

fektsiye [A differentiated approach to the choice of cutaneous surgery in patients with surgical infection]. *Khirurgiya – Surgery*, 2009, No. 9, pp.19-24.

4. Dedov I. I., Shestakov M. V., Suntsov Yu. I. Rezultaty realizatsii podprogrammy «Sakharnyy diabet» federalnoy tselevoy programmy «Preduprezhdenie i borba s sotsialno znachimymi zabolevaniyami 2007-2012 gody» [The results of the implementation of the subprogram "Diabetes mellitus" of the federal target program "Prevention and control of socially significant diseases 2007-2012"]. *Sakharnyy diabet - Diabetes*, 2013, Vol. 16, No. 25, Special issue 2, pp. 2-16.

5. Zorin V. L., Zorina A. I., Petrakova O. S. Dermalnye fibroblasty dlya lecheniya defektov kozhi [Dermal fibroblasts for the treatment of skin defects]. *Kletchnaya transplantologiya i tkanevaya inzheneriya - Cell transplantation and tissue engineering*, 2009, No. 4, pp. 26-40.

6. Nabiev M. Kh., Abdulloev D. A., Khafizov B. M. Kompleksnaya otsenka i korrektsiya sostoyaniya svyortyvayushchey sistemy krovi u bolnykh s sindromom diabeticheskoy stopy [Complex assessment and correction of the state of the coagulating system of blood in patients with diabetic foot syndrome]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2017, No. 3, pp. 55-61.

7. Yarets Yu. I., Novikova I. A. Laboratornyy prognoz riska ottorzheniya autodermotransplantata [Laboratory prognosis of autoreceptor rejection risk]. *Vestnik khirurgii – Herald of Surgery*, 2010, No. 2, pp. 34-38.

8. Ismail K., Winkley K., Stahl D. et al. A cohort study of people with diabetes and their first foot ulcer: the role of depression n mortality. *Diabetes Care*, 2007, Vol. 30, No. 6, pp. 1473-1479.

**Н.С. Сафаров, Н.Д. Мухиддинов,
Б.М. Ҳафизов, А.П. Худойдодов
АУТОДЕРМОПЛАСТИКА ДАР ТАБОБАТИ
ЧАРРОҲИИ БЕМОРОНИ ШАКЛҲОИ
ОРИЗАНОКИ АЛОИМӢ ПОПАНЧАИ ДИАБЕТӢ**

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои табобати чарроҳии бо алоими попанчаи диабетии бо роҳи тармими озоди пӯст.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар маркази эндокринӣ воқеъ дар МД МТШ №3 ш. Душанбе таҳти назорат 56 бемор қарор дошт, ки бо оризаҳои намудҳои алоими попанчаи диабетии баъди икҷои трансметатарзиали бо мавтшагии порчаи пӯсту фатсиали ва фасодию септики чарроҳии шуданд. Дар байни онҳо мардон буданд 34 (60,7%), занҳо -22 (39,3%). Сину солашон аз 30 то 54 сола буда аслан бо шакли нейропатии сироятнокшуда буданд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар ҳама 56 беморони оризаноки мавти порчаи гузашташудаи пӯсту фатсиали баъд аз тозашии захм аз бофтаҳои мавтшуда ва пайдо шудани бофтаҳои гранулясионии тармими озоди бисёрқабатаи порчаи пӯст ғафсиаш аз 0,2 то 0,4 мм ки аз қисмати пеши берунаи рон гирифта шуд ва муаянкуни ТсрО₂ дар сатҳи попанча тармим гузашта шуд. Дар ин беморон ТсрО₂ тақрибан то 31-42 мм.сут.сим. (нишондоди миёна 35,8±2,4 мм.сут.сим.) ташкил меод. Баъди кучонидани порчаи пӯст дар мунча бо дарзҳои қанда қандаи кетгути духта шуданд. Дар ин маврид бандинабандии якуми бемор баъди се рӯз иваз карда мемешавад, ва бандина аввал бо маҳлули декасан намнок карда меавад. Дар 36 (64,3%) ҳолатҳо пурра пайвандсозии бофтаҳои гузаронида ба назар мерасад ва 16 (28,6%) бошад қисман пайвандсозии бофтаҳо ва ҳамагӣ дар 4 (7,1%) ҳолат бошад мавтшагии пурраи пайванди пӯст ба назар расид.

