

ХУЛОСА

Н.Н. Азизова, Ш.Н. Шамсудинов

ДИГАРГУНШАВИИ ХУНИ КАНОРӢ ҲАНГОМИ СИРОЯТӢБӢ АЗ ВИРУСИ ТОЧДОР (SARS-COV-2)

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши дигаргуншавии киматҳои хуни канорӣ дар мавриди беморони гирифтӣ ба COVID-19.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаи муолиҷаи 300 бемори мубтало ба сирояти вируси тоҷдор оварда шудааст. Ташхис дар асоси таҳқиқоти лабораторӣ, рентгенологӣ, инчунин томографияи компютерӣ гузошта шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Ҳангоми равандҳои илтиҳобии роҳҳои нафас бо оксиген таъмин гардидани бофтаву узвҳо коҳиш ва

гипоксия инкишоф меёбад. Дар робита ба масъалаи мазкур дар хун афзоиши таллоюфии (эритропоэз) эритроцит ва гемоглобинҳо ба амал меояд. Коҳиш ёфтани носерии узву бофтаҳо аз оксиген раванди эритропоэзро дар мағзи устухон шиддат мебахшад.

Хулоса. Ҳангоми бемории илтиҳоби шушҳо, дар ҷавоб ба инкишофи гипоксияи узву бофтаҳо дар организм, дар маҷрои гардиши хунг ихроҷи хуни захиравӣ ба амал омада, эритропоэз шиддат мегирад. Зимни таҳқиқи лабораторӣ дар мавриди беморон афзоиши нишондиҳандаи сурхи хун ба назар мерасад. Маълумотҳои тағйирёбиро ҳангоми муолиҷаи маҷмӯии беморон ба назар гирифтӣ хатмӣ аст.

Калимаҳои калидӣ: сирояти коронавирӣ, хуни канорӣ, эритроцитҳо, лейкоцитҳо, гемоглобин, пандемия.

УДК 616.314.31-053.2(075.8)-002-08

doi: 10.52888/0514-2515-2021-351-4-28-33

Г.Г. Ашуров¹, А.А. Исмоилов¹, М.Ш. Султанов²

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИРОСТА ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМ НЕСРАЩЕНИЕМ ГУБЫ И НЁБА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МИНЕРАЛИЗАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ

²Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Ашуров Гаюр Гафурович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ, 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59, E-mail: gayurash@mail.ru

Цель исследования. Изучить показатели прироста интенсивности кариеса зубов у пациентов с врожденной расщелиной губы и нёба в зависимости от минерализирующей способности смешанной слюны.

Материал и методы. Уровень минерализационного потенциала смешанной слюны изучали у 98 детей с врожденной расщелиной губы и нёба в возрасте от 6 до 16 лет с использованием теста эмалевого резистентности и теста клинической оценки скорости реминерализации эмалевого покрытия.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенные исследования показали значительный прирост показателей интенсивности кариеса зубов среди пациентов с врожденной расщелиной губы и нёба и наличием у них низким уровнем минерализационной активности ротовой жидкости.

Заключение. Среди обследованного контингента детей с низким и очень низким уровнем минерализационного потенциала смешанной слюны за весь трехлетний период наблюдения заметно увеличились показатели прироста интенсивности кариеса зубов.

Ключевые слова: губа, нёба, расщелина, кариес, интенсивность, смешанная слюна, минерализационная активность, дети.

G.G. Ashurov¹, A.A. Ismoilov¹, M.Sh. Sultanov²

RESULTS OF THE STUDY OF INDICATORS OF DENTAL CARIES INTENSITY GROWTH IN

PATIENTS WITH CONGENITAL LIP AND PALATE INCONGRUITY DEPENDING ON THE LEVEL OF MINERALIZATION POTENTIAL OF ORAL FLUID

¹*Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»*

²*Department of Orthopedic Dentistry of the Avicenna Tajik State Medical University*

Ashurov Gayur Gafurovich – Doctor of Medical Sciences, professor, Head of the Therapeutic Dentistry Department SEI IPEHS RT, 734026, Dushanbe, I. Somoni st., tel.: 988-71-09-92

Aim. *To study the indicators of tooth caries intensity growth in patients with congenital cleft lip and palate depending on the mineralizing capacity of mixed saliva.*

