

клинически обоснованном положении с учетом анатомических особенностей и физиологических требований будущей ортопедической конструкции. Определили характеристики имплантата: его длину и диаметр. Используя компьютерную программу определения плотности костной ткани создали индивидуальный протокол сверления, с целью получения оптимального усилия порядка 35 н/см, достигаемого при установке имплантата в альвеолярный отросток. Полученную трехмерную виртуальную навигационную модель будущей операции мы использовали для изготовления следующих материалов

Во-первых, в виртуальном пространстве был спроектирован направляющий хирургический шаблон, проект шаблона был направлен в цифровую зуботехническую лабораторию, где его распечатали на 3Д-принтере. Во-вторых, были изготовлены постоянные индивидуальные циркониевые абатменты.

Результаты и их обсуждение: Спустя 12 дней были сняты швы и выполнена компьютерная томография верхней челюсти. По истечении 4 месяцев приступили к изготовлению постоянной реставрации с уровня индивидуальных абатментов. После получения оттиска, его направили в зуботехническую лабораторию, в которой по известной методике изготовили ортопедические реставрации, после чего зафиксировали их к индивидуальным абатментам. Спустя 6 месяцев после фиксации постоянных реставраций был проведен контрольный осмотр.

Цифровые технологии в хирургии-имплантологии значительно повышают скорость и точность всех манипуляций.

Выводы:

1. Таким образом, применив цифровой протокол стоматологической реабилитации, нам удалось значительно сократить срок лечения, избежать трудоемких и травматичных костных пластик. Помимо этого, на протяжении всего лечения пациент носил несъемную конструкцию, которая полноценно выполняла функциональные и эстетические характеристики.

2. Безлоскутная техника сводит к минимуму травму и ускоряет операцию.

ПРОЯВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛОСТИ РТА, ХАРАКТЕРНЫЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСЕННЫХ COVID-19

Хомидов М.А., Усмонова С.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность проблемы: в декабре 2019 года в г. Ухане, КНР, впервые была зафиксирована вспышка новой коронавирусной инфекцией COronaVIrus Disease 2019 (COVID-19), которая быстро приобрела масштабы пандемии. Стойкая активация иммунной системы при COVID-19 у пациентов высокого риска может привести к неконтролируемому усилению продукции цитокинов. На фоне цитокинового шторма возникает SARS-CoV-2-ассоциированный эндотелиит с развитием микроангиопатий как локально в легочной ткани, миокарде, органах желудочно-кишечного тракта, головном мозге, так и системно с проявлениями продуктивно-деструктивного изменения что в конечном итоге приводит к прогрессирующей полиорганной недостаточности. Наряду с потенциальным прямым вирусным поражением слизистая оболочка повышенный уровень провоспалительных цитокинов может поддерживать местное воспаление и провоцировать изъязвления и разрывы в области уже существующих патологий.

Изучение особенностей течения и новых проявлениях СОПР у пациентов, перенесших COVID-19, представляется актуальной исследовательской задачей.

Цель исследования: определить взаимосвязи изменений полости рта и слюны с новыми клиническими проявлениями постковидного синдрома.

Материалы и методы исследования: всего было обследовано 60 пациентов из них 28 мужчины и 32 женщины. При обследовании пациентов применялись общеклинические, рентгенологические, функциональные и лабораторные методы обследования.

Результаты и их обсуждение: при анализе результатов было выявлено многообразие заболеваний слизистой оболочки полости рта. Состояние системной гиперкоагуляции и появление антифосфолипидных антител способствовала, развитию острого и подострого стадии заболеваний сердечных –сосудистых систем и поражения в полости рта у пациентов после COVID-19. Сохраняющаяся гипоксемия, как следствие перенесенной вирусной пневмонии, ассоциированной с COVID-19, а также повышение метаболических потребностей вызвала значительный дисбаланс между потребностью в организме кислорода и его доставкой. Все эти биологические факторы, непосредственно связанные с перенесенным COVID-19, вовлекались в патофизиологические развития заболеваний и его осложнений. По результатам исследований, повышение концентрации белков острой фазы и гиперкоагуляция могут сохраняться в течение длительного времени после клинического исчезновения симптомов заболевания и разрешения пневмонии, что значительно повышает риск даже у относительно здоровых молодых пациентов без значимых хронических заболеваний.

Выводы: показатели функциональных и лабораторных методов обследования коррелируют с клиническими проявлениями в челюстно-лицевой области после перенесенной коронавирусной инфекции. Значительно чаще, чем в повседневной практике врача - стоматолога встречается сиалоадениит, хронический афтозный стоматит, кандидоз. Данные показатели могут использоваться в качестве дополнительных методов для дифференциальной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области и для объективизации результатов терапии у пациентов после перенесенной коронавирусной инфекции.

ПОСТИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Шалабаева К.З., Нурмаганов С.Б., Замураева А.У., Фазилов Ж.А., Ахмед Х.И.,
Уразаева А.У., Токкожаев Б.Р.

*КазНУ им. аль-Фараби, КРМУ, НАО Медицинский университет Астана, КазНМУ им.
С.Д. Асфендиярова,*

Актуальность. Инфекционные заболевания (ветряная оспа, корь и скарлатина) являются наиболее широко распространенными высококонтагиозными инфекциями. Согласно данным ВОЗ, ежегодно регистрируется до 4200 летальных исходов из-за осложнений инфекционных заболеваний.

Одним из инфекционных заболеваний, которые имеют осложнения в виде гнилостно- некротических изменений в тканях челюстно-лицевой области у детей является скарлатина. Возбудителем скарлатины является β -гемолитический стрептококк группы А (*S.pyogenes*, БГСА). Инфекция чаще всего (97%) попадает в организм через миндалины, реже (1,5%) через поврежденную кожу или слизистые оболочки (экстрафарингеальная форма). Возможно (до 1%) его попадание через легкие. При скарлатине чаще всего входными воротами являются небные миндалины. Из места внедрения он может распространяться по лимфатическим путям в регионарные лимфатические узлы, по поверхностным сосудам, интраканаликулярно или при соприкосновении – на близлежащие ткани. В крови при этом появляются токсические субстанции β - гемолитического стрептококка, которые воздействуют на сердечно-сосудистую, нервную и эндокринную системы. Септическая форма характеризуется: резко выраженными воспалительными (гноино-некротическими) изменениями, аденофлегмоной челюстно-лицевой области исходящими из первичного очага, в виде глубоких некрозов в