Хулоса. Ҳамин тариқ амалиётҳои чарроҳии узвнигоҳдоранда ва вазифа-эҳтиёткунанда дар беморони шаклҳои оризаноки алоими попанчаи диабетӣ бояд баъди баргарафкунии раванди илтиҳобӣ, ки дар натиҷаи табобати комплекси консервативӣ ба даст меояд, гузаронида шавад, тармими озоди пӯст бошад амалиёти чарроҳии интиҳобӣ буда, барои пешгирии инкишофи мунчаи ноқис лозим аст.

Калимаҳои калиди: алоими попанчаи диабетӣ, табобати чарроҳӣ, ампутатсияи андомҳои поений, аутодермопластика.

УДК 669.245:612.089.61:616.31

Д.И. Хушвахтов, М.Ш. Мирзоев, Х.Т. Рашидов, С.А. Сафаров

**БИОСОВМЕСТИМЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОЛОСТНЫХ
ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «ИПОВСЗ РТ»

Хушвахтов Додарджон Иззатович – асс. кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «ИПОВСЗ РТ», к.м.н.; г. Душанбе, ул. С. Носиров, дом 3;
тел.: + 992 777 07 85 44; + 992 987 56 44 44; e-mail: doctor62.62@mail.ru

Цель исследования. Оценить применение биосовместимых материалов нового поколения на основе никелида титана для устранения полостных образований костной ткани челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследований. Проведен анализ результатов хирургического лечения 78 больных в возрасте от 18 до 55 лет с кистозными и доброкачественными образованиями челюст-

ных костей с использованием мелкогранулированного никелида титана в комбинации с богатой тромбоцитами плазмой крови и текстильной тонкопрофильной мембраной.

Результаты исследований и их обсуждение. У всех больных послеоперационный период протекал благоприятно. Значимых осложнений не наблюдали. Ближайший послеоперационный период сопровождался незначительной воспалительной реакцией в зоне вмешательства, которая у большей части ликвидировалась к 6-7 суткам, определялось первичное заживление ран. При повторном обследовании через 1 месяц и в последующие сроки наблюдения больные жалоб не предъявляли, слизистая оболочка в области оперативного вмешательства была бледно-розового цвета, без отека. Рентгенологическая картина через год у всех пациентов показала полное восстановление костного дефекта с органотипичным строением и минерализацией. Снижения высоты костной ткани не наблюдалось ни в одном случае, что очень важно для дальнейшей имплантологической реабилитации больных.

Заключение. Благодаря высоким интеграционным свойствам мелкогранулированного тканевого никелида титана в комбинации с богатой тромбоцитами плазмой (БТП) через 6-8 месяцев после его применения происходит полное восстановление костных структур в оперируемом участке за счёт исключительной остеогенной репарации, о чём свидетельствуют клинические и рентгенологические данные больных. Результаты применения данной технологии показали её высокую эффективность при устранении полостных образований костей челюстно-лицевой области и позволили рекомендовать как метод выбора.

Ключевые слова: одонтогенная киста, остеобластокластома, мелкогранулированный никелид титана, тонкопрофильная мембрана, тромбоцитарная плазма.

D. I. Khushvakhtov, M. Sh. Mirzoev, Kh.T. Rashidov, S. A. Safarov

BIOCOMPATIBLE MATERIALS FOR ELIMINATION OF CAVITARY FORMATIONS OF THE MAXILLOFACIAL AREA

Department of oral and maxillofacial surgery with pediatric dentistry of the Institute of postgraduate medical education of Tajikistan

Khushvakhtov Dodarjon Izzatovich - Candidate of Medical sciences, assistant of the Department of oral and maxillofacial surgery with pediatric dentistry of the Institute of postgraduate medical education of Tajikistan; Dushanbe, S. Nosirov Str.3, phone: + 992 777 07 85 44; + 992 987 56 44 44; e-mail: doctor62.62@mail.ru

Aim. To evaluate the use of biocompatible materials of a new generation based on nickelide-titan to eliminate cavitory formations of the maxillofacial region.

Material and methods. The research focused on the analysis of the surgical treatment results of 78 patients with cystic and benign formations of jaw bones. Granulated nickelid-titan in a combination with a platelet-rich blood plasma and textile thin-profile membrane was used in a complex therapy. The age of patients ranged from 18 to 55 years.