Material and methods. *The level of mineralization potential of mixed saliva was studied in 98 children with congenital cleft lip and palate aged 6 to 16 years using the enamel resistance test and the clinical assessment test for the rate of remineralization of the enamel surface.*

Results. *Studies have shown a significant increase in the rate of dental caries among patients with congenital cleft lip and palate and the presence of low levels of oral mineralization.*

Conclusion. *Among the examined cohort of children with low and very low mineralization potential of mixed saliva, the rates of dental caries intensity increase markedly over the entire three-year observation period.*

Keywords: *lip, palate, cleft, caries, intensity, mixed saliva, mineralizing activity, children.*

Актуальность. В структуре врожденных пороков развития врожденная расщелина верхней губы и нёба является одним из наиболее распространенных и занимает одно из первых мест по тяжести среди анатомических и функциональных нарушений. В настоящее время достаточно полно разработан вопрос о восстановлении целостности и анатомической формы верхней губы и нёба [2, 7].

Анализ литературных источников показал, что необходим особый подход в лечении врожденной расщелины губы и нёба: индивидуальное планирование поэтапного ортодонтического лечения, выбор рациональных методов и средств в зависимости от возраста больного, вида расщелин, метода хейло-, уранопластики, выраженности имеющихся деформаций [4, 6]. В целом несмотря на огромное количество работ, посвящённых изучению врожденных расщелин губы и нёба [1, 3, 5], эта проблема до сегодняшнего дня остаётся актуальной.

С учетом изложенного выше и в виду отсутствия в современной литературе данных о характере изменения динамических показателей интенсивности зубного кариеса с учетом уровня минерализационной активности смешанной слюны нами было уделено отдельное внимание данному вопросу в исследовании, результаты которого позволят разработать комплекс мер по улучшению оказания стоматологической помощи пациентам с врожденным несращением губы и нёба.

Цель исследования. Изучить показатели прироста интенсивности кариеса зубов у пациентов с врожденной расщелиной губы и нёба в

зависимости от минерализующей способности смешанной слюны.

Материал и методы исследования. Уровень минерализационного потенциала смешанной слюны изучали у 98 детей с врожденной расщелиной губы и нёба в возрасте от 6 до 16 лет с использованием теста эмалевого резистентности (ТЭР-теста) и теста клинической оценки скорости реминерализации эмалевого покрытия (КОСРЭ-теста). В зависимости от уровня минерализационного потенциала смешанной слюны и кариесоустойчивости пациенты разделены на четыре группы: первую группу составили 19 детей с высоким уровнем минерализационного потенциала слюны и отсутствием пораженных кариесом зубов, которые считались кариесоустойчивыми; во вторую вошли 26 детей со средним уровнем минерализационного потенциала смешанной слюны и кариозным поражением моляров и премоляров челюстей; 28 детей с низким уровнем минерализационного потенциала слюны и кариозным поражением не только жевательных зубов, но и верхнечелюстных резцов составили третью группу; в четвертую группу вошли 25 детей с очень низким уровнем минерализационного потенциала смешанной слюны и кариозным поражением всех функционально-ориентированных зубных сегментов.

Статистическая обработка полученных данных проводилась по правилам общемедицинской статистики применительно к стоматологии с использованием программы Statistica версия 6.0. О достоверности отличий средних величин изучаемых показателей судили по величине t-критерия

Стьюдента. Статистически достоверными считали отличия, соответствующие оценке ошибки вероятности $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Нами был проведен сравнительный анализ динамических показателей интенсивности зубного кариеса у пациентов с высоким ($2,09 \pm 0,22$ балла) уровнем минерализационного потенциала ротовой жидкости, со средним уровнем ($4,21 \pm 0,39$), с низким уровнем ($5,95 \pm 0,71$), а также с очень

низким ($9,03 \pm 0,93$ балла). Как свидетельствуют данные таблицы 1, в 2018 году у пациентов 6-7 лет с врожденным несращением губы и нёба (ВНГН) исходный показатель интенсивности кариеса зубов составил в среднем $3,94 \pm 0,19$, среди детей 8-9 лет этот показатель составил $4,47 \pm 0,23$, 10-11-летних - $2,15 \pm 0,10$, 12-13-летних - $4,39 \pm 0,22$ и в 14-15-летнем возрасте - $5,95 \pm 0,29$ единиц на одного обследованного.

