

# СОСТОЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА КРОВИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НАЗУБНЫХ ШИН У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СОЧЕТАНИИ С ПАРОДОНТИТОМ

Нормурадов. М.Т., Пулатова Б.Ж., Халматова М.А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт*

[wonderland8540@gmail.com](mailto:wonderland8540@gmail.com)

**Актуальность.** В настоящее время переломы нижней челюсти и их лечение являются одной из актуальных задач челюстно-лицевой хирургии, с которыми ежедневно сталкиваются практикующие хирурги-стоматологи. Среди всех травм костей лица переломы нижней челюсти составляют по данным разных авторов от 45 до 85%. Для решения этой проблемы используется значительное количество методов и средств, однако число гнойно - воспалительных процессов в посттравматическом периоде продолжает оставаться высоким, что значительно осложняет лечение пострадавших.

**Цель работы.** Изучить изменения в системе гемостаза у больных с переломами нижней челюсти в сочетании с пародонтитом на основании изучения клинических показателей и системы гемостаза крови.

## **Материал исследования и используемые методы.**

Под наблюдением находилось 36 больных с переломами нижней челюсти, у которых при поступлении на стационарное лечение диагностированы воспалительные заболевания пародонта. Лечение пациентов с данной патологией проводилось в период с сентября по конец октября 2021 года в отделении взрослой хирургической стоматологии кафедры челюстно-лицевой хирургии ТГСИ. Из обследованных пациентов 12 человек получали разработанное нами комплексное лечение. Сравнение проводилось с больными, получавшими традиционное лечение - 13 человек, с пациентами с переломами нижней челюсти без патологии тканей пародонта - 11 человек. В ходе исследования использованы следующие методы: клинические методы, рентгенологические методы, индексные методы исследования тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта, биохимическое исследование крови.

**Результаты и их обсуждение.** Для выяснения значимости в развитии гнойно-воспалительных осложнений переломов нижней челюсти (нагноения мягких тканей, костной раны, травматического остеомиелита) воспалительных заболеваний пародонта, нами обследовано 36 больных, из них 12, получавших лечение, которым иммобилизация отломков нижней челюсти проводилась с использованием назубных шин. При этом у 28 из них отмечено неосложненное течение переломов нижней челюсти, а у 8 мы наблюдали гнойновоспалительные осложнения. У обследованных нами пациентов с переломами нижней челюсти в 32,6% случаев был выявлен гингивит (11 человек), у 29,2% (10 больных) пародонтит легкой степени, в 25,5% случаев (9 человек) определялся пародонтит средней степени, у 12,7% (4 пациента) диагностирован пародонтит тяжелой степени.

При изучении функциональной активности тромбоцитов у обследуемой группы пациентов выявлено, что она более высокая ( $p < 0,05$ ) по сравнению с группой здоровых и группой сравнения. Так, максимальная скорость агрегации

кровяных пластинок увеличена до  $83,8 \pm 4,8$  усл.ед., максимальная степень их агрегации до  $80,5 \pm 2,8\%$  и времени достижения максимальной степени агрегации до  $88,7 \pm 3,8$  с. На 3-5 сутки от начала лечения функциональная активность тромбоцитов в обследуемой группе достоверно не изменяется ( $p > 0,05$ ) по всем показателям. В то же время в группе сравнения отмечено увеличение ( $p < 0,05$ ) функциональной активности тромбоцитов. На 10-12 сутки проводимого лечения происходит лишь частичное восстановление функциональных свойств тромбоцитов у больных, о чем свидетельствует снижение максимальной скорости агрегации кровяных пластинок до  $65,4 \pm 1,1$  усл.ед., снижение максимальной степени агрегации кровяных пластинок до  $59,1 \pm 3,7\%$ , времени достижения максимальной скорости агрегации до  $708,5 \pm 33,7$  с., времени достижения максимальной степени агрегации кровяных пластинок до  $63,3 \pm 5,5$  с., но их значения остаются достоверно выше ( $p < 0,05$ ) группы здоровых людей и группы сравнения.

