изолированным поражением полости рта оказалось 21 (36,0%) случаев, средний возраст больных был равен $41,2 \pm 1,86$ лет, которые страдали первичной формой гиперпаратиреоза. Костной формой гиперпаратиреоза страдали 29 (50,0%) пациентов, из которых 26 (44,8%) имели первичный гиперпаратиреоз со средним возрастом $45,8 \pm 2,46$ лет, 3 (5,2%) пациента имели вторичный гиперпаратиреоз (средний возраст $54,0 \pm 9,71$). 7 (12,1%) пациентов страдали смешанной формой гиперпаратиреоза, при этом 4 (6,9%) имели первичный, со средним возрастом $34,0 \pm 9,41$ лет, 3 (5,2%) пациента вторичный гиперпаратиреоз, со средним возрастом $45,7 \pm 17,7$ лет. 1 (1,7%) пациент с первичным гиперпаратиреозом имел почечную форму заболевания, возраст больного соответствовал 42,0 годам.

Частота субъективных жалоб обследованных больных достоверно различалась между сравнительной и основной группами ($P < 0,001$), встречаясь чаще у последних. В основной группе одонталгия наблюдалась у 25 (43,1%), нарушение вкуса у 6 (10,3%), ксеростомия у 10 (17,2%), галитоз у 15 (25,9%) и гиперестезия зубов у 7 (12,1%) пациентов. При этом одонталгия встречалась в 3,3 раза чаще при первичном гиперпаратиреозе. Галитоз в 1,8 раза, гиперестезия зубов в 10,0 раз, ксеростомия в 7,3 раза чаще наблюдалась при вторичном гиперпаратиреозе по сравнению с первичным гиперпаратиреозом. По анализу симптомов следует, что субъективная

симптоматика усиливается при наличии кариозных поражений зубов у больных с клиникой гиперпаратиреоза, нежели без него, что, по-видимому, связано с поражением зубов на более глубоком, тканевом уровне, в виду повышения уровня паратгормона в крови, и дисбаланса кальция и фосфора.

При клиническом исследовании полости рта были отмечены изменения структуры самих зубов и прилежащих мягких тканей, не поддающихся обратному восстановлению, в основном во 2-гр. Подобные изменения выступали в виде трещины эмали в 22 (37,9%), эрозии зубов в 6 (10,3%), патологической стираемости в 11 (19,0%), клиновидного дефекта в 8 (13,8%), нарушения формы зуба в 10 (17,2%), изменения цвета зубов в 8 (13,8%), гиперемии десны в 2 (3,5%), отежности десны в 2 (3,5%), аномалии прикуса в 21 (36,2%) и пролиферации десны в 12 (20,7%) случаях. Изменение цвета слизистой оболочки полости рта было выявлено у 28 (48,3%) пациентов основной группы, в отличие от бледно-розового, который был характерен для больных сравнительной группы, как и для здорового человека. Атрофия сосочков языка выявлена у 18 (31,1%) пациентов, обложенность языка у 38 (65,5%), отёчность языка и отпечатки зубов на боковой поверхности языка у 22 (37,9%) больных основной группы, которые, также, не были выявлены у больных сравнительной группы, не страдающих гиперпаратиреозом. Полученный нами результаты доказывает, что недостаток паратгормона может нарушить метаболизм кальция и фосфора, вызывая необратимые структурные поражения зубов, что требует ранней профилактической терапии, с предотвращением более тяжелых последствий.

Индекс КПУ, отражающий интенсивность и распространённость поражения зубов кариесом в сравнительной группе в среднем составило $3,27 \pm 0,36$ зубов, и в основной группе $13,2 \pm 0,71$ зубов, что равнялось 10,9% с низкой интенсивностью и распространённостью у больных в группе сравнения, и 48,9% средней степени интенсивности и распространённости кариеса у больных основной группы, страдающих гиперпаратиреозом.

Средний балл пародонтального индекса (PI) в сравнительной группе был равен $3,2 \pm 0,06$, что соответствовало гингивиту без повреждения прикрепленного эпителия, где еще клинический карман не определялся. В основной группе больных средний балл был равен $3,9 \pm 0,06$ при этом у больных с первичным гиперпаратиреозом он составил $3,9 \pm 0,06$ балла, а у больных с вторичным гиперпаратиреозом – $4,0 \pm 0,06$ балла, наблюдалось исчезновение замыкающих кортикальных пластинок на вершинах альвеолярного отростка по данным рентгенологического анализа, вместе с тем, определялось появление признаков клинического кармана.