Показатели прироста интенсивности кариеса

Таблица 1

Динамика интенсивности кариеса зубов у лиц с высоким уровнем минерализационного потенциала смешанной слюны

Возраст, лет	Интенсивность кариеса зубов (КПУз+кпз)				Прирост интенсивности кариеса
	исходное значение	через 1 год	через 2 года	через 3 года	
6-7	$3,94 \pm 0,19^*$	$3,99 \pm 0,21^*$	$4,20 \pm 0,21^*$	$4,53 \pm 0,24^*$	$0,59 \pm 0,05$
8-9	$4,47 \pm 0,23^*$	$4,55 \pm 0,26^*$	$4,87 \pm 0,26^*$	$5,20 \pm 0,28^*$	$0,73 \pm 0,05$
10-11	$2,15 \pm 0,10^*$	$2,17 \pm 0,13^*$	$2,49 \pm 0,16^*$	$2,82 \pm 0,19^*$	$0,67 \pm 0,09$
12-13	$4,39 \pm 0,22$	$4,51 \pm 0,27$	$4,80 \pm 0,29$	$5,13 \pm 0,31$	$0,74 \pm 0,09$
14-15	$5,95 \pm 0,29$	$6,10 \pm 0,33$	$6,42 \pm 0,33$	$6,75 \pm 0,34$	$0,80 \pm 0,05$
В среднем	$4,18 \pm 0,21$	$4,26 \pm 0,24$	$4,56 \pm 0,25$	$4,89 \pm 0,27$	$0,71 \pm 0,07$
		$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	

Примечание: * - суммарное значение КПУз и кпз; соответствующая достоверность ($p > 0,05$) по сравнению с исходным значением

зубов среди детей 6-7 лет с ВНГН и с высоким уровнем минерализационной активности ротовой жидкости спустя 48 месяцев от момента первичного осмотра составили в среднем $0,26 \pm 0,02$, среди детей 8-9 лет эти показатели в данном периоде составили в среднем $0,40 \pm 0,03$, среди детей 10-11 лет они составили $0,34 \pm 0,06$, среди детей 12-13 лет они составили $0,41 \pm 0,07$, а среди детей 14-15 лет они составили $0,47 \pm 0,04$. В целом за весь трехлетний период наблюдения (с 2018 по 2021 гг.) показатели прироста интенсивности кариеса зубов у детей в данных возрастных группах соответствовали значениям $0,59 \pm 0,05$, $0,73 \pm 0,05$, $0,67 \pm 0,09$, $0,74 \pm 0,09$ и $0,80 \pm 0,05$, соответственно.

Показатели прироста интенсивности зубного кариеса среди детей в возрасте 6-7 лет с ВНГН и средним уровнем минерализационной активности ротовой жидкости в трехлетний период наблюдения составили в среднем $0,88 \pm 0,08$, среди детей в возрасте 8-9 лет они составили $0,90 \pm 0,11$, среди детей 12-13 лет - $0,71 \pm 0,07$, в группе детей 12-13 лет эти показатели составили $0,95 \pm 0,10$, а в группе детей в возрасте 14-15 лет они составили $0,83 \pm 0,12$ (табл. 2).

При сравнительном анализе показателей прироста интенсивности зубного кариеса в группе наблюдаемых детей в возрасте 6-7-лет со средним уровнем минерализационной активности смешанной слюны этот показатель оказался на $0,29 \pm 0,03$ ед. (49,15%) выше, чем у детей данного возраста с высоким уровнем минерализационного потенциала. Среди детей с ВНГН в возрасте 8-9 лет данная разница составила $0,17 \pm 0,06$ (23,29%), в группе детей в возрасте 10-11 лет - $0,04 \pm 0,01$ (5,97%), в группе детей 12-13 лет она составила $0,21 \pm 0,01$ (28,38%), а среди детей 14-15 лет данная разница составила $0,03 \pm 0,01$ (2,4%) (табл. 1 и 2).