Results. All patients had a favorable postoperative period without significant complications. The nearest postoperative period was accompanied by a minor inflammatory reaction in the intervention zone, which was mostly eliminated within 6-7 days. Patients did not present complaints during the examination in one month and all subsequent examinations. The mucous membrane in the area of operative intervention was pale pink without soreness. X-ray picture a year later in all patients showed complete restoration of bone defect with organotypic structure and mineralization. The decrease of bone height was not observed, which is very important for further implant rehabilitation of patients.

Conclusion. Highly integrated fine-grained nickelide-titan tissue in a combination with platelet-rich plasma brings to complete restoration of the bone structure within 6-8 months. It happens due to exclusively osteogenic reparation that is supported by clinical and radiological data. This technology showed to be highly effective in eliminating the cavitory formations of the maxillofacial area and allows recommending it as a method of choice.

Keywords: odontogenic cyst, osteoblastoclastoma, fine-grained nickelide-titan, thin membrane, platelet plasma.

Актуальность. Хирургическое лечение кистозных и доброкачественных образований челюстных костей связано с образованием поло-

сти в костной ткани. Самостоятельное восстановление костных структур в образованных полостях происходит длительное время, от не-

скольких месяцев до нескольких лет. Порой эти процессы оказываются незавершенными, дефект заполняется лишь соединительной тканью и делает проведенное вмешательство неэффективным ввиду скорого возникновения рецидива заболевания и необходимости повторной операции [2].

С целью сокращения сроков восстановления полостного образования костной ткани предлагается ее тампонада гипсом, йодоформенной турундой, кровяным сгустком, гемостатической губкой, а также используют ауто-, алло-, ксенотрансплантаты, полимерные и синтетические материалы [1, 3, 4]. Однако применение первых вызывает выраженные местные токсические и антигенные свойства, а вторых – проблемы, связанные с послеоперационным уходом за раной, сложностью их моделирования во время оперативного вмешательства. Многие из них, обладая остеокондуктивными свойствами, лишены остеоиндуктивных качеств [5].

Поэтому хирургическое вмешательство у данной категории больных заключается в использовании того или иного остеопластического материала, позволяющего оптимизировать процессы остеогенной регенерации в образованных после цистэктомии костных полостях.

В последние годы возрастает интерес к применению материалов нового поколения в комбинации с богатой тромбоцитами плазмой (БоТП), приготовленный из аутокрови самого пациента для заполнения различных полостных образований челюстно-лицевой области. Рядом авторов [4, 5] доказано наличие в ней фактора роста, который позволяет качественно совершенствовать процессы остеогенеза и сокращает время формирования костного регенерата.

В этой связи правильный выбор материала для заполнения и устранения костного дефекта играет ведущую роль для благоприятного исхода лечения и реабилитации больных.

Цель исследования. Оценить применение биосовместимых материалов нового поколения на основе никелида титана для устранения полостных образований костной ткани челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследования. За период 2012-2017 гг. под нашим наблюдением находились 78 больных с кистозными и доброкачественными образованиями челюстных костей. Возраст больных варьировал от 18 до 55 лет. Среди обследованных женщин было 40 (51,3%), мужчин - 38 (48,7%). Из общего количества у 37 (47,4%) диагностированы радикулярные кисты, у 15 (19,2%) - фолликулярные кисты, у 4 (5,1%) - ограниченные остеобластомы и у 22 (28,2%) - кистогранулемы.

Всем пациентам проведены клинические, микробиологические обследования по стандартной схеме (общий анализ крови, группа крови и резус-фактор, биохимический анализ крови, коагулограмма, исследование крови на RW, HCV, HbS-антиген, ВИЧ-инфекцию).

Жалобы больных при поступлении сводились к наличию деформаций альвеолярного отростка челюсти, на нижней челюсти некоторых больные отмечали онемение нижней губы. При нагноении кист ухудшалось общее состояние, появлялись жалобы на боли и припухлость в зоне расположения кист.

Всем больным производили ортопантомографию челюстных костей, при необходимости - компьютерную томографию и дополняли ее прицельными дентальными рентгеновскими снимками. Рентгенологическая картина кист характеризовалась наличием участка разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами. В случае фолликулярных кист в кистозную полость проецируется коронка ретенированного зуба либо полностью весь зуб. При остеобластоме отмечалось огромное полостное образование с неровными краями, округлыми очертаниями: на верхней челюсти прорастает в гайморову пазуху, на нижней челюсти практически занимает всё тело или угол.

Диагностику одонтогенных кист и доброкачественных образований производили методом пункционной биопсии, во время пункции получали опалесцирующую прозрачную жидкость, а при нагноении процесса в пункте появлялось гнойное содержимое.