Средняя степень индекса кровоточивости десны (PBI – papilla bleeding index) по методу Muhlemann в сравнительной группе была равна $2,2 \pm 0,05$ m, отмечалось лёгкое кровотечение по краю сосочка линейного характера. В основной группе PBI оказался в среднем $2,9 \pm 0,10$ степени (по 4 бальной степени), при этом у больных с первичным гиперпаратиреозом он составил в среднем $2,86 \pm 0,1$ с вторичной формой заболевания $2,67 \pm 0,19$ степени. В основной группе больных отмечалось умеренное заполнение межзубного треугольника кровью, тем временем, 10 (17,1%) пациентов с первичным гиперпаратиреозом страдали 4 степенью PBI, при котором отмечалось

перфузное кровотечение после зондирования, с быстрым покрытием поверхности зуба и десны кровью, однако, при вторичном гиперпаратиреозе тяжелой степени кровоточивости не отмечали.

В 1-гр. степень воспалительного процесса в деснах (индекс РМА) был равен в среднем $26,8 \pm 2,1\%$, что соответствовало средней степени гингивита, тогда как в основной, 2-гр. пациентов он составил $38,9 \pm 1,4\%$, что соответствовало также, как и в группе сравнения средней степени гингивита, однако, процесс воспаления десны был более выраженным ($P < 0,05$). Наблюдали более тяжелое течение воспаления десен при вторичном гиперпаратиреозе, с индексом РМА $41,0 \pm 2,11\%$ без достоверной разницы с индексом РМА у больных с первичным гиперпаратиреозом.

В сравнительной группе индекс гигиены полости рта Грин-Вермиллиона (ОНИ-S) был равен в среднем $2,2 \pm 0,1$, в основной группе $2,4 \pm 0,08$, при этом, у больных с первичным гиперпаратиреозом эти значения составили 2,31, у больных с вторичной формой заболевания оно составило $2,35 \pm m$, тем не менее, достоверной разницы между ними практически не было. Индекс Грин-Вермиллиона (ОНИ-S) оценивался как «высокий», а гигиена полости рта при кариозных заболеваниях зубов, как при наличии дисфункции паращитовидной железы, так и при отсутствии её оказался «не удовлетворительной», что требовало особенный уход, профилактику и гигиену.

У всех исследованных пациентов определяли наличие пародонтита с образованием пародонтального кармана. Так, в 1-гр. наличие пародонтита глубина идентифицированного пародонтального кармана в среднем равнялся $3,2 \pm 0,4$ мм, во 2-гр. $4,0 \pm 0,73$ мм, достоверно превышая сравнительную группу ($P < 0,01$); при этом у больных с первичным гиперпаратиреозом его длина равнялась в среднем $3,9 \pm 0,28$ мм, с вторичным $4,2 \pm 0,7$ мм, имея достоверную разницу между собой ($P < 0,05$). По исследованию выявили, что картина пародонтита с образованием пародонтального кармана была достоверно выражена в основной группе пациентов, при чем, у больных с вторичным гиперпаратиреозом клиническое течение пародонтита оказалось тяжелее, что подтвердилось достоверно большей глубиной пародонтального кармана ($4,2 \pm 0,7$ мм) (табл. 2).

Таблица 2

Состояние полости рта по индексным оценкам

| Группа больных | 1-группа (n=30) | 2-группа (n=58) | | |
|---|--------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | общий индекс | первичн. гипертиреоз | вторичн. гипертиреоз |
| Индекс КПУ | $3,27 \pm 0,36$ | $13,2 \pm 0,71$ | $13,1 \pm 0,71$ | $14,0 \pm 0,68$ |
| Пародонтальный индекс (PI) | $3,2 \pm 0,4$ | $3,8 \pm 0,24$ | $3,9 \pm 0,28$ | $4,0 \pm 0,73$ |
| РВИ (Muhlemann) | $2,4 \pm 0,7$ | $2,9 \pm 0,1$ | $2,9 \pm 0,1$ | $3,3 \pm 0,3$ |
| ИндексРМА (%) | $26,8 \pm 2,1$ | $38,9 \pm 1,4^{***}$ | $39,0 \pm 1,52^{***}$ | $39,2 \pm 2,09^{***}$ |
| Индекс Грин-Вермиллиона (ОНИ-S) | $2,2 \pm 0,1$ | $2,4 \pm 0,06$ | $2,4 \pm 0,08$ | $2,2 \pm 0,11$ |
| Глубина пародонтального кармана (мм) | $3,4 \pm 0,3$ | $3,9 \pm 0,2$ | $3,9 \pm 0,21$ | $4,2 \pm 0,7$ |

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$)

У больных сравнительной группы устойчивую кариесорезистентность с 10% окрашиваемостью наблюдали у 10 (33,3%) больных, минимальную кариесорезистентность у 12 (40,0%), и отсутствие резистентности к кариесу было отмечено у 8 (26,7%) пациентов. В основной группе устойчивая кариесорезистентность эмали зубов практически не определялась, однако слабая кариесорезистентность была выявлена у 13 (22,4%) пациентов, при этом у пациентов с первичным гиперпаратиреозом она выявлялась в 5,4 раза чаще ($P<0,001$), чем при вторичном гиперпаратиреозе. Тем самым, отсутствие резистентности к кариесу у 43 (74,1%) больных 2-группы в 2,8 раза превышало таковых, по сравнению с группой сравнения ($P<0,01$), в то время, как у больных с первичным гиперпаратиреозом оно было почти в 10 раз больше, чем при вторичном гиперпаратиреозе ($P<0,001$). Из анализа следует, что структура зубов, а в частности эмалевое покрытие у больных с гиперпаратиреозом оказалось менее устойчивым к кариесу, по сравнению с больными, не страдающими гиперпаратиреозом (табл. 3).