Нарушение регионального кровотока и проникновение в сосудистое русло разнообразных тканевых факторов коагуляции является патогенетическим звеном тромбогеморрагического синдрома.

Таким образом, клинические наблюдения показали прямую сильную корреляционную зависимость ( $r = 0,81$ ) между частотой развития гнойно-воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти и тяжестью заболевания пародонта.

Следовательно, развитие гнойно-воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти является следствием ряда факторов, в том числе значительное влияние имеет состояние тканей пародонта. В свою очередь, изменения в организме, происходящие при травме и гнойно-инфекционных осложнениях влияют на состояние тканей пародонта. У ряда больных симптомы, свидетельствующие о прогрессировании воспалительно-деструктивных процессов в тканях пародонта в момент снятия назубных шин купировались в течение нескольких дней, после проведения профессиональной гигиены полости рта и назначения местной противовоспалительной терапии. В основном такое течение заболевания мы наблюдали у больных гингивитом, редко - пародонтитом легкой степени при неосложненном течении переломов. У больных пародонтитом при осложненном течении переломов нижней челюсти изменения, произошедшие в тканях пародонта в период иммобилизации с помощью назубных шин, чаще проявлялись прогрессированием деструкции тканей пародонта и были необратимы.

Полученные данные доказывают, что у лиц с воспалительными заболеваниями пародонта в период фиксации отломков при переломах нижней челюсти двучелюстными назубными шинами, неизбежно происходит обострение и прогрессирование заболеваний пародонта. Выраженность этих явлений зависит от исходного состояния тканей пародонта и течения заживления костной раны в области перелома нижней челюсти.

Степень консолидации отломков нижней челюсти у больных с хроническим генерализованным пародонтитом при переломах в момент снятия шин (через 4-5 недель после травмы) в среднем составила  $36,59 \pm 2,83\%$ , что значительно ниже ( $p < 0,05$ ), чем у лиц, не имеющих заболеваний пародонта. Это можно объяснить снижением регенераторных возможностей и нарушением минерального обмена у

больных хроническим генерализованным пародонтитом.

У больных с заболеваниями пародонта имеются изменения в костной ткани, которые приводят к увеличению сроков регенерации кости, что удлиняет консолидацию отломков нижней челюсти после перелома. При поступлении больных с воспалительными заболеваниями тканей пародонта при переломах

нижней челюсти на стационарное лечение, у всех обследованных нами лиц отмечалась неудовлетворительная гигиена полости рта. При этом значения ИГ при гингивите ( $1,71 \pm 0,16$ ) и пародонтите легкой степени ( $1,62 \pm 0,09$ ) существенно не отличались. В этих группах преимущественно отмечался зубной налет. При пародонтите тяжелой степени значения ИГ были выше и составили  $2,22 \pm 0,14$ . У этих пациентов чаще определялось наличие зубного камня.

Несмотря на снятие зубных отложений при поступлении, после наложения двучелюстных шин с межчелюстной фиксацией гигиеническое состояние полости рта значительно ухудшается за счет образования зубного налета преимущественно с оральной стороны зубов. Увеличение значений ИГ ( $p < 0,05$ ) во всех обследованных группах было примерно одинаковым. На момент их снятия во всех группах оно соответствовало плохому гигиеническому состоянию полости рта, среднее значение гигиенического индекса составило  $2,81 \pm 0,1$ . Ухудшение гигиенического состояния у больных с воспалительными заболеваниями пародонта при переломах нижней челюсти в период иммобилизации назубными шинами существенно влияет на микрофлору полости рта, создавая условия для прогрессирования воспалительно-деструктивных процессов в тканях пародонта. Среднее значение ПМА индекса, характеризующего выраженность воспалительных явлений в пародонте, до наложения шин составило в группе больных с гингивитом  $20,9 \pm 3,2$ , с пародонтитом легкой степени -  $25,3 \pm 2,1$ , что соответствует легкой степени воспалительного процесса в тканях пародонта. При пародонтите средней и тяжелой степени среднее значение ПМА индекса в эти же сроки соответствовало средней степени тяжести гингивита и составляло  $38,2 \pm 1,9$  и  $48,7 \pm 3,7$  соответственно.

