

между окклюзией, шей, дыханием и проблемами общего здоровья. У детей с зубочелюстными аномалиями обструктивная патология носа и глотки отмечается в три раза больше, чем у детей с нормальным прикусом.

Целью нашего исследования явилось изучение гигиенического состояния полости рта у детей с риномаксиллярным симптомокомплексом.

Материал и методы. Для изучения мы наблюдали 36 больных в возрасте 6-15 лет получивших стоматологическое амбулаторное лечение в поликлинике учебного центра Ташкентский педиатрический медицинский институт.

У всех больных собраны анамнестические данные. При расспросе родителей детей и подростков всех больных, было установлено, что 6 (16,7%) больных в детском возрасте перенесли рахит, 7 (19,7%) детей имели ротовое дыхание, а у 13 (36,1%) имелись факторы ранней потери временных и постоянных зубов, вследствие кариеса и его осложнений и у 10 (27,8%) больных имелись и те и другие факторы.

Гигиеническое состояние определяли по методике ВОЗ (Грин-Вермильон, 1964).

Хорошее гигиеническое состояние полости рта считали при значении ГИ от 0-1,0 балла, 1,0-2,0 – удовлетворительное, и 2,0-3,0 балла – неудовлетворительное.

Результаты и их обсуждение.

Распределение больных по виду патологии

№	Нарушение прикуса	Количество детей	%
1.	Прогнатия с сужением верхней челюсти	15	41,7
2.	Протрузия зубов	8	22,2
3.	Фронтальная скученность зубов	9	25
4.	Глубокий прикус	3	8,3
5.	Прогенический	1	2,8

Изучение показателя ГИ выявило неудовлетворительное гигиенического состояние полости рта у 16,7% детей с нарушениями прикуса, у 57,2% больных удовлетворительное состояние, хорошее гигиеническое состояние определили у 26,1% детей.

Таким образом, изучение состояния полости рта у детей с риномаксиллярным комплексом показало низкий уровень гигиенического состояния полости рта и недостаточность санации полости рта у этих больных до поступления в ЛОР клинику.

ЛЕЧЕНИЕ И ВИЗУАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ НЕПРЯМОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ПРИ СКУЛООРБИТАЛЬНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ

Янгиева Н.Р., Хикматов М.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Mirkamol1218@mail.ru

Актуальность. В структуре черепно-мозговой травмы краниофациальная составляет 6-7%, а от всех видов сочетанной черепно-мозговой травмы – 34%.

Частота переломов орбиты при КФТ чрезвычайно высока – до 98%, что связано с особенностью строения глазницы. В 66% повреждения глазницы сопровождаются повреждениями глазного яблока и его вспомогательных органов. Повреждения зрительного нерва при черепно-мозговой травме встречаются в 0,5-5% наблюдений, при краниоорбитальных повреждениях – в 11,2%. Травматическая оптическая нейропатия, тяжелые травмы глаза в 50% случаев могут явиться причиной возникновения стойкой утраты зрения. Последствия травм органа зрения, наличие выраженных косметических дефектов, а также функциональных расстройств нарушают качество жизни больного и влекут за собой стойкую утрату трудоспособности. Краниоорбитальные повреждения в 16-30% остаются не диагностированными даже после проведения компьютерной томографии пациентам с тяжелой черепно-мозговой травмы. В настоящее время остается открытым вопрос о раннем выявлении офтальмологической симптоматики краниофациальных повреждений в остром периоде черепно-мозговой травмы. Несвоевременное и неправильное их устранение может приводить к нарушениям функций органа зрения, тяжелым косметическим дефектам и гнойно-септическим осложнениям.

Цель – исследовать факторы, влияющие на зрительный прогноз после непрямой травматической нейропатии зрительного нерва, и оценить влияние медикаментозной терапии (преимущественно стероидами) и комбинированной терапии (декомпрессия зрительного нерва и медикаменты) на исход этой травмы.

Методы. В этом исследовании ретроспективно проанализировано 186 глаз. Многочисленные факторы, влияющие на визуальный прогноз, и сравнение результатов этих двух различных видов терапии были проанализированы статистически.

Полученные результаты. Из 186 глаз острота зрения улучшилась в 67 глазах (36,02%), а в 51 глазе восстановилось центральное зрение. Коэффициент улучшения остроты зрения составил 25,74% на 136 ОС (отсутствие светоощущения) глаз после травмы, что на 42,26% ниже, чем у глаз с остаточным зрением после травмы ($P < 0,01$). Наблюдалась значительная статистическая разница в результатах между комбинированной терапией и медикаментозной терапией. Логистический анализ подтвердил, что визуальный прогноз операции был лучше в глазах с остаточным зрением, чем в глазах с ОС ($P < 0,01$). Для глаз с остаточным зрением факторами риска неблагоприятного прогноза были, перелом канала зрительного нерва, черепно-мозговая травма, пожилой возраст и задержка первых признаков улучшения остроты зрения. Раннее хирургическое лечение после травмы может защитить зрение при непрямой травматической нейропатии зрительного нерва.

Выводы. Отсутствие светоощущения, перелом канала зрительного нерва, черепно-мозговая травма, пожилой возраст и задержка восстановления зрения являются факторами риска после непрямой травматической нейропатии зрительного нерва. Терапевтический эффект декомпрессии зрительного нерва в сочетании с медикаментозной терапией на остроту зрения лучше, чем эффект