Таблица 3

Состояние кариесорезистентности эмали и её минерализирующего потенциала у исследуемых

| Группа больных | | 10% | | 40% | | 40-100% | |
|--------------------|-----------|-----|------|-----|---------|---------|---------|
| | | абс | % | абс | % | абс | % |
| 1-группа(n=30) | | 10 | 33,3 | 12 | 40,0 | 8 | 26,7 |
| 2-группа (n=58) | первичный | 2 | 3,5 | 11 | 19,0*** | 39 | 67,2*** |
| | вторичный | 0 | 0,0 | 2 | 3,5 | 4 | 6,9** |

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$)

При рентгенологическом исследовании зубочелюстной системы у 3 (10%) пациентов сравнительной группы, и 5 (8,6%) основной группы был выявлен пародонтит легкой степени, пародонтит средней степени тяжести, при котором резорбция костной ткани межзубных перегородок доходила до $\frac{1}{2}$ длины корня выявили у 1 (3,3%) пациента 1-гр. и 14 (24,1%) 2-гр., пародонтит тяжелой степени до полного рассасывания альвеолярной перегородки был выявлен у 7 (12,1%) пациентов 2-гр. У 10 (17,2%) пациентов основной группы были выявлены деструктивные процессы в периапикальной области, эндодонтический очаг с расширением периодонтальной щели, вертикальной деструкцией костной ткани альвеолы также, обнаружены у 17 (29,3%) пациентов 2-гр., а у 31 (53,4%) пациентов этой же группы обнаружили узкие и глубокие (до 6-8 мм) пародонтальные карманы, с сочными (часто пролабирующими) грануляциями в просвете. В 16 (27,6%) случаях наблюдали появление свища пародонтального и периапикального генеза, у 12 (20,2%) пациентов 2-гр. отмечалось сочетание хронического гранулирующего периодонтита со смешанным типом деструкции, у 7 (12,1%) пациентов основной группы были обнаружены мелкие кисты в верхней и нижней челюсти, у 21 (36,2%) дентикли с obturацией корневых каналов.

При сканирующей электронной микроскопии (СЭМ) эмали, дентина цемента зуба при гиперпаратиреозе определялись многочисленные глубокие трещины (рис. 1). Эмалевые призмы в отдельных участках истончались, между ними увеличивались межпризматические пространства (рис. 2). В других участках эмалевые призмы формировали утолщенные пучки, обособленные друг от друга, что становились причиной появления щелей. В таких участках нередко отмечали слияние призм и формирование гомогенных пучков (рис. 3; 4).



Рис. 1. Наличие трещин на поверхности эмали

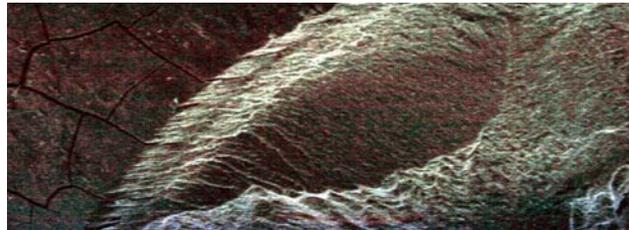


Рис 2. Истончение эмалевых призм, расширение промежутков



Рис. 3. Истончение эмалевых призм, расширение пространств между ними



Рис. 4. Слияние эмалевых призм в пучках, неровности на поверхности эмали

Наряду с многочисленными трещинами на поверхности эмали отмечалось образование эрозий с углублениями и выемками различных размеров (рис. 5). В отдельных участках эмаль сохраняла свою ровную поверхность с неглубокими щелями (рис. 6).

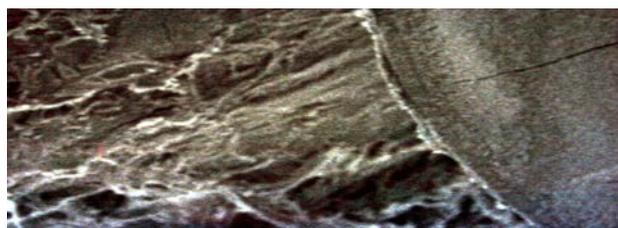


Рис.5. Полиморфизм пучков эмалевых призм, щели и эрозии на поверхности эмали



**Рис. 6. Эрозии на поверхности эмали
Слияние эмалевых призм в пучках, неровности на поверхности эмали.**

Подобные и другие изменения в виде патологии дентина, утолщения прослоек волокнистых образований между трубочек, утончение просветов трубочек, разная их длина, облитерация их просвета плотными массами, особенно на границе дентина и цемента, в некоторых участках этих зон отмечалось запустевание большинства дентинных трубочек, искривление некоторых из них и просветы их сужались. В цементе отмечалось огрубение волокнистой субстанции, проявляемое, как на границе дентина и цемента, так и в глубоких участках цемента. В этих участках на поверхности цемента

определялось большое количество дискретных частиц, представляющих собой детрит.