Оперативное вмешательство выполняли под местным проводниковым и инфильтрационным обезболиванием (Sol. Ubistesini forte 4%, Articaini 4%, Mepivacaini 2%, Lidocaine HCL 2%).

Всем пациентам была проведена операция - цистэктомия с заполнением остаточной костной полости мелкогранулированным никелидом титана в комбинации с богатой тромбоцитами плазмой крови (БоТП). Далее сформировавшееся костное окошечко закрывалось текстильным тонкопрофильным тканевым никелидом титана соответствующего размера. Фиксация данного материала осуществляется благодаря эффекту прилипаемости к раневой поверхности и дополнительным поднадкостничным введением. Далее лоскуты укладывались на место и ушивались узловыми швами. У 4-х больных с остеобластомой, проросшей в пазуху верхней челюсти, была произведена цистогаймороназотомия с заполнением полости пазухи йодоформенной турундой.

У остальных больных с радикулярными и фолликулярными кистами цистэктомия выпол-

нялась по классической методике (Парч II). Удаление кист в данных случаях производилось по типу энуклеации. Зубы, корни которых находились в кистозной полости и представляли функциональную ценность, сохранялись. Предварительно осуществляли их депульпацию и эндодонтическое лечение. После полного удаления кистозной оболочки образовавшаяся костная полость обрабатывалась антисептиками и заполнялась мелкогранулированным никелидом титана с БоТП и запечатывалась текстильной тонкопрофильной мембраной. Рана ушивалась наглухо.

Больным с кистогранулёмами выполнялась резекции верхушки корня, заполнение полости производилось вышеназванной методикой.

В послеоперационном периоде больные получали антибактериальную, противовоспалительную и общеукрепляющую терапию.

Результаты исследований и их обсуждение. Динамическое наблюдение за больными включало, прежде всего, клиническое обследование, которое проводили по общепринятой методике на 2-7, 14-е сутки, спустя 1, 3, 6 месяцев и через год после оперативного вмешательства. Рентгенологический контроль включал панорамную рентгенографию челюстей, а также прицельную дентальную рентгенографию зубов в зоне оперативного вмешательства. В первые сутки выраженная инфильтрация краев раны отмечалась у 2 больных. Ликвидация послеоперационного отека наблюдалась на 6-7 сутки. Расхождения швов в послеоперационном периоде не было ни в одном случае.

При повторном обследовании через 1 месяц и в последующие сроки наблюдения больные жалоб не предъявляли, слизистая оболочка в области оперативного вмешательства была бледно-розового цвета, без отечности.

На 6-м месяце рентгенологически наблюдалось полное восстановление дефекта, однако, гомогенность отсутствовала. Зрелая органотипичная костная ткань прослеживалась по периферии дефекта. В центральных участках костный рисунок не носил признаков органотипичности: не наблюдалось сформированных гаверсовых каналов, типичного костного рисунка и минерализации кости. При контрольной рентгенографии через год у всех больных наблюдалось полное восстановление костного дефекта с органотипичным строением и минерализацией. Снижения высоты костной ткани не наблюдалось ни в одном случае, что очень важно для дальнейшей имплантологической реабилитации больных.

Для иллюстрации приводим пример из клинической практики

Для иллюстрации приводим пример из клинической практики

Больная Т. 31 год, обратилась в городскую стоматологическую поликлинику №2 города Душанбе 11.09.2017 г. с жалобами на периодические боли в области 13, 12, 11 зубов, затрудненный прием и пережевывание пищи. Из анамнеза выявлено, что считает себя больной в течение 2-3-х лет, за лечебной помощью ни разу не обратилась. Занималась самолечением, после чего отмечалось появление небольшой припухлости по переходной складке в проекции 13, 12, 11 зубов, которая постепенно нарастала, появились периодические боли в этой области, которые усиливались в динамике. При клиническом осмотре асимметрии лица не наблюдалось. Открывание рта свободное, при осмотре полости рта отмечались сглаженность и выбухание округлой формы по переходной складке в проекции корней 13, 12, 11 зубов. Слизистая оболочка переходной складки в этой области гиперемирована, отечна, пальпаторно слегка болезненна. Симптом Дюпюитрена (пергаментного хруста) положителен, по центру очага отмечается флюктуация. На ортопантограмме в зоне соответствующих зубов определяется образование округлой формы с ровными краями размером 2,0×2,5 см. Корень 12 зуба расположен в полости костного патологического очага (рис. 1). Клинико-лабораторное исследование произведено по традиционной схеме. На основании клинико-рентгенологического исследования выставлен диагноз: «Радикулярная киста верхней челюсти справа».