Результаты исследования показали значительный прирост показателей интенсивности зубного кариеса среди пациентов ВРНГН и низким уровнем минерализационной активности ротовой жидкости. Так, эти показатели у детей в возрасте 6-7 лет спустя 48 месяцев после первичного осмотра повысились на $0,92 \pm 0,08$, в группе детей 8-9 лет они повысились на $0,97 \pm 0,08$, в группе детей 10-11 лет они возросли на $0,60 \pm 0,06$, в группе детей 12-13 лет этот показатель повысился в среднем на $0,90 \pm 0,08$, а в группе детей 14-15 лет данный

Таблица 2

Динамика интенсивности кариеса зубов у лиц со средним уровнем минерализационной активности смешанной слюны

Возраст, лет	Интенсивность кариеса зубов (КПУз+кпз)				Прирост интенсивности кариеса
	исходное значение	через 1 год	через 2 года	через 3 года	
6-7	4,71±0,26*	4,94±0,22*	5,31±0,27*	5,59±0,34*	0,88±0,08
8-9	5,24±0,26*	5,55±0,28*	5,93±0,33*	6,14±0,37*	0,90±0,11
10-11	2,63±0,10*	2,80±0,12*	3,13±0,15*	3,34±0,17*	0,71±0,07
12-13	5,16±0,24	5,45±0,29	5,82±0,31	6,11±0,34	0,95±0,10
14-15	6,72±0,30	6,95±0,32	7,27±0,36	7,55±0,42	0,83±0,12
В среднем	4,89±0,23	5,14±0,25 p>0,05	5,49±0,28 p>0,05	5,75±0,33 p>0,05	0,85±0,10

Примечание: * - суммарное значение КПУз и кпз; соответствующая достоверность (p>0,05) по сравнению с исходным значением

Таблица 3

Динамика интенсивности кариеса зубов у лиц с низким уровнем минерализационного потенциала ротовой жидкости

Возраст, лет	Интенсивность кариеса зубов (КПУз+кпз)				Прирост интенсивности кариеса
	исходное значение	через 1 год	через 2 года	через 3 года	
6-7	5,63±0,28*	5,72±0,30*	6,55±0,36*	6,93±0,38*	1,30±0,10
8-9	6,16±0,31*	6,41±0,35*	7,13±0,39*	7,41±0,43*	1,25±0,12
10-11	2,95±0,15*	3,29±0,18*	3,55±0,21*	3,73±0,23*	0,78±0,08
12-13	6,08±0,29	6,73±0,35	6,98±0,37	7,17±0,39	1,09±0,10
14-15	7,64±0,35	7,87±0,38	8,49±0,44	8,75±0,47	1,11±0,12
В среднем	5,69±0,28	6,00±0,31 p>0,05	6,54±0,35 p<0,05	6,80±0,38 p<0,05	1,11±0,10

Примечание: * - суммарное значение КПУз и кпз; соответствующая достоверность (p>0,05; p<0,05) по сравнению с исходным значением

показатель за этот период увеличился на 0,85±0,09 (табл. 3).

Следует отметить, что за весь трехлетний период наблюдения заметно увеличились показатели интенсивности кариеса зубов у пациентов с ВНГН и с низким уровнем минерализационного потенциала ротовой жидкости. Например, в группе детей 6-7 лет с врожденным несращением губы и нёба данный показатель повысился на 1,30±0,10. В группе детей 8-9 лет он повысился на 1,25±0,12, в группе детей 10-11 лет - на 0,78±0,08, в группе детей 12-13 лет - на 1,09±0,10, а в группе детей 14-15 лет данный показатель увеличился на 1,11±0,12 единицы.

Показатели прироста кариозного поражения зубов у пациентов с ВНГН с высоким минерализационного потенциала ротовой жидкости в среднем составили 0,71±0,07, у пациентов со средним уровнем 0,85±0,10, а у пациентов с низким

уровнем - 1,11±0,10. Также было обнаружено, что показатели прироста интенсивности кариеса зубов у пациентов с врожденным несращением губы и нёба со средним и низким уровнем минерализационного потенциала ротовой жидкости оказались на 22,5% и 66,2% выше, чем в группе пациентов с высоким уровнем.

В течение данного периода наблюдения наблюдались статистически значимые различия (p<0,001) в динамических показателях интенсивности кариеса у пациентов с врожденным несращением губы и нёба и очень низким уровнем минерализационной активности ротовой жидкости. При этом подобная картина наблюдалась среди детей почти всех возрастов. Так, показатели прироста кариозного поражения через 3 года от момента первичного осмотра у детей с ВНГН 6-7 лет и очень низким уровнем минерализационного потенциала ротовой жидкости составили в среднем 1,68±0,14. В группе

Таблица 4

Динамика интенсивности кариеса зубов у лиц с очень низким уровнем минерализационной активности смешанной слюны

