



**АЛГОРИТМ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ.**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14652456>

Пулатова Б.Ж.

доктор медицинских наук, профессор

Нарзиева М.И.

докторант

Университет Альфраганус, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика

Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность темы

На течение посттравматического периода переломов нижней челюсти влияют различные факторы, в том числе заболевания пародонта, распространенность которых неуклонно растет. По оценкам специалистов ВОЗ в 1990 году более 80% населения Земли имеют признаки пародонтита. У 15-20% людей среднего возраста встречается пародонтит тяжелой степени. Доказана патогенетическая роль воспалительных заболеваний пародонта в развитии гнойно-инфекционных осложнений переломов нижней челюсти (Ерокина Н.Л., 2009).

Для лечебной иммобилизации отломков челюстей применяют консервативные и хирургические методы. Из консервативных методов в настоящее время наиболее широко используются на зубные двух челюстные шины (Робустова Т.Г., Стародубцев В.С., 1993, 2003; А.А. Тимофеев, 2004). На зубные шины наиболее доступны и просты в изготовлении, однако они имеют существенные недостатки: ухудшают условия по уходу за зубами и полостью рта, затрудняют питание больного. Это факторы прогрессирования явлений воспаления у больных пародонтитом. На зубные шины фиксируются в пришеечной области зубов с помощью лигатурной проволоки. В связи с этим, как в момент фиксации шин, так и на протяжении всего времени нахождения их в полости рта происходит неизбежная травма маргинальной части тканей пародонтального комплекса. Значительное ухудшение гигиенического состояния полости рта и травмирующее воздействие фиксирующих конструкций приводит к развитию патологии в области маргинального пародонта, либо усугубляет уже имеющуюся (Аветикян В.Г., 2010; Пузин М.Н. с соавт., 2010). В то же время, имеются данные



о возможности применения назубных шин для иммобилизации нижней челюсти при переломах у больных с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне комплексного лечения (Ерокина Н.Л., 2009).

Цель работы: Обосновать выбор оптимального способа иммобилизации отломков у больных с переломами нижней челюсти при хроническом генерализованном пародонтите тяжёлой степени.

Материалы и методы исследования

С целью определения диагностических критериев нами проводилась диагностика 93 больных с переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда, у которых при поступлении на стационарное лечение был диагностирован хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени на кафедре челюстно-лицевой хирургии и в отделение взрослой хирургии челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института

Программа обследования больных была стандартизирована и включала в себя выявление жалоб, сбор анамнеза, внешний осмотр челюстно-лицевой области - выявление наличия гематом и отёка мягких тканей, определение локализации перелома с помощью проведения нагрузочных проб, оценку смещения костных отломков, нарушения прикуса. Лабораторные методы исследования включали общий анализ крови и общий анализ мочи. Рентгенологическое обследование зубочелюстной системы осуществлялось в рентгенологическом отделении МУЗ «ГКБ №9». Рентгенограммы оценивались визуально - уточнялась локализация перелома, определялся характер смещения отломков.

Материалом для исследования уровня цитокинов служила десневая жидкость (у лиц группы контроля) и содержимое пародонтальных карманов. Для забора использовались полоски фильтровальной бумаги (10x4мм), которые вводились в зубодесневой или пародонтальный карман и находились там до полного пропитывания, предварительно подлежащую исследованию область очищали от зубного налета, изолировали ватными валиками от слюны. Пропитанная бумага помещалась в эпиндорф с физиологическим раствором, замораживались до -20° С. Размораживание производили в день анализа. При определении уровня цитокинов использовался иммуноферментный анализатор «СТАТ-ФАКС» и метод твердофазного иммуноферментного анализа. Исследование цитокинов ИЛ-1В, ИЛ-4, ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-17, ИЛ-18 десневой жидкости и жидкости пародонтальных карманов проводили тест системами фирмы Вектор-Бест (г. Новосибирск). Приготовление реагентов и проведение иммуноферментного



анализа проводилось в соответствии с инструкцией по применению набора реагентов.

Результаты и их обсуждение

Изменения в тканях пародонта у больных с переломами нижней челюсти при хроническом генерализованном пародонтите тяжёлой степени челюсти при хирургическом методе лечения

Изменение гигиенического и пародонтальных индексов больных с переломами нижней челюсти при хроническом генерализованном пародонтите тяжёлой степени в динамике хирургического метода лечения

Изучение состояния тканей пародонта проводилось до операции остеосинтез, на 9-10 и 28-30 дни лечения. У больных II группы при поступлении отмечалась неудовлетворительная гигиена полости рта, значение ИГ составило $2,16 \pm 0,06$. Отмечался отёк, гиперемия десны, среднее значение РМА индекса, характеризующего выраженность воспалительных явлений в пародонте, до лечения соответствовало средней степени тяжести гингивита и составляло $46,0 \pm 1,7\%$. Значение пародонтального индекса было $4,68 \pm 0,08$, что соответствует тяжёлой степени пародонтита. Состояние гигиены полости рта и значения пародонтальных индексов достоверно не отличались от группы больных, для иммобилизации отломков нижней челюсти которых использовали двучелюстные назубные шины.

