

MEDICAL JOURNAL

Volume 1, No. 1

Pages 1-214

December 5, 2022

Vol. 1 No. 1 December 5,2022

MedUnion



Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

E- ISSN 2181-3183

Содержание:

1. Абдукадырова Н.Б., Расулова Ш.Р., Насимов Э.Э., Арипова Г.Э. Клинический случай лечения дистального прикуса при контроле роста челюстных костей	6-12
2. Вохидов У.Н., Шамсиев Д.Ф. Применение местной кортикостероидной терапии в комплексном лечении продуктивных форм хронического синусита	13-18
3. Дон А.Н., Нагай С.Г. Изучение введения дипсакозида на структуру щитовидной железы в эксперименте	19-24
4. Дусмухамедова А. М., Туйчибаева Д. М. Evaluation of clinical and functional indicators of oct angiography and perimetry in patients with primary open-angle glaucoma	25-31
5. Дусмухамедова А. М., Туйчибаева Д. М. Oct angiography of the peripapillary retina in primary open-angle glaucoma	32-37
6. Ёдгарова У.Г., Раимова М.М. Безовта оёқлар синдроми	38-43
7. Жураев Б.Н., Ксембаев С.С., Халматова М.А. Современные местно-воздействующие средства на течение гнойно-воспалительного процесса и перспективы их использования в челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии	44-48
8. Зайнутдинов М. Применение синтетического костного материала при хирургическом лечении кист челюстей	49-56
9. Ибатов Н. А., Шамсиев Д.Ф. Ташқи буруннинг деформацияси бўлган беморларни даволаш ва парваришлаш самарадорлигини ошириш	57-61
10. Камилов Ж.А., Рихсиева Д.У., Махмудов М.Б. Оценка иммунного статус полости рта у больных с хронической болезнью почек	62-65
11. Кодирова М.Т., Махсумова С.С., Махсумова И.Ш. Болалар оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида травматик таъсуротлар натижасида юзага келадиган шикастланишлар	66-72
12. Миразизова Д.Р., Ходжиметов А.А., Махкамова Н.Э. Механизм развития дисфункции эндотелиальных клеток у больных перенесших коронавирусную инфекцию	73-81
13. Мухамедов Д.У., Абдукаюмов А.А. Повышение качества жизни детей школьного возраста с нейросенсорной тугоухостью	82-86
14. Назиров Ф. Н. Болаларда тимпаносклероз ривожланишида сурункали йирингли ўрта отитнинг роли	87-92
15. Наркузиев Б. Б., Пулатов А.А., Махмудова З.Т. Роль связи кишечной микробиоты с обменом веществ и метаболизмом организма человека	93-97
16. Нишанова А.А. Структурно-функциональное развитие тонкой кишки и цитофизиология процессов всасывания в раннем постнатальном онтогенезе	98-106
17. Норкулова З.Н., Шарипова П.А. Патогенетические подходы к лечению слизистой полости рта у больных, перенесших коронавирусную инфекцию	107-111

ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.

Камилов Ж.А., Рихсиева Д.У., Махмудов М.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

Резюме

Целью нашего исследования явилось изучение иммунологических показателей полости рта при хронической болезни почек (ХБП).

Материал исследования. Обследовано слюна 40 пациентов на различной стадии ХБП и 10 контрольная группа.

Результаты. В полости рта у больных, страдающих патологией почек, нами изучены их состояние факторов местной защиты. При этом в основном изучали: титр лизоцима, фагоцитарный показатель и уровень секреторного иммуноглобулина класса А (slg A). У больных с ХБП первой стадии (признаки нефропатии) так как показатели титра лизоцима составил мг%, $16,10 \pm 0,3$ (при норме $19,7 \pm 0,70$) показатель фагоцитоза составил $50,60 \pm 1,3$ % (при норме $58,1 \pm 1,50$) и уровень секреторного иммуноглобулина класса А равен $1,10 \pm 0,3$ мг/% (при норме $1,80 \pm 0,30$). Такие же изменения в сторону дефицита нами отмечены при всех стадиях ХБП и степень выраженности значительно выше при 4 стадии ХБП тяжелой стадии, что соответствует выраженному иммунодефициту.

Заключения. Снижение местных факторов защиты полости рта у больных с хронической болезнью почек приводит к нарушению колонизационной резистентности микробов в различных областях полости рта, а также спектра и частоты встречаемости микробов составляющих микрофлору полости рта

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, местный фактор защиты полости рта, титр лизоцима, фагоцитарный показатель, секреторный иммуноглобулин класса А (slg A).

Хулоса

Бизнинг тадқиқотимизнинг мақсади сурункали буйрак касаллигида оғиз бўшлиғининг иммунологик параметрларини ўрганиш еди.