Возраст, лет	Интенсивность кариеса зубов (КПУз+кпз)				Прирост интенсивности кариеса
	исходное значение	через 1 год	через 2 года	через 3 года	
6-7	5,98±0,30*	6,71±0,32*	7,29±0,40*	7,66±0,44*	1,68±0,14
8-9	6,83±0,35*	7,44±0,39*	8,26±0,45*	8,53±0,48*	1,70±0,13
10-11	3,24±0,17*	3,67±0,21*	3,90±0,23*	4,23±0,26*	0,99±0,09
12-13	6,53±0,33	6,98±0,39	7,86±0,44	8,12±0,48	1,59±0,15
14-15	7,99±0,46	8,46±0,43	9,27±0,54	9,63±0,60	1,64±0,14
В среднем	6,11±0,32	6,65±0,35 p>0,05	7,32±0,41 p<0,05	7,63±0,45 p<0,05	1,52±0,13

Примечание: * - суммарное значение КПУз и кпз; соответствующая достоверность (p>0,05; p<0,05) по сравнению с исходным значением

детей с ВНГН в возрасте 8-9 лет эти показатели составили 1,70±0,13, в группе детей 10-11 лет они составили 0,99±0,09, в группе детей 12-13 лет эти показатели составили в среднем 1,59±0,15, а в группе подростков 14-15 лет - 1,64±0,14 (табл. 4).

Показатели прироста интенсивности кариеса у пациентов с высоким уровнем минерализационного потенциала ротовой жидкости (0,59±0,05 - 0,80±0,05), а также со средним (0,71±0,07 - 0,95±0,10), низким (0,78±0,08 - 1,30±0,10) и очень низким уровнями (0,99±0,09 - 1,70±0,13) свидетельствуют о возможности увеличения соответствующего объема лечебно-профилактической стоматологической помощи. Результаты динамического наблюдения указывают на четко выраженную положительную динамику стоматологического статуса, касающуюся уровня интенсивности кариеса в зависимости от минерализационной активности смешанной слюны среди детского контингента с врожденной расщелиной губы и нёба.

Выводы

1. У пациентов с врожденным несращением губы и нёба, низким и очень низким уровнем минерализационного потенциала ротовой жидкости за весь трехлетний период наблюдения заметно увеличились показатели прироста интенсивности кариеса зубов.

2. Результаты исследования указывают на целесообразность придерживания тактики дифференцированного подхода при планировании и оказании стоматологической помощи пациентам детского возраста с учетом обнаруженных показателей прироста кариеса зубов и в зависимости от минерализационного потенциала ротовой жидкости.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 4-7 см. в REFERENCES)

1. Александрова Л.И. Анализ эффективности комплексного лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба с использованием международной классификации функционирования // Пермский медицинский журнал. 2018. Т. 35, № 3. С. 74-78.

2. Данилова М.А. Анализ отдельных результатов раннего ортопедического лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба / М.А. Данилова, Л.И. Александрова, Н.В. Сирина // Dental Forum. 2017. № 4(67). С. 22-23.

3. Богородицкая А.В. Тактика ведения детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба. Междисциплинарная проблема / А.В. Богородицкая // Педиатрия. 2015. Т. 94, № 3. С. 78-81.

REFERENCES

1. Aleksandrova L.I. Analiz effektivnosti kompleksnogo lecheniya detey s vrozhdennoy rasshchelinoy guby i neba s ispolzovaniem mezhdunarodnoy klassifikatsii funktsionirovaniya [Analysis of the effectiveness of complex treatment of children with congenital cleft lip and palate using the International Functioning Classification]. Permskiy meditsinskiy zhurnal - Perm Medical Journal, 2018, Vol. 35, No. 3, pp. 74-78.

2. Danilova M.A., Aleksandrova L.I., Sirina N.V. Analiz otdelnykh rezultatov rannego ortopedicheskogo lecheniya detey s vrozhdennymi rasshchelinami verkhney guby i nyoba [Analysis of selected results of early orthopedic treatment of children with congenital cleft lip and palate]. Dental Forum, 2017, No. 4 (67), pp. 22-23.

3. Bogoroditskaya A. V. Taktika vedeniya detey s vrozhdennoy rasshchelinoy verkhney guby i nyoba: mezhdistsiplinarnaya problema [Management of children with congenital cleft lip and palate: an interdisciplinary problem]. Pediatriya - Pediatrics, 2015, Vol. 94, No. 3, pp. 78-81.