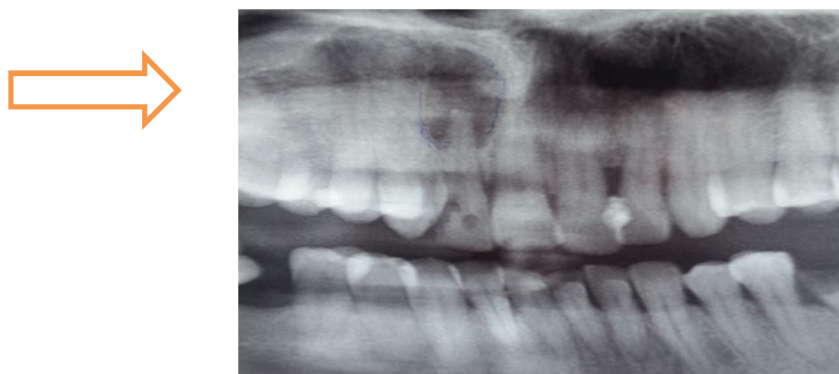
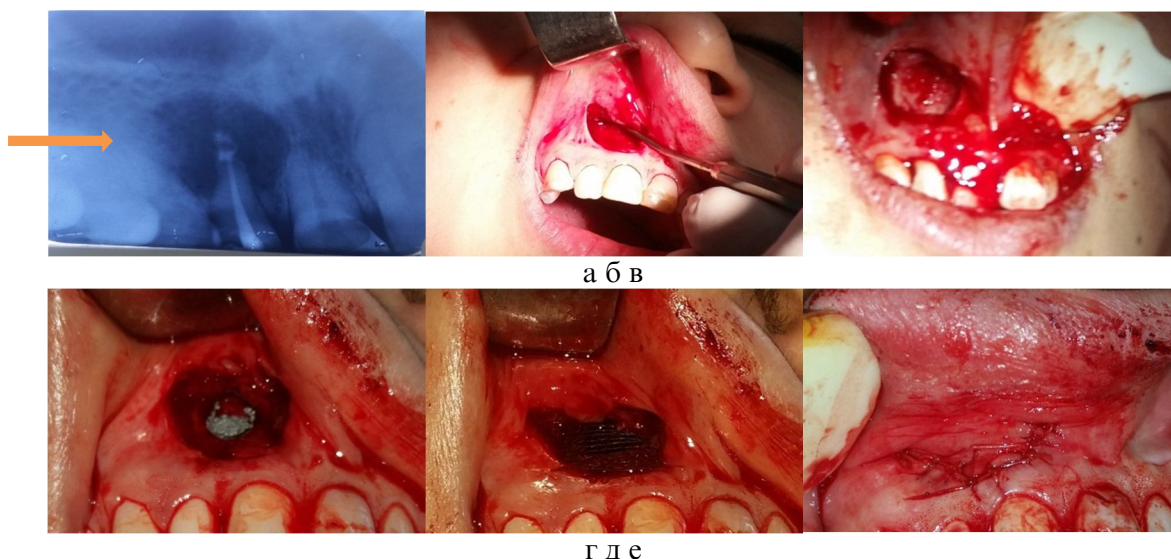


Рис. 1. Ортопантомография больной Т., 31 год. Диагноз: «Радикулярная киста верхней челюсти справа» (стрелками указано кистозное образование)

С целью предоперационной подготовки произведено удаление некротических масс и пломбирование корневого канала 12 зуба. Под проводниковой и инфильтрационной анестезией произведена операция цистэктомии с при-

менением мелкогранулированного пористо-проницаемого никелида титана, обогащенного тромбоцитарной массой (БоТП), с запечатыванием полости текстильной тонкопрофильной мембраной из этого материала.