Тадқиқот материали. Сурункали буйрак касаллиги турли босқичларида бўлган 40 нафар бемор ва 10 та назорат гуруҳининг сўлакни текширилди.

Натижалар. Буйрак патологияси билан оғриган беморларнинг оғиз бўшлиғида маҳаллий ҳимоя омилларининг ҳолатини ўргандик. Шу билан бирга, асосан қуйидагилар ўрганилди: лизоцим титри, фагоцитар индекс ва секретор иммуноглобулин А синфининг даражаси (slg A). Биринчи босқичдаги сурункали буйрак касаллигида (нефропатия белгилари) билан оғриган беморларда лизоцим титри мг%, $16,10 \pm 0,3$ (норма $19,7 \pm 0,70$) фагоцитоз индекси $50,60 \pm 1,3\%$ (нормада $58,1 \pm 1,50$) ва А синфидаги секретор иммуноглобулин даражаси $1,10 \pm 0,3$ мг/% ($1,80 \pm 0,30$)

меъёрда). Барча сурункали буйрак касаллигидаги беморларда барча босқичларида оғиз бўшлиғида маҳаллий ҳимоя омиллари пасайиши қайд етдик ва оғир 4-босқичида бу ку'рсаткичлар анча пастроқ бўлиши кузатилди, бу оғир иммунитет танқислигига олиб келади.

Хулоса: Сурункали буйрак касаллиги билан оғриган беморларда оғиз бўшлиғини ҳимоя қилишнинг маҳаллий омилларини пасайиши оғиз бўшлиғининг турли соҳаларида микробларнинг колонизацияга чидамлилиги, шунингдек, микрофлорани ташкил етувчи микробларнинг пайдо бўлиш спектри ва частотасининг бузилишига олиб келади.

Калит сўзлар: сурункали буйрак касаллиги, оғиз бўшлиғида маҳаллий ҳимоя омиллари, лизоцим титри, фагоцитар индекс, А тоифали секретор иммуноглобулин (slgA).

Summary

The aim of our study was to study the immunological diseases of the oral cavity in chronic kidney disease (CKD).

Research material. The saliva of 40 patients at the stage of CKD and 10 control group was examined.

Results. In the oral cavity of patients suffering from kidney pathology, we studied their state of local defense factors. At the same time, the following were mainly studied: lysozyme titer, phagocytic index and the level of secretory immunoglobulin class A (slg A). In patients with CKD of the first stage (signs of nephropathy), since the titer of lysozyme was mg%, 16.10 ± 0.3 (with a norm of 19.7 ± 0.70), the phagocytosis index was $50.60 \pm 1.3\%$ (with the norm is 58.1 ± 1.50) and the level of class A secretory immunoglobulin is 1.10 ± 0.3 mg/% (at a norm of 1.80 ± 0.30). We noted the same changes towards deficiency at all stages of CKD and the severity is much higher at stage 4 of severe CKD, which corresponds to severe immunodeficiency.

Conclusions. Decreased local factors of protection of the oral cavity in patients with chronic kidney disease leads to a violation of the colonization resistance of microbes in various areas of the oral cavity, as well as the spectrum and frequency of occurrence of microbes that make up the microflora of the oral cavity.

Key words: chronic kidney disease, local oral defense factor, lysozyme titer, phagocytic index, class A secretory immunoglobulin (slg A).

Актуальность проблемы: Доказано, что соматические заболевания и состояние полости рта взаимосвязаны. Во всем мире растет распространенность неинфекционных заболеваний (НИЗ), таких как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания мочеполовой системы и др. Согласно данным Акилова Ф.А. и соавтор частота урологической патологии во всем мире, в том числе и в

Узбекистане, имеет тенденцию к росту [1]. В структуре заболеваемости по Республике удельный вес болезней мочеполовой системы составляет 5,6 и занимает 5 место. Из них на долю болезней почек и мочеточников приходится 70,7%, МКБ – 11,7%, почечной недостаточности – 9,8%.

При хронической почечной недостаточности в почках и в других органах, в том числе в тканях полости

рта, развивается эндотелиальная дисфункция, которая приводит к нарушению кровообращения и микроциркуляции, нарушается общий обмен и минеральный в костной ткани, приводящий к ее атрофии. Слизистая полости рта чаще бледная, с появлением на ней бляшек от белого до коричневого цвета, на языке наблюдается сглаживание сосочков. У данных больных наблюдается воспалительные и деструктивные поражения тканей пародонта, развитие кариеса, что приводит к потере зубов [2].

Учитывая, что почки обладают различными и в то же время важными функциями, можно ожидать, что даже незначительные структурные изменения вызовут серьезные метаболические расстройства, что и является причиной такой разнообразной клинической картины в полости рта при заболеваниях почек [3].