Проведенные исследования показали, что гиперпаратиреоз, вызывающий деминерализацию твёрдых тканей и возрастание содержания в крови кальция приводит к существенным нарушениям ультраструктуры твёрдых тканей зубов.

В четвертой главе диссертации под названием **«Пути коррекции кариозных и некариозных заболеваний зубов при гиперпаратиреозе»** описаны меры профилактики и терапевтического подхода к структурным изменениям эмали, дентина и цемента зубов при гиперпаратиреозе. Для профилактики и лечения кариеса в стадии пятна, предупреждения развития вторичного кариеса, а также трещин и эрозий в легкой и средней степени стадии применяли препарат для глубокого фторирования эмали и дентина отечественного производства ООО Dentals Pfarma «Denta-Fluo», который является аналогом средства для глубокого фторирования, предложенного немецким профессором А. Кнаррвост (2019), «Эмаль герметизирующий ликвид», производства фирмы Human-135 Chemie GmbH (Германия), состоящий из двух, поочередно используемой жидкостной и суспензионной формы. Применение препарата на фоне терапии основной патологии показало положительную динамику в виде уменьшения одонталгии и галитоза в 2,5 раза в то время, как ксеростомия и гиперестезия зубов полностью исчезли у больных с первичным гиперпаратиреозом. У больных при вторичном гиперпаратиреозе после использования «Denta-Fluo» одонталгия и ксеростомия не выявлялись, тогда как нарушение вкуса уменьшилось в 6 раз, гиперестезии в 4 раза ($P < 0,001$) Однако, уменьшение галитоза в 1,5 раза оказалось статистически не достоверным ($P > 0,05$), что, по-видимому, было связано с имеющими сопутствующими патологиями, которые вызывали вторичную гастропатию, а также более глубоким структурным изменением зубов, при котором требовалась дополнительная терапия (рис. 7).