где

Рис 2. Больная Т., 31 год. Этапы цистэктомии:

- а) дентальная рентгенография 12 зуба после депульпирования и пломбирования корневого надкостничного канала (стрелками указано состояние пломбировочного материала в полости кисты); б) разрез и отслойка слизисто-надкостничного лоскута; в) костный дефект после резекции и удаления кисты; г) заполнение костного дефекта гранулами из никелида титана; д) запечатывание костного дефекта текстильной тонкопрофильной мембраной из никелида титана; е) наложение швов на рану.**

Послеоперационный период протекал благоприятно, больная получила антибиотики широкого спектра действия, сульфаниламидные препараты, десенсибилизирующие и общеукрепляющие средства. Контрольный осмотр осуществлен через 3 месяца, жалоб нет. Асимметрии лица не выявлено. Открывание рта свободное, в полном

объеме. По переходной складке в проекции корней 11,12 зубов имеется небольшой послеоперационный рубец. Перкуссия и пальпация данных зубов безболезненны. На контрольной дентальной рентгенографии над областью верхушки корня 12 зуба прослеживается тень остеоинтеграционного материала из никелида титана.

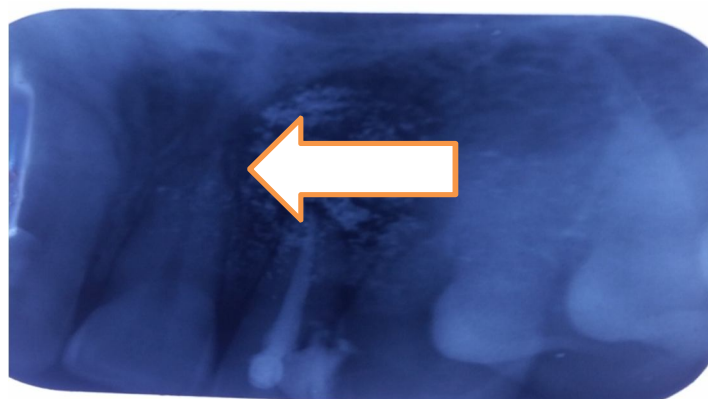


Рис. 3. Дентальная рентгенография 12 зуба, состояние после цистэктомии и заполнения костной полости мелкогранулированным никелидом титана (стрелками указан остеозамещающий материал)

Заключение. Клинический и рентгенологический контроль над оперированным больным в динамике показывает, что в результате

высокоинтеграционных свойств мелкогранулированного тканевого никелида титана в комбинации с богатой тромбоцитами плазмой

(БоТП), через 6-8 месяцев происходит полное восстановление костных структур в оперируемом участке за счет исключительно остеогенной репарации. Результаты применения данной технологии показали её высокую эффективность при устранении полостных образований костей челюстно-лицевой области и позволили рекомендовать как метод выбора.

Никелид титана с «памятью формы» обладает биологической, биофизической, биомеханической и биохимической совместимостью с тканями организма. Он обладает рядом преимуществ, которые не отмечаются у других материалов: биосовместимость, отсутствие резорбции и наличие высокой интеграции обеспечивают стабильность результата, полученного во время хирургического вмешательства, на длительный срок. Пористо-проницаемый никелид титана в комбинации с богатой тромбоцитами плазмой и тканевым никелидом титана в качестве барьерной мембраны с большим успехом могут использоваться при лечении больных одонтогенными кистами и кистоподобными образованиями челюстных костей, а также для устранения других дефектов и деформаций челюстно-лицевой области.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-5 см. в REFERENCES)

1. Гюнтер В.Э. Материалы и имплантаты с памятью формы в медицине.- Томск: НПП «МИЦ», 2014. - 342 с.
2. Хафизов Р.Г., Азизова Д.А., Миргазизов М.З. и соавт. Особенности изготовления пористой мембраны из сплава никелида титана для направленной тканевой регенерации //Ученые записки КГАМ им. Н.Э.Баумана.- 2012.- Т. 209. - С. 330-335.
3. Хафизов Р.Г., Миргазизов М.З., Азизова Д.А. и соавт. Особенности восстановления сегментарного дефекта альвеолярной части нижней челюсти у собак //Ученые записки КГАМ им. Н.Э.Баумана. - 2012. - Т. 209. - С. 335-339.

