

СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДО И ПОСЛЕ ШИНИРОВАНИЯ

Х.Ш. ХАСАНОВ, З.Ш. ИСХАКОВА, Д.Т. ДЖУРАЕВ

Самаркандский филиал Ташкентского Государственного стоматологического института, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ПАСТКИ ЖАҒ СУЯГИ СИНГАН БЕМОЛЛАРИНИНГ ШИНА ҚУЙИШДАН ОЛДИН ВА КЕЙИНГИ ОҒИЗ БЎШЛИГИНИНГ ХОЛАТИ

Х.Ш. ХАСАНОВ, З.Ш. ИСХАКОВА, Д.Т. ДЖУРАЕВ

Тошкент Давлат стоматология институти Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

STATE OF ORAL CAVITY AT PATIENT'S' WITH FRACTURES OF THE LOWER JAW BEFORE AND AFTER SPLINTAGE

H.SH. HASANOV, Z.SH. ISKHAKOVA, D.T. DJURAYEV

Samarkand branch of Tashkent State Stomatological Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Сўнги йилларда умумий жароҳатлар билан бирга юз-жағ соҳаси жароҳатлари кўпаймоқда. Юз суяклари ичида пастки жағ суяги энг кўп синадиган суяк. Юз-жағ соҳасини суяк синиши 65-96,5% шундан 75-85% пастки жағ суяги синишига тўғри келади. Ишнинг мақсади: Пародонтит касали бор беморларнинг пастки жағ суяги синганида беморларда диагностика патогеник даволаш, клиника, биомеханика, гемостаз ҳолатини аниқловчи режа тузиш. Касалларни текшириш Самарканд Шаҳар Тиббиёт Бирлашмаси юз-жағ хирургия бўлими 2013-2015 йилларгача бўлган беморларга текширув ўтказилди. Текширилган беморларни ёши 18-50 гача бўлган, улар 3 гуруҳга бўлиб ўрганилди: назорат гуруҳ (10 бемор); 1 гуруҳ: асоратсиз пастки жағ суяги синган беморлар (14 бемор); 2 гуруҳ: асоратли пастки жағ суяги синган беморлар (13 бемор). 1-гуруҳ беморларининг стационарда ўртача даволаниш муддати 12,3-12,7 кун. 2-гуруҳ беморларнинг даволаниши 17,7-17,9 кун. Назорат гуруҳидаги беморларнинг даволаниш муддати купрок давом этди 21,3-21,6 кун.

Increase in frequency of maxillofacial traumas has been observed lately along with total increase of traumatism. The lower jaw of the facial skeleton most frequently undergoes the traumatic injury. The specific weight of all fractures makes 65.0 -96.5%, while 75-85% of fractures are localized within the limits of dentition. The purpose of work is Creation of the complex diagnostic program and development of pathogenetically grounded strategy of treatment of inflammatory diseases of parodontium at patients with fractures of the lower jaw on the basis of study of clinical, biomechanical and functional systems of hemostasis and its evaluation. The study had been carrying out from 2013 till 2015 at the maxillofacial surgery department of Samarkand city's medical association. The age of the patients was within the limits from 18 till 50 years old who were divided into three groups: control (10 patients), 1st group: patients with simple fractures of the lower jaw (14 patients), 2nd group: (13 patients) with complicated fractures of the lower jaw. The duration of staying at the hospital of the patients from 1st group made 12.3-12.7 bed days, of 2nd group- 17.7-17.9 bed days, the longest staying at the hospital was at the control group – 21.3-21.6 bed days.

Актуальность темы. За последние годы, вместе с общим ростом травматизма, наблюдается увеличение частоты челюстно-лицевых травм. Нижняя челюсть лицевого черепа наиболее часто подвергается травматическому повреждению. Удельный вес всех переломов составляет 65,0-96,5%, причем в 75-85% случаев переломы локализуются в пределах зубного ряда [1,2].

Одной из первостепенных задач в травматологии челюстно-лицевой области является снижение частоты инфекционно-воспалительных осложнений при несвоевременной и неадекватной иммобилизации. Поэтому репозиция и иммобилизация отломков челюстей посредством различных шинирующих устройств имеют важное практическое значение. Существует значительное количество усовершенствованных назубных проволочных шин. [4,6,7]. Однако в настоящее время продолжается поиск более совершенных методов назубного шинирования, что направлено на улучшение гигиенического состояния полости рта и снижение травматичности при проведении