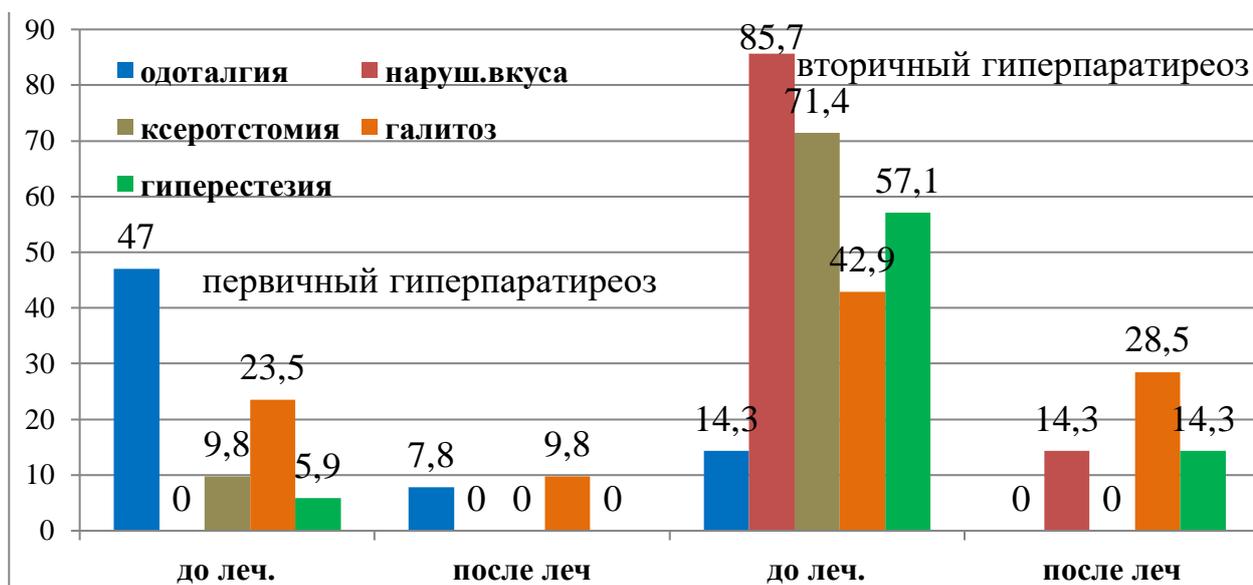


Рис. 7 Динамика изменений симптомов после лечения при гиперпаратиреозе

Для получения положительного эффекта клинических изменений в структуре зубов на повторных осмотрах (на 10-15 день использования «Denta-Fluo»), при наличии более глубоких структурных изменений (легкой и средней степенью тяжести) использовали наногибридные, композитные материалы «S-LIGHT», производства компании «Dentals Pharma» (ООО «DENTALS PHARMA», Узбекистан), разработанные по международному стандарту качества, под контролем Dentals Pharma GmbH (Германия, 2019г.). Так, уменьшение трещины эмали наблюдалось в 4,5 раза, эрозии зубов, патологической стираемости в 3 раза, клиновидного дефекта, нарушения формы зубов, изменения цвета зубов от 1,8 до 2,7 раза, тогда как гиперемия и отечность десны в динамике лечения вовсе не выявились, что ещё раз доказывало правомерность выбранной терапии при структурных изменениях зубов у больных с гиперпаратиреозом. Тем временем, такие симптомы, как, аномалия прикуса в динамике терапии оставалась без изменений в связи с чем больные были направлены к ортопеду для дальнейшего восстановления зубного ряда. У пациентов с вторичным гиперпаратиреозом исчезали все симптомы некариозного характера, только аномалия прикуса уменьшилась на 1,3 раза, не имея достоверную разницу, по сравнению с пациентами до проведенной терапии. Однако, при интерпретации полученных результатов мы учитывали малое количество больных с вторичным гиперпаратиреозом, и приводить однозначные выводы по поводу положительных изменений после применения «S-LIGHT» при вторичном гиперпаратиреозе посчитали поспешным (рис. 8).



Рис. 8. Динамика клинических изменений при первичном гиперпаратиреозом после применения «S-LIGHT»

После получения положительных результатов при использовании «Denta-Fluo» в течение 10-15 дней, и далее укрепления структурных изменений твердых тканей зубов композитным материалом «S-LIGHT» рекомендовали приём антирезорбтивных препаратов в течение последующих 3-х месяцев, учитывая длительность и клиническую тяжесть заболевания. Отметили, что составление подобной программы терапии улучшило состояние индексной оценки полости рта (рис. 9).

Кариесорезистентность эмали и её минерализирующий потенциал показали положительную динамику после проведения предлагаемой нами программы лечения.

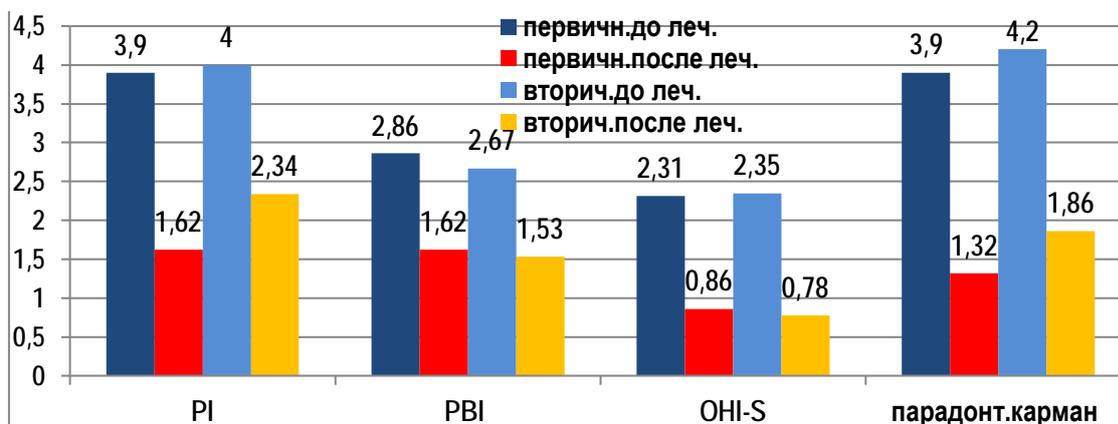


Рис. 9. Динамика терапии индексных оценок ротовой полости

Устойчивая кариесорезистентность в 10% выявлена у 14 (24,1%) пациентов с первичным, 3 (5,2%) с вторичным гиперпаратиреозом; минимальная кариесорезистентность в 40% наблюдали у 29 (50,0%) с первичным, 2 (3,4%) с вторичным гиперпаратиреозом, и наконец неустойчивую кариесорезистентность (с окрашиваемостью от 40 до 100%) выявили у 9 (15,5%) с первичным, 1 (1,7%) с вторичным гиперпаратиреозом, которые оказались статистически достоверными по отношению с количеством пациентов до проведенной терапии, сказанное выглядело таким образом (рис. 10).