После снятия шин (28-35 суки с момента иммобилизации) во всех группах больных нами отмечено увеличение значений ПМА индекса ( $p < 0,05$ ), которое у больных с гингивитом составило  $32,4 \pm 2,5$ , при пародонтите легкой степени -  $43,9 \pm 3,4$ , средней степени -  $56,5 \pm 4,1$  (средняя степень тяжести гингивита), и тяжелой степени -  $61,3 \pm 3,8$  - тяжелая степень гингивита больных с гингивитом равнялось  $1,86 \pm 0,19$ ; у больных с пародонтитом легкой степени -  $2,42 \pm 0,27$ ; средней степени -  $3,61 \pm 0,32$ ; при тяжелой степени пародонтита -  $4,84 \pm 0,28$ .

Подвижность зубов и ее степень определяли по методу Евдокимова А.И. при первичном обращении и на момент снятия шин и оценивали в баллах. Этот признак указывает на достаточно глубокое поражение тканей пародонта, захватывающее не только слизистую десны, но и межзубную перегородку и альвеолярный отросток, что и приводит к патологической подвижности зубов, вплоть до их смещения, потере жевательной эффективности.

У пациентов с гингивитом патологическая подвижность зубов отсутствовала. У пациентов с пародонтитом легкой степени подвижность зубов определялась в 8,4% случаев и не превышала 1 степень, у больных пародонтитом средней степени в 59,4% случаев была подвижность 1-2 степени, при тяжелой степени пародонтита

мы наблюдали подвижность в 84,6% случаев, из них у 13,5% отмечена 3 степень подвижности зубов. На момент снятия шин нами отмечено увеличение подвижности зубов в среднем на 1 балл, в 37% случаев отмечалась подвижность зубов, которые до шинирования были устойчивы. При этом чаще отмечалась подвижность 1 степени, у 25% - 2 степени.

**Выводы.** Таким образом, у всех обследованных нами пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта при переломах нижней челюсти на момент снятия шин отмечалось ухудшение гигиенического состояния полости рта и прогрессирование воспалительных явлений в тканях пародонта, выраженность которых зависела от состояния на момент поступления в стационар. При изучении функциональной активности тромбоцитов у обследуемой группы пациентов выявлено, что она более высокая ( $p < 0,05$ ) по сравнению с группой здоровых и группой сравнения. Так, максимальная скорость агрегации кровяных пластинок увеличена до  $83,8 \pm 4,8$  усл.ед., при одновременном возрастании времени достижения максимальной скорости агрегации до  $851,6 \pm 12,2$  с.

#### **Список литературы:**

1. Каюмова, Н., Хасанов, Ш., Хаджиметов, А., & Жилонова, З. (2021). Оценка состояния местного иммунитета полости рта у больных острым гнойным одонтогенным оститом. *in Library*, 21(2), 22–25. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13595>
2. Усманова, Ш., Усманова, Д., & Хаджиметов, А. (2016). Особенности патогенеза микроангиопатий у больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне артериальной гипертензии. *Stomatologiya*, 1(2-3(63-64)), 17–20. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/2191>
3. Дусмухамедов S., Ли С. N., Ми J., & Чхве В.-Н. (2021). Digital Denture Fabrication: A Technical Note. *in Library*, 21(2), 1–14. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14267>
4. Рахматуллаева О., Шомуродов К. ., Фозилов М., Эшмаматов I. ., & Икрамов S. (2022). Evaluation of the homeostasis system before and after tooth extraction in patients with viral hepatitis. *in Library*, 22(1), 702–708. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13986>