иммобилизации поврежденных тканей, в том числе при недостаточном количестве зубов. Поэтому, проблема травматизма челюстно-лицевой области продолжает оставаться одной из актуальных в хирургической стоматологии [3,4,5]. Возрастной состав пострадавших с переломами челюстей в большинстве случаев (до 70%) 20-40 лет, т.е. наиболее трудоспособная часть мужского населения. По данным разных авторов в возрасте 35-40 лет он составляет от 60 до 98% случаев[4]. С учетом роста случаев челюстно -лицевой травмы актуальность проблемы полноценной и всеобъемлющей специализированной помощи при переломах нижней челюсти (ПНЧ) не вызывает сомнений. Несмотря на совершенствование методов лечения переломов нижней челюсти, в посттравматическом периоде часто приходится встречаться с инфекционно-воспалительными осложнениями, развитие которых зависит от ряда факторов, в том числе от наличия зубов с патологическими процессами в тканях пародонта. Общепринятые лечебные и профилактические способы воздействия на

воспалительный процесс в пародонте, особенно в сложных условиях межчелюстной фиксации, до сих пор не могут решить этой проблемы, в связи с чем разработка соответствующих для этой цели более эффективных средств методов остается актуальной и требует своего дальнейшего решения.

Цель исследования. Создание программы комплексной диагностики и разработка патогенетически обоснованной стратегии лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных с переломами нижней челюсти на основании изучения клинических, биомеханических, функциональных и оценки системы гемостаза.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с 2013-2015г в челюстно-лицевом хирургическом отделении Самаркандском Городском Медицинском Объединении. Нами проведено клиническое обследование 37 больных с переломами нижней челюсти, осложненными нагноением костной раны, мягких тканей. Возраст обследованных находился в пределах от 18 до 50 лет, которые были распределены на 3 группы: контрольная (10 больных), 1-группа: больные с неосложненными ПНЧ (14 больных), 2я группа: больные (13 больных) с осложненными ПНЧ. Программа обследования больных была стандартизирована и включала выявление жалоб, сбор анамнеза, оценку и анализ динамики клинических проявлений, рентгенографию нижней челюсти. Определяли гигиенический и пародонтальные индексы. Определение скорости кровотока в сосудах пародонта проводили методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Для оценки системы гемостаза и реологических свойств крови изучались: активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ) протромбиновое время, тромбиновое время, активность антитромбина, агрегация тромбоцитов; содержание фибриногена по методу Клауса. При госпитализации проводилась профессиональная гигиена полости рта, репонировались отломки нижней челюсти, иммобилизация осуществлялась двучелюстными назубными шинами с межчелюстной фиксацией резиновой тягой, назначалась антибактериальная и десенсибилизирующая терапия. Осложнение переломов нагноительными процессами требовало вскрытия очагов гнойного расплавления внутриротовыми или наружными доступами. Из обследованных пациентов 10 человек получали традиционное лечение. У 13 человек с осложненным течением переломов нижней челюсти при воспалительных заболеваниях пародонта дополнительно к традиционному лечению использовался комплекс физиотерапевтических средств (УВЧ и магнитотерапия), а так же применялись препараты улучшающие микроциркуляцию, и иммуномодуляторы.

Результаты лечения. Анализ этиологической структуры ГСИ челюстно-лицевой области показал, что в 48,8 % случаев они были обусловлены аэробными микроорганизмами, в 24,2% случаев - факультативно- и облигатно-анаэробными

микроорганизмами, ассоциациями микроорганизмов - в 21,7 % случаев. *Str.viridans* являлись наиболее этиологически значимыми возбудителями как внутрибольничных (21,8 %), так и заносов ГСИ (25,1 %). Кроме того, среди аэробных возбудителей ГСИ следует выделить факультативно анаэробные *Peptococcus* (18,1 %) и облигатно-анаэробные микроорганизмы: *Bacteroides* (10,9 %) и *Peptostreptococcus* (7,2 %). Среди заносов ГСИ лидирующее место занимает *S.aureus* - 20,2 %, *Bacteroides* и *Peptostreptococcus* - по 7,5 % и факультативно-анаэробные *Peptococcus* - 7,1 %. Таким образом, ведущими возбудителями являлись *Str.viridans*, бактероиды, пептококки и пептострептококки. Одним из основных факторов риска возникновения ГСИ челюстно-лицевой области для обеих групп явилось нерациональное использование антибактериальных препаратов с профилактической и лечебной целью.