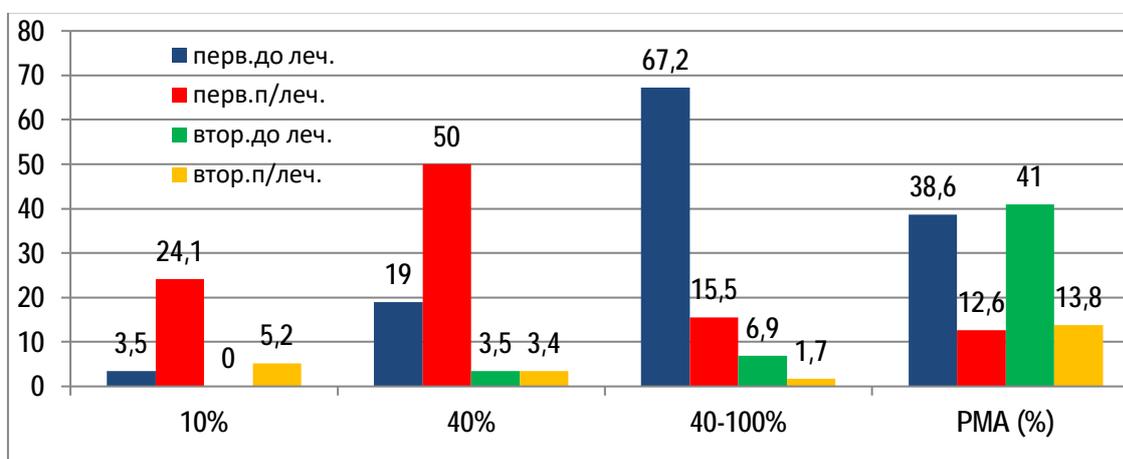


Рис. 10. Динамика лечения кариесорезистентности эмали и её минерализирующего потенциала

Таким образом, проведенный анализ терапии применения программы, состоящей из препаратов «Denta-Fluo» и композитного материала «S-LIGHT» у больных при наличии структурных изменений зубов, страдающих гиперпаратиреозом показывает достоверно высокую эффективность, однако, исходя из генеза заболевания, который требует подключения к терапии лечения основного заболевания в ранних этапах патологии может служить как профилактикой развития кариеса и некариозных заболеваний зубов, так и предупреждением развития осложнений, даже таких как выпадение зубов.

ВЫВОДЫ

1. Гиперпаратиреоз является одной из основных причин развития тяжелых клинических и структурных изменений зубов с развитием кариозного и некариозного поражения – гингивита тяжелой степени, парадонтита средней и тяжелой степени, подвижности зубов, кровоточивости десен, образования парадонтального кармана, менее устойчивой кариесорезистентности эмали и её минерализирующего потенциала, которые достоверно ярко выражены при первичной форме заболевания ($P < 0,01$);

2. Рентгенологический анализ состояния зубочелюстной системы при наличии гиперпаратиреоза показывает многочисленные, разнонаправленные деструктивные изменения состояния зубов и пародонта – резорбция костной ткани межзубных перегородок, разволокнение, вплоть до исчезновения замыкательных пластинок, локальный (интра-, субортикальный или трабекулярный) остеопороз, снижение высоты межзубных перегородок, которые требуют своевременного диагностирования и подключения необходимой терапии, вплоть до полного восстановления зубного ряда;

3. Полученные результаты СЭМ показали, что гиперпаратиреоз приводит к существенным изменениям ультраструктуры твердых тканей зубов, по причине нарушения их метаболизма – деструкции эмалевых призм, появлению трещин, эрозии с углублениями и выемками различных размеров, повреждению дентина в виде утолщения прослоек между трубочками, сужению, искривлению и опустошения просвета трубочек, являющиеся основным путём обмена веществ между пульпой, дентином и эмалью.

4. В развитии кариозных и некариозных заболеваний зубов при гиперпаратиреозе значительную роль играет повышение уровня паратгормона, который имеет обратную корреляционную связь с возрастными показателями ($P = 0,34$), в то время как, возраст имеет прямую корреляционную связь со степенью тяжести клинического течения заболевания ($P = 0,42$) и развитием соматической патологии ($P = 0,38$).

5. Гиперпаратиреоз, сопровождаясь выделением избыточного количества паратгормона приводит к вымыванию кальция из костей, становится причиной развития остеопороза и структурных изменений зубов, влияет на функцию некоторых половых гормонов, определяя уровень необходимых электролитов в сыворотке крови и тканях, таких как фосфор, магний и кальций, формируя кариозные и некариозные поражения.

6. Глубокое фторирования эмали и дентина отечественным препаратом «Denta-Fluo» в виде длительной профилактики, без ограничений в возрастных гаммах, предотвращает развитие тяжелых, осложненных форм кариозных и некариозных заболеваний зубов, тем временем, для восстановления более глубоких структурных изменений, требуется комбинированное лечение, с использованием композитного материала «S-LIGHT» у пациентов с гиперпаратиреозом.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.04.2022. Tib.93.01
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES
AT THE BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE

Navruzova Lola Khalimovna

**CLINICAL AND STRUCTURAL CHANGES IN CARIES AND NON-
CARIOUS DISEASES IN HYPERPARATHYROIDISM, PREVENTION AND
TREATMENT METHODS**

14.00.21 – Dentistry

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

BUKHARA – 2023

The theme of the doctor of philosophy (PhD) dissertation was registered at the Supreme Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan in B2022.3.PhD/Tib1439

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 of the Scientific Council (www.bsmi.uz) and on the Information and Educational Portal «ZiyoNet» (www.ziyo.net).