4. Delaire J. Avoidance of the use homering mucosa in primary surgical management of velopalatine clefts. Oral Surgery, 2015, Vol. 60, pp. 589-597.

5. Liao Y.F., Mars M. Hard palate repair timing and facial growth in cleft lip and palate: a systematic review. Cleft Palate-Craniofacial Journal, 2016, Vol. 43, pp. 563-570.

6. Markus A.F., Delaire J. Functional primary closure of cleft lip. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2016, Vol. 31, pp. 281-291.

7. Michael A.I., Olusanya A.A., Olawoye O.A. State distribution of new patients presenting with cleft lip and palate to the University College Hospital: a pilot study. Archive of "Annals of Ibadan Postgraduate Medicine", 2018, Vol. 16, No 2, pp. 157-161.

ХУЛОСА

Ғ.Ғ. Ашуров, А.А. Исмоилов, М.Ш. Султонов

НАТИЧАҲОИ ОМУҶИШИ НИШОНДОДҲОИ АФЗОИШИ ШИДДАТ- НОКИИ КАРИЕСИ ДАНДОН ДАР БАЙНИ БЕМОРОНИ ҲАМПАЙВАСТАГИИ МОДАР- ЗОДИ ЛАБ ВА КОМ НАДОШТА ДАР ВОБА- СТА АЗ САТҲИ ПОТЕНСИАЛИ МИНЕРА- ЛИЗАТСИОНИИ МАҲЛУЛИ ДАҲОН

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши нишондоди афзоиши шиддатнокии кариеси дандон байни

беморони ҳампайвастагии модарзоди лаб ва ком надошта дар вобаста аз қобиляти минерализатсионии маҳлули омехтаи даҳон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Сатҳи потенциали минерализатсионии маҳлули омехтаи даҳонро дар байни 98 нафар кӯдакони синнашон аз 6 то 16-сола, ки байни онҳо ҳампайвастагии модарзоди лаб ва ком надошта мушоҳида гардид, бо истифода аз санчишҳои муқовиматнокии эмал ва баҳои клиникӣ суръати реминерализатсионии сатҳи эмали дандон муайян карда шуд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Тадқиқотҳои гузаронида нишон доданд, ки афзоиши барзиёди нишондодҳои шиддатнокии кариеси дандон дар байни беморони ҳампайвастагии модарзоди лаб ва ком надошта, ки онҳо дорои сатҳи пасти фаъолияти минерализатсионии маҳлули даҳон мебошанд, мушоҳида мегардад.

Хулоса. Дар байни кӯдакони мушоҳидагардида, ки сатҳи паст ва ниҳоят пасти потенциали минерализатсионии маҳлули омехтаи даҳонро доранд, дар муддати мушоҳидагардидаи 3-сола барзиёдгардии назарраси нишондодҳои афзоиши шиддатнокии кариеси дандон мушоҳида карда шуд.

Калимаҳои асосӣ: лаб, ком, роғ, кариес, шиддатнокӣ, маҳлули омехтаи даҳон, фаъолияти минерализатсионӣ, кӯдакон.

УДК 618.3-06; 616.98-036-07-08:578.834.11

doi: 10.52888/0514-2515-2021-351-4-33-40

М.Ф. Давлятова, Д.Г. Каримова

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМ SARS-COV-2 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ «ТГМУ им. Абули ибни Сино»

Давлятова Махина Фарруховна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абули ибни Сино»; Тел.: +(992)919053468; E-mail: malika051098@mail.ru

Цель исследования. Оценить клиническое значение факторов, предрасполагающих к реализации тяжёлых форм вирусной инфекции SARS-CoV-2 во время беременности.

Материал и методы исследования. Было обследовано 240 беременных женщин с проявлениями острых респираторных заболеваний. Всем беременным проводились общеклинические, акушерские и клинико-лабораторные методы исследования (общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма, проведение ПЦР для верификации SARS-CoV-2). Для подтверждения диагноза «внебольничная пневмония» проводилась обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, либо компьютерная томография.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее часто тяжёлые формы коронавирусной инфекции диагностировались в возрастных группах беременных 20-29 лет (34,3%) и 30-39 лет (51,4%), у беременных, проживавших в городских условиях (82,9%), у беременных с низким уровнем образованности (85,7%), у беременных с высоким индексом экстрагенитальной патологии (100%), у беременных третьего триместра беременности