Изменение микрофлоры полости рта - первый признак, позволяющий судить о дальнейшем развитии патологических образований и снижения функций органов полости рта.

В слюне находятся важнейшие молекулярные (лизоцим, лактоферрин, лактопероксидаза и другие ферменты, компоненты системы комплемента) и клеточные (гранулоциты и макрофаги) факторы неспецифической резистентности организма. Защитная активность различных веществ слюны связана, как с их непосредственным действием на микробы, так и с

торможением адгезии к эмали зуба или эпителию слизистой оболочки[4].

Материал и методы: явились 50 пациентов : 10 – на первой стадии признаки нефропатии, 10 –на второй стадии легкое снижение, 10 –3 стадия умеренное снижение , 10- 4 стадия тяжелое снижение и 10 – контрольная группа, без патологии мочевыделительной системы. Для определения фагоцитарной активности нейтрофилов в слюне, забор и обработка материала проводились по методу Темурбаева М.А, в модификации Антонова А.В. Активность лизоцима в слюне определялась нами при помощи способа Алиева Ш. Р. В основу метода определения иммуноглобулинов класса А - секреторной фракции (slgA) положен метод Манчи.

Результаты и обсуждение:

Из таблицы видно, что у больных с ХБП, в частности при всех стадиях в полости рта отмечается иммунодефицит по всем изучаемым параметрам, так у больных с ХБП первая стадия: титр лизоцима составил $16,10 \pm 0,3 \text{ мг\%}$, показатель фагоцитоза составил $50,60 \pm 1,3$ и уровень секреторного иммуноглобулина класса А равен $1,10 \pm 0,3 \text{ мг\%}$. Такие же изменения в сторону дефицита нами отмечены и при других стадиях ХБП, хотя при этих патологиях степень выраженности значительно выше при 4 стадии: титр лизоцима составил $7,2 \pm 0,1 \text{ \%}$, показатель фагоцитоза составил $23,1 \pm 1,2$ и уровень секреторного иммуноглобулина класса А равен $0,52 \pm 0,4 \text{ мг\%}$

№	Показатели	Норма	1 стадия	2 стадия	3 стадия	4 стадия
1	Титр лизоцима	$19,7 \pm 0,4$	$16,10 \pm 0,3$	$12,70 \pm 0,5$	$10,0 \pm 0,1$	$7,2 \pm 0,1$

2	Показ. Фагоцитоза	58,1±1,3	50,60±1,3	46,20±0,9	30,0±1,2	23,1±1,2
3	Уровень секреторного Ig A (slg A)	1,80±0,2	1,10±0,3	0,89±0,4	0,70±0,3	0,52±0,4

При этом, интересно отметить, что среди изученных параметров наибольший дефицит составляет показатели фагоцитоза. По всей видимости, у больных с заболеваниями почек в первую очередь нарушаются местные факторы защиты, которые несомненно приводят к безудержному росту в полости рта условно патогенных и патогенных микроорганизмов, что и приводит к формированию дисбиоза, которые в свою очередь оказывает влияние на мониторинг основной болезни

Заключение: Снижение местных факторов защиты полости рта у больных

с заболеваниями почек приводит к нарушению колонизационной резистентности микробов в различных областях полости рта, а также спектра и частоты встречаемости микробов составляющих микрофлору полости рта. При чем снижение выражение у больных на поздних стадиях ХБП так у 3 и 4 групп титра лизоцима составил $10,0 \pm 0,1$ и $7,2 \pm 0,1$ мг%, (при норме $19,7 \pm 0,70$) показатель фагоцитоза составил $30,0 \pm 1,2$ и $23,1 \pm 1,2$ % (при норме $58,1 \pm 1,50$) и уровень секреторного иммуноглобулина класса А равен $0,70 \pm 0,3$ и $0,52 \pm 0,4$ мг% (при норме $1,80 \pm 0,30$) соответственно.

Литература / References

1. Акилов Ф.А., Маматкулов Б.М., Худайбергенов У.А. Состояние и перспективы развития урологической помощи в Республике Узбекистан. – Здоровоохранение Узбекистан. – 2007. - № 41, 09.10
2. Changes in the oral cavity in patients with chronic kidney disease MU Dadabayeva, DU Rikhsieva, MF Mirkhoshimova, SA Asemova Current approaches and research of the XXI century–2020. Editura “Liceul, 68-71, 2020
3. Oral mucosa and salivary findings in non-diabetic patients with chronic kidney disease Jovan Marinoski <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2019.04.021>
4. Systemic Consequences of Poor Oral Health in Chronic Kidney Disease Patients
5. Harun Akar, Gulcan Coskun Akar, Juan Jesús Carrero, Peter Stenvinkel and Bengt Lindholm CJASN January 2011, 6 (1) 218-226;

УДК: 817.31-73-02:61-008.64-036.12