Scientific supervisor

Irsaliev Khusnitdin Ibragimovich
doctor of medical sciences, professor

Official opponents

Olimov Siddik Sharifovich
Doctor of Medical Sciences

Murtazaev Saidazim Saidazamovich
Doctor of Medical Sciences

The leading organization

Saint Petersburg State University (Russian Federation)

Defense will take place on «____» _____ 2023 at _____ at the meeting of Scientific Council DSc.04/30.04.2022.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).

The dissertation can be reviewed at the Information Resource Center of the Bukhara State medical institute (registered number____). (Address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone: (+99865) 223-00-50)

Abstract of dissertation sent out on «____» _____ 2023 year
(mailing report № _____ on «____» _____ 2023 year)

A.Sh. Inoyatov

Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

N.N. Kazakova

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

B.Z. Khamdamov

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of research works. The aim of this study is to study the clinical and structural changes in caries and non-carious dental diseases in hyperparathyroidism caused by dysfunction of the parathyroid glands.

Objects of the research. The study is based on a clinical, laboratory, dental, instrumental and morphological analysis of 58 patients with carious and non-carious dental diseases with hyperparathyroidism, methods of their prevention and treatment, who applied to the endocrinological dispensary of the Bukhara region, the endocrine surgery department of the RSNPMC Endocrinology named after Turakulov, the regional dental polyclinic (Bukhara State Medical Institute), as well as 30 patients with carious and non-carious dental diseases who do not suffer from hyperparathyroidism, for an adequate assessment of the results obtained.

The scientific novelty of research works.

for the first time on the basis of a comprehensive clinical and dental, morphological, biochemical study, irreversible structural (caries and non-caries) changes in the teeth, interconnected with dysfunction of the parathyroid glands, were revealed;

the presence of a correlation relationship of parathyroid hormone with age indicators, the level of FSH and calcium in the blood in case of dysfunction of the parathyroid glands has been proven;

changes in the hard tissues of the tooth were revealed - a violation of the integrity of the enamel with a change in electrical excitability, degenerative changes in the gums, desolation of the dentinal tubules in hyperparathyroidism;

New methods for the prevention and treatment of carious and non-caries dental diseases with dysfunction of the parathyroid glands have been developed.

Implementation of research results. The scientific significance of the results of the study lies in expanding the degree of theoretical knowledge about the etiopathogenetic approach to the treatment and prevention of carious and non-caries dental diseases in hyperparathyroidism, large-scale implementation of the principles of diagnosis, therapy and prevention in research centers, outpatient and inpatient appointments.

The practical significance of the results of the study lies in the possibility of large-scale implementation of the developed diagnostic algorithm, the proposed preventive and therapeutic measures for carious and non-caries dental diseases caused by hyperparathyroidism.

The outline of thesis. The dissertation consists of an introduction, 4 chapters, a conclusion, a list of references. The volume of the dissertation is 118 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I қисм (I часть; I part)

1. Наврузова Л.Х., Ирсалиев Х.И. Изменение микроархитектоники твёрдых тканей зуба при кариесе у больных при гиперфункции околощитовидных желёз // Новый день в медицине, научный-реферативный, духовно-просветительский журнал. – Бухара, 2022. - №4 (42) – С. 174-177 (14.00.00; № 22).

2. Navruzova L. Kh. Clinical and Morphological Features of the State of the Dentoalveolar System in Patients with Increased Parathyroid Function Features of Providing Dental Care // Annals of the Romanian Society for Cell Biology-2021. – Vol. 25, Issue 1. – P.5065 – 5071 (Scopus Q4).

3. Navruzova L. Kh., Boltayeva M. M. The importance of scanning electron microscopy in the study of dental hard tissue pathology // Journal for Innovative Development in Pharmaceutical and Technical Science (JIDPTS). – 2021. – Vol.:4. Issue:3, P. 63-66. (Impact-Factor 6.011).

4. Ирсалиев Х.И., Наврузова Л.Х. Особенности стоматологических показателей ротовой полости при дисфункции паращитовидных желёз // Интегративная стоматология и челюстно - лицевая хирургия. – Ташкент, 2023. - №2 (4) – С. 143-148. ISSN 2181-3574

5. Наврузова Л.Х., Ирсалиев Х.И. Сравнительный анализ клинических симптомов ротовой полости полости и субъективных данных при гиперпаратиреозе // Новый день в медицине, научный-реферативный, духовно-просветительский журнал. – Бухара, 2022. - №11 (49) – С. 147-151. (14.00.00; № 22)

6. Navruzova L. Kh. The role of sex hormones (FSH, LH) in the development of carious and non-carious dental diseases in hyperparathyroidism // Internacional bulletin of medical sciences and clinical research. Vol. 2, Issue 8-P.15-18 UIF=8.2/SJIF=5.94 ISSN 2750-3399

7. Navruzova L. Kh. Results examination of the organs of the oral cavity by index estimates for hyperparathyroidism. // Eurasian journal of medical and natural sciences innovative academy. Research Support Cente UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Volume 3 Issue 2, February 2023. – ISSN 2181-287X – P. 164-169 (Impact-Factor 8.3), (14.00.00; № 43).