Нами было выявлено, что при выполнении двучелюстного шинирования в 76 %, при остеосинтезе в 42,8 % и при обвивных трансмаксиллярных швах в 33,3 % назначается гентамицин как монотерапия в виде внутримышечных инъекций по 80 мг 3 раза в день. Та же картина наблюдалась при назначении антибактериальной терапии пациентам, поступающим уже с гнойно-септическими инфекциями челюстно-лицевой области (52,9 % пациентов получили гентамицин в виде монотерапии). При этом около 50 % ГСИ вызываются облигатно-анаэробными и факультативно-анаэробными микроорганизмами, которые устойчивы к гентамицину и препаратам этого же ряда - аминогликозидам (канамицин, гентамицин, амикацин и др.) Картина белой крови в динамике наблюдения у всех больных во 2 й группе приближалась к норме на 4-е, 5-е сутки. В 1 группе у 7 пациентов (9,2%) количество лейкоцитов нормализовалось на 10-е сутки. В контрольной группе повышенное количество лимфоцитов наблюдалось у 7 пациентов до 25-30 дней. Длительность пребывания больных в стационаре у больных 2 группы составляла 12,3-12,7 койко/дней, 2 группы 17,7-17,9 койко/дней, в контрольной группе наблюдалась самое длительное пребывание в стационаре 21,3-21,6 койко/дней

Выводы. В этиологии и патогенезе заболеваний пародонта значительная роль принадлежит нарушению кровообращения, как в самих тканях пародонта, так и в общей сосудистой сети. Различные соотношения активности прокоагулянтных, антикоагулянтных и фибринолитических процессов определяют изменения в системе гемостаза при воспалительных заболеваниях пародонта, которые усугубляются при травматическом воздействии на нижнюю челюсть и, особенно, при осложненном течении переломов нижней челюсти. Местные расстройства кровообращения в тканях пародонта усугубляются в результате повреждения сосудисто-нервного пучка, часто возникающего вследствие смещения отломков

при переломах нижней челюсти. Для улучшения качества лечения тактика ведения больного должна строиться индивидуально с учетом общего и стоматологического статуса. Целью лечения является восстановление или сохранение функции жевания, норм эстетики, устранение отрицательного влияния патологического процесса на организм в целом и длительное поддержание достигнутого результата. Этого можно добиться лишь комплексным лечением, включающим хирургические, терапевтические, ортодонтические и ортопедические методы лечения.

Литература:

1. Абдрахимов А.Х. Анализ архивного материала по лечению больных с переломами нижней челюсти / А.Х. Абдрахимов, У.Т. Таиров, С.А. Сафаров // Материалы I съезда (Конгресса) стоматологов Таджикистана. Душанбе, 2006. - С. 165-170.
2. Афанасьев В.В. Травматология челюстно-лицевой области / В.В. Афанасьев. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010. - 256 с.
3. Боярова С.К. Особенности течения и совершенствование метода лечения у больных хронического генерализованного пародонтита: Автореф. дис. . канд. Мед. наук / С.К. Боярова.- СПб., 2006.- 24 с.
4. Васильев В.М. Сравнительная оценка хирургических методов лечения переломов нижней челюсти в области угла: Автореф. дис. . канд. мед. наук / В.М. Васильев. Тверь, 2006. - 18 с.
5. Изосимов А.А. Ретроспективный анализ частоты развития воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти / А.А. Изосимов // Сборник статей III Республиканской конференции частнопрактикующих врачей-стоматологов. Уфа, 2007. - С. 31-33.
6. Изосимов А.А. Оптимизация комплексного лечения переломов нижней челюсти: Автореф. дис.. канд. мед. наук / А.А. Изосимов. Пермь, 2007. - 25 с.
7. Мирсаева Ф.З. Оптимизация комплексного лечения переломов нижней челюсти / Ф.З. Мирсаева,

А.А. Изосимов // Институт Стоматологии. 2009. - Ко 2 (43). - С. 60-63.

СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДО И ПОСЛЕ ШИНИРОВАНИЯ

Х.Ш. ХАСАНОВ, З.Ш. ИСХАКОВА,
Д.Т. ДЖУРАЕВ

Самаркандский филиал Ташкентского
Государственного стоматологического института,
Республика Узбекистан, г. Самарканд

За последние годы, вместе с общим ростом травматизма, наблюдается увеличение частоты челюстно-лицевых травм. Нижняя челюсть лицевого черепа наиболее часто подвергается травматическому повреждению. Удельный вес всех переломов составляет 65,0-96,5%, причем в 75-85% случаев переломы локализуются в пределах зубного ряда. Цель работы: Создание программы комплексной диагностики и разработка патогенетически обоснованной стратегии лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных с переломами нижней челюсти на основании изучения клинических, биомеханических, функциональных и оценки системы гемостаза. Исследование проводилось с 2013-2015г в челюстно-лицевом хирургическом отделении Самаркандском Городском Медицинском Объединении. Возраст обследованных находился в пределах от 18 до 50 лет, которые были распределены на 3 группы: контрольная (10 больных), 1 группа: больные с неосложненными ПНЧ (14 больных), 2я группа: больные (13 больных) с осложненными ПНЧ. Длительность пребывания больных в стационаре у больных 1 группы составляла 12,3-12,7 койко/дней, 2 группы 17,7-17,9 койко/дней, в контрольной группе наблюдалась самое длительное пребывание в стационаре 21,3-21,6 койко/дней.