REFERENCES

1. Gyunter V. E. *Materialy i implantaty s pamyatyu formy v meditsine* [Materials and implants with shape memory in medicine]. Tomsk, NPP MITS Publ., 2014. 342 p.
2. Khafizov R. G., Azizova D. A., Mirgazizov M. Z. Osobennosti izgotovleniya poristoy membrany iz splava nikelida titana dlya napravlennoy tkanevoy regeneratsii [Peculiarities of the production of a porous membrane of nickelide-titan for directed tissue regeneration]. *Uchenye zapiski KGAM im. N.E.Baumana - Scientific notes of Kazan state Academy of veterinary medicine named after N. E. Bauman*, 2012, Vol. 209, pp. 330-335.
3. Khafizov R. G., Mirgazizov M. Z., Azizova D. A. Osobennosti vosstanovleniya segmentarnogo defekta alveolyarnoy chasti nizhney chelyusti u sobak [Peculiarities of the restoration of a segmental defect of

the alveolar part of the lower jaw in dogs]. *Uchenye zapiski KGAM im. N.E.Baumana - Scientific notes of Kazan state Academy of veterinary medicine named after N. E. Bauman*, 2012, Vol. 209, Vol. 335-339.

4. Yuzugullu B., Araz K. Validity of conventional surgical treatment methods for mandibular dentigerous cysts. Two case reports. *New York State Dental Journal*, 2011, Vol. 77 (2), pp. 36-39.

5. Sammut S., Morisson A., Lopes V., Malden N. Decompression of large cystic lesions of the jaw: a case series. *Oral Surgery*, 2011, No. 11, pp. 235-239.

**Д.И. Хушвахтов, М.Ш. Мирзоев,
Х.Т. Рашидов, С.А. Сафаров
МАВОДҲОИ МУВОФИҚАТИ БИОЛОГӢ
ДОШТА ДАР БАРТАРАФ НАМУДАНИ
ТАШКИЛАҲОИ КОВОКИДОРИ
МИНТАҚАҲОИ ҶОҒУ РӢ**

Мухимият. Барқароршавии мустакилонаи таркиби устухонҳо дар ташкилаҳои ковокидор баъд аз амалиёти систэктомия давомдор мегузарад ва аз рӯи вақт аз чанд моҳ то як чанд солро дар бар мегирад. Бо максоди кӯтоҳ намудани мӯҳлати барқароршавии ташкилаҳои ковокидори бофтаҳои устухонӣ як қатор усулҳо пешниҳод гардидааст, ба монанди пур намудан бо ғач, фатилаи йодоформӣ, лахтаи хун, исфанҷи (губка) гемостатикӣ, аз ҷумла истифодаи ауто-, алло- ва ксенотрансплантатҳо, маводҳои полимерӣ ва синтетикӣ. Вале истифодаи онҳо ба як қатор проблемаҳо дучор мегардонад, ба монанди таъсири саҳти токсикологӣ ва хусусиятҳои антигенӣ доштан, инчунин муракабӣ ва нигоҳубини пас аз ҷарроҳии захм ва тарҳрезии онҳо дар рафти амалиёти ҷарроҳӣ. Аз ин лиҳоз, интиҳоби дурусти маводҳо, ки барои пур намудан ва бартараф сохтани нуксонҳои устухонӣ бо максоди табобати босамар ва барқарорсозии беморон истифода мешавад, роли асосиро мебозад.

Максоди таҳқиқот. Истифодаи маводҳои мувофиқати биологии насли нав дар асоси никелид титан барои бартараф намудани ташкилаҳои ковокидори бофтаҳои устухонӣ минтақаҳои ҷоғу рӯи.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаи таҳқиқоти табобати ҷарроҳӣ дар 78 бемор аз синни 18 то 55-сола бо кистаҳо ва ташкилаҳои хушсифати устухонӣ соғҳо, бо истифода аз ҳулачаҳои хурди никелид титан дар якҷоягӣ бо тромбоцитҳои бойшудаи плазмаи хун ва мембранаи бофтагии нахҳои хурддошта гузаронида шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Давраи пас аз ҷарроҳӣ дар ҳамаи беморон бо муваффақият гузашт. Оризаҳои хос мушоҳида нагардиданд. Дар давраи аввали пас аз ҷарроҳӣ таасуротҳои илтиҳобии кам ба назар расид, ки дар давоми 6-7 шабонарӯзи табобат бартараф карда шуд ва шифоёбии захм бо илтиҳоби якум анҷом ёфтааст. Дар давраҳои таҳқиқотҳои такрорӣ пас аз 1 моҳ ва зиёда аз он беморон шикояти хос зоҳир накардаанд, пардаи луобии ковокии даҳон дар сатҳи амалиёти гузаронида шуда ранги муқаррарӣ дорад, варамиҳо мушоҳида нагардид. Натиҷаи аксҳои рентгенӣ пас аз 1 сол дар ҳамаи беморон пурра бақарор гаштани нуксонӣ

устухон бо қатори ба узвҳо хос ва минерализатсияи онро нишон додааст. Пастшавии сатҳи бофтаҳои устухонӣ дар ягон ҳолат ба мушоҳида нарасидааст, ки ин барои барқарорсозии имплантологияи ин гуна беморон бисёр муҳим мебошад.