Анализ содержания маркёров костного метаболизма выявило, что наиболее значительное увеличение активности щелочной фосфатазы (на 21,2%) было выявлено у пациентов 3а группы. Концентрация С-телопептида, маркёра интенсивности резорбции, была наиболее высокой у исследуемых 1й группы – показатель увеличился в среднем на 52,4%, что говорит о более интенсивной резорбции в зоне перелома, если сравнивать с др. группами. Положительная динамика нормализации СЛГ у 3а группы говорило о восстановлении метаболизма глюкозы и нормальной оксигенации тканей, что свидетельствует об оптимальной трофике для нормального темпа консолидации отломков и заживления перелома. Согласно результатам исследований, наиболее положительная динамика восстановления изучаемых показателей и заживления перелома наблюдалось при введении препарата Остеогенон в слизистую оболочку непосредственно в проекции перелома.

Заключение

С учётом проведённого нами исследования разработан алгоритм выбора метода иммобилизации отломков у больных хроническим генерализованным пародонтитом при переломах нижней челюсти (рац. предложение № 2866 от 15.06.11), в котором предложены рекомендации по выбору метода



иммобилизации в зависимости от состояния тканей пародонта, характера перелома. Из предложенного алгоритма видно, что расширены показания к консервативному лечению больных с переломами нижней челюсти при хроническом генерализованном пародонтите тяжелой степени, что позволяет снизить число гнойно-воспалительных осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузнецова Е.И., Чепелева М.В, Ключин Н.М., Бурнатов С.И. Функционально-метаболический статус нейтрофильных фагоцитов у пациентов с остеомиелитом длинных трубчатых костей // Сибирский научный медицинский журнал. - Новосибирск, 2015. - №1.- С. 65-70.

2. Кулаков А.А., Ханздрацян А.С. Хирургические методы лечения переломов нижней челюсти у лиц, злоупотребляющих алкоголем // Стоматология №36, Москва 2014. - С. 29-31.

3. В. И. Куцевляк, В. Н. Панченко. Анатомическая классификация повреждений костей лицевого скелета // Вестник стоматологии 2010. - № 4. - С. 95-98.

4. Леснухш В.Л. Особенности диагностики, лечения и профилактики переломов нижней челюсти, сопровождающиеся повреждением нижнего альвеолярного нерва: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.22 / В.Л. Леснухш; МОЗ Украина Киев. мед. акад. им. П.Л. Шупика. - К., 2015. 20 с.

5. Лечение и профилактика переломов нижней челюсти на фоне бисфосфонатных остеонекрозов А. А. Слетов. // Актуальные вопросы клинической стоматологии: - Ставрополь, 2016. - С. 160-163.

6. Литовка В.К. Первично-хронический остеомиелит, имитировавший саркому кости /В.К. Литовка, И.П. Журило, К.В. Латышов, Е.В. Симонов // Травма. 2012. - Т.13, №1. - С. 130 - 132.

7. Лунев М.А. Коррекция иммунометаболических нарушений при одонтогенном остеомиелите челюстно-лицевой области. // Современные проблемы науки и образования. 2012. - №5. - С. 36 - 41.

8. Маланчук В.А, А. Н. Гусейнов, Н. В. Маланчук А.А. Богомольца. Лечение оскольчатых переломов нижней челюсти. Национальный медицинский университет им. Украина. // Вестник стоматология. 2013. - № 3. - С. 95-99.

9. Маланчук В.А., Астапенко Е.А. О целесообразности применения биорезорбируемых фиксаторов для остеосинтеза при переломах нижней челюсти. Вестник проблем биологии, медицины. 2013; 2 (101): - С. 168-71.



10.Маланчук В.О. Лжування вщкритих перелом!в нижньо! щелепи з урахуванням ризику виникнення шфекцшних ускладнень / В.О. Маланчук, О.Л. Ц!ленко, М.А. Гордшчук // Науковий вюник Нацонального медичного ушверситету 1м.. О.О. Богомольця. 2012. - № 3. - С. 47 - 51.

11.Маланчук В.О. Клиническое лечение больных остеомиелитом челюстей на фоне наркотической зависимости /В.О. Маланчук, И.С. Бродецкий //Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные достижения и перспективы развития хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». - Харьков, 2010. - С. 51 -53.

12.Мамонов Р.О. Бюх!м!чш зм!ни у сироватц! кров! хворих на переломи нижньо! щелепи / Р.О. Мамонов, Н.А. !лленко // Укра!нський науково-медичний молод!жний журнал. 2013. - №1 Спецвипуск 2 (продовження 2). 264 с.

13.Медведев Ю. А. Ю. А. Медведев, Р. В. Куценко. Роль металлоостеосинтеза в лечении переломов нижней челюсти. // Фундаментальные исследования. 2012. - № 4. - С. 84-87.

14.Микулич Е.В. Современные принципы лечения хронического остеомиелита // Вестник новых медицинских технологий. - Москва, 2012. - Т.ХІХ. - №2. - С. 180-184.

15.Мирзоев М.Ш. Эндопротезирование костных дефектов при остеомиелитах нижней челюсти /М.Ш. Мирзоев, М.Н. Шакиров, Х.О. Гафаров, М.К. Шакиров //Научно-практический журнал ТИППМК- 2013. - №2. - С. 19 -23.

16.Морозова М.Н. Опыт хирургического лечения нетипичного хронического остеомиелита челюстей больных, освободившихся от наркотической зависимости /М.Н. Морозова, М.Ю. Люперсольский, С.В. Бояринцев //Вестник проблем биологии и медицины.2013. - Т.1,№2. - С. 309 - 313.

17.Монаков В.А., Монаков Д.В., Савельев А.Л. Обоснование применения чрескостных остеофиксаторов с покрытием и комбинированной режущей кромкой для остеосинтеза переломов нижней челюсти // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 110-летию со дня рождения профессора С.П. Вилесова - Россия, Оренбург, 2015. - С. 63-71.