2023
NEW DELHI, INDIA



SCIENTIFIC AND
INTERNATIONAL CONFERENCE

INTERNATIONAL CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION, HEALTH SCIENCES AND PATIENT CARE

Conference proceedings available
at virtualconference.press

Состояние гемостаза крови у больных с переломами нижней челюсти в сочетании с пародонтитом

Буриев Нурбек Заируллаевич,
Пулатова Барно Журахоновна,
Нарзиева Махлие Исрофил кизи,
Хатамов Улугбек Алтибаевич
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Республика Узбекистан

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 2022 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 исследования 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 обследовано36 больных, из них 12, получавших лечение, которым иммобилизация отломков нижней челюсти проводилась с использованием на зубных шин. При этом у 28 из них отмечено неосложненное течение переломов нижней челюсти, а у 8 мы наблюдали гнойно-воспалительные 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±4,8 усл.ед., максимальная степень их агрегации до 80,5±2,8% и времени достижения максимальной степени агрегации до 88,7±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±1,1 усл.ед., снижение максимальной степени агрегации кровяных пластинок до 59,1±3,7%, времени достижения максимальной скорости агрегации до 708,5±33,7 с., времени достижения максимальной степени агрегации кровяных

пластинок до 63,3±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 двухчелюстными на зубные шины, неизбежно происходит обострение и прогрессирование заболеваний пародонта.

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±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 ±0,16) и пародонтите легкой степени (1,62±0,09) существенно не отличались. В этих группах преимущественно отмечался зубной налет. Несмотря на снятие зубных отложений при поступлении, после наложения двухчелюстных 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 ±0,1.Ухудшение гигиенического состояния у больных с воспалительными заболеваниями пародонта при переломах нижней челюсти в период иммобилизации на зубными 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±3,2, с пародонтитом легкой

степени - 25,3±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±1,9 и 48,7±3,7..

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±2,5, при пародонтите легкой степени - 43,9±3,4, средней степени - 56,5±4,1 (средняя степень тяжести гингивита), и тяжелой степени - 61,3±3,8 - тяжелая степень гингивита больных с гингивитом равнялось 1,86±0,19; у больных с пародонтитом легкой степени - 2,42±0,27; средней степени - 3,61±0,32; при тяжелой степени пародонтита - 4,84±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 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±4,8 усл.ед., при одновременном возрастании времени достижения максимальной скорости агрегации до 851,6±12,2 с.

CONTENTS

Fayziyeva D.B. - Clinical diagnostic features of pathological changes of the cervical spine in the progression of myopia. ……...…3
Kamalova Mehriniso Kilichevna, Rakhimov Sodik Shavkatovich. - Analysis of the detection of the frequency and causes of congenital cleft of the upper lip and palate in children. ……....6
Yuldasheva N.A., Abidova K. R. - Dental examinations of pregnant women with herpetic stomatitis. ……..10
Лигай Р.Е., Цой А.О., Уралов А.Т., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А. - Результаты кардиодилатации у больных с запущенными стадиями кардиоспазма и ахалазии кардии..13
Буриев Нурбек Заируллаевич, Пулатова Барно Журахоновна, Нарзиева Махлие Исрофил кизи, Хатамов Улугбек Алтибаевич. - Состояние гемостаза крови у больных с переломами нижней челюсти в сочетании с пародонтитом. ……15
Даминова М.Н[1]., Ташпулатова Ф.К[1]., Даминова Х.М[2]. - Факторы риска и особенности течения вич - инфекции у детей. ……21
Даминова М.Н., Ташпулатова Ф.К., Абдуллаева О. И. - Тактика коррекции ротовирусных диарей у детей. ……24