Хулоса. Натиҷаи хусусиятҳои интегратсионии баланд доштани ҳулачаҳои хурди никелид титанӣ дар якҷоягӣ бо тромботситҳои бойшудаи плазмаи хун ҳаминро нишон медиҳад, ки аз ҳисоби махсусан репаратсияи устухонӣ, пас аз 6-8 моҳ дар китъаи ҷаррохишуда структураҳои устухон пурра барқарор

гаштанд, ки маълумотҳои клиникӣ ва рентгенологияи беморон шаҳодати он мебошанд. Натиҷаи истифодаи чунин технология самаранокии баланди онро хангоми бартараф намудани ташкилаҳои ковокидори устухонҳои минтақаҳои ҷоғу рӯй нишон медиҳад ва имкони онро дорад, ки онро ҳамчун усули интиҳоб тавсия дода шавад.

Калимаҳои калидӣ: кистаи одонтогенӣ, остеообластокластома, ҳулачаҳои хурди никелид титанӣ, мембранаи нахҳои хурддошта, плазмаи тромботситӣ.

УДК 614.875

Ш.И. Шафиев, А. Исомитдинов, Ш.Ф. Одинаев, М.Э. Рачабзода, Х.Т. Файзуллоев

О РАНИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Таджикский НИИ профилактической медицины МЗ и СЗМ РТ

Рачабзода Музафар Эмом - директор ГУ “Республиканский клинический центр кардиологии”, к.м.н.; г. Душанбе, ул. Сино 59 а; e-mail: Fhikmat83@mail.ru

Цель исследования. Оценить состояние субъективных факторов здоровья, выявить ранние клинические проявления отрицательного воздействия электромагнитного излучения у владельцев сотовых телефонов, операторов сотовой связи.

Материал и методы. Проведено клиническое обследование 146 человек - жителей г. Душанбе, в том числе: 30 человек, не имеющие мобильного телефона и не контактирующие с компьютерами и индукционными печами; 50 человек - активные пользователи мобильных телефонов на протяжении 5-6 лет и более; 66 человек - операторы базовых станций, работники коммутаторов, лица, которые на протяжении всего рабочего дня контактируют с ЭМИ, превышающим предельно допустимые уровни в десятки раз, а также подверженные облучению собственных телефонов и других излучений в домашних условиях. Все обследованные представлены практически здоровыми лицами в возрасте от 20 до 55 лет, мужчин 90 чел., женщин 56 чел.

Результаты исследований и их обсуждение. Анализ субъективных показателей состояния здоровья обследованных лиц показал наличие большого количества разнонаправленных жалоб. У лиц, имеющих систематический контакт с электромагнитным излучением стандарта сотовой связи, выявлена высокая частота жалоб неврастенического типа.

Большинство обследованных предъявляли жалобы на быструю утомляемость, нарушения сна (тревожный сон, недосыпание), головную боль. Несомненно, что патогенетической основой головной боли являлись не только нервно-психические и эмоциональные стрессы, но и цереброваскулярные нарушения. На тяжесть и боли в области сердца жаловались 7 (4,7 %) обследованных из числа 3 группы. Сердцебиение и перебои в работе сердца отмечали 17 (11,6%) обследованных 3-й группы и 8 (5,4%) - 2-й группы.

Заключение. Электромагнитные излучения, в частности мобильный телефон, требуют особого подхода к санитарному нормированию по допустимому уровню воздействия электромагнитного излучения, соблюдению рекомендаций гигиенистов по правилам использования мобильного телефона. Максимальным временем пользования для взрослого человека является не более 30 минут в день, детям до 18 лет рекомендуется вообще не пользоваться мобильным телефоном.

Ключевые слова: электромагнитное излучение, ранние клинические проявления.

Sh.I. Shafiev, A.Isjmitdinov, Sh.F. Odinaev, M.E. Rajabzoda, Kh.T. Faizulloev

EARLY MANIFESTATIONS OF THE NEGATIVE EFFECT OF ELECTROMAGNETIC RADIATION ON THE HUMAN BODY

Tajik Scientific institute of Preventive Medicine of the Ministry of Health and social Protection of Population of Republic of Tajikistan