8. Наврузова Л.Х. Частота зубочелюстных аномалий и клинических изменений зубов при дисфункции паращитовидных желёз. // Новый день в медицине, научный-реферативный, духовно-просветительский журнал. Бухара, 2023. – №7 (57) – С.65-70. ISSN 2181-712X. ISSN 2181-2187 (14.00.00; № 22).

II қисм (II часть; II part)

1. Атаева М.А., Наврузова Л.Х. Повышение эффективности лечения клиновидных дефектов зубов / Актуальные проблемы стоматологии Материалы Республиканской научно-практической конференции. Ассоциация стоматологов республики Узбекистан. Нукус, 2018. – С. 128-129.

2. Наврузова Л.Х. Клинико-морфологические особенности состояния зубочелюстной системы у больных при повышении функции околощитовидной желез. Особенности оказания стоматологической помощи // Биология и интегративная медицина. Бухоро, 2020. – №3 (43). – С. 54-63.

3. Наврузова Л.Х., Болтаева М.М. Лечение некариозных поражений твердых тканей зубов при гиперпаратиреозе / Стоматологиянинг долзарб муаммолари. Илмий-амалий анжуман. Фарғона, 2021. – С. 60-61.

4. Наврузова Л.Х. Studi of the struktur of the hard tissues of the teeth by skaning electron mikroskopy in endokrin pathologi / STEP-2021 3rd International Conference on Science Technology and Educational Practices Hosted from Portugal. online-conferences.com. – 2021. – С. 62-64

5. Наврузова Л.Х. Клинические особенности состояния зубочелюстной системы у больных при повышении функции околощитовидной железы / Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины. Научно-практическая конференция ГОУ ТГМУ. Душанбе, 2021. – С. 76-77.

6. Наврузова Л.Х. Новый взгляд на проблему профилактики и лечения заболеваний пародонта при гиперпаратиреозе / V -Международный Конгресс стоматологов «Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». Ташкент, 2022. – С. 496-497.

7. Наврузова Л.Х. Оценка распространённости заболеваний пародонта при гиперпаратиреозе / Инновационные методы заболеваний пародонта в детском возрасте. Ташкент, 2022. – С. 43-45.

8. Наврузова Л.Х. Оптимизация комплексного лечения тканей пародонта при дисфункции паращитовидных желёз с применением лекарственных растений / III-международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы фармакологии от разработки до их рационального применения» Бухара, 2022. – С. 100.

9. Наврузова Л.Х., Ирсалиев Х.И. Методы диагностики клинических изменений зубов и пародонта при дисфункции паращитовидных желёз / Актуальные проблемы стоматологии. Материалы Республиканской научно-практической конференции. Бухара, 2022– С.120-125.

10. Наврузова Л.Х., Саидова Н.А., Косимова Г.Л. Ультроструктурная организация твердых тканей зубов на фоне гиперпаратиреоза / Проблемы науки.–№ 4 (28). Москва, 2018. С. 138-140.

11. Navruzova L. Kh. Influence of hyperparathyroidism on changes in dental indices. / European journal of Modern medicine and practice. EJMP –2022. – С. 64-68. ISSN: 2795-921X

12. Наврузова Л.Х., Ирсалиев Х.И. Кариеснинг тарқалиши ва интенсивлигини қалқонсимон олди гиперфункцияси бор беморларда баҳолаш

/ Журнал стоматологии и кранифасциальных исследований. Самарканд, 2022- С. 131-134. (14.00.00; № 22)

13. Наврузова Л.Х., Ирсалиев Х.И. Гиперпаратиреоз касаллигида тиш қаттиқ тўқималарининг клиник ўзгаришлари, ташхислашда турли мутаххасислар ёндошуви / Журнал стоматологии и кранифасциальных исследований. Самарканд, 2022- С. 30-33. (14.00.00; № 22)

14. Наврузова Л.Х., «Гиперпаратиреоз билан оғриганларда кариес ва кариесга боғлиқ бўлмаган тиш касаллигининг янги даволаш усули»/ ЭҲМ Электрон дастур. – 2022. – № DGU-19288.

15. Наврузова Л.Х. Саноева М.Ж. «Гиперпаратиреоз билан оғриганларда кариес ва кариесга боғлиқ бўлмаган тиш касаллигининг ташхислаш усули»/ ЭҲМ Электрон дастур. – 2022. – № DGU-19287.

16. Наврузова Л.Х., Ирсалиев Х.И. Способ диагностики клинических и структурных изменений зубов при дисфункции паращитовидных желез. Методические рекомендации. Ташкент, 2022. – С. 24.

