



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И ИННОВАЦИЙ РУЗ



ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

VI МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС СТОМАТОЛОГОВ

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ»



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

7. Tugatish, silliqdash

Литература

1. Ахмадов И. Н. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЧАСТИЧНЫХ И ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ //ББК 72 И66. – 2021. – С. 262.
2. Shavkatovich O. R., Nizomitdin A. I. EFFECTIVENESS OF THE USE OF OSTEOPLASTIC MATERIAL" STIMUL-OSS" IN SAMARKAND //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 11. – С. 612-617.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМАЛЬНОЙ КИСТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ.

Ахметов Тимур Фаритович, Хабибуллина Камила Рустемовна

ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ

timur.akhmetov.f@rambler.ru

Введение: чаще всего опухолеподобные поражения костей, в частности челюстных, протекают бессимптомно, поэтому многие пациенты не знают о наличии у них образований челюстных костей и обнаруживают их случайно при обращении за стоматологической помощью в результате проведения рентгенологических методов исследования. Однако рентгенологическая картина не позволяет точно определить разновидность новообразований. В частности, аневризмальная костная киста не имеет характерных симптомов и характерной рентгенологической картины, встречается редко. Представляет собой доброкачественное образование, характеризующееся наличием в кости аневризмально расширенных сосудистых пространств. В связи с этим в таких случаях очень важно проведение адекватной биопсии и тщательное морфологическое исследование материала для установления точного диагноза.

Описание клинического случая: Больная П., в возрасте 8 лет 11 месяцев, поступила в экстренном порядке в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» г. Уфа, РБ 21.09.2017г. по направлению из ГБУЗ РБ Клиническая Больница №1 г. Стерлитамак, РБ с жалобами на наличие новообразования в области тела и угла нижней челюсти и кровотечения из десны на нижней челюсти справа.

Из анамнеза болезни: 15.09.17г. началось кровотечение из десны в области 4.6 зуба, ранее были незначительные кровянистые выделения. Обратились 18.09.17г. к стоматологу в г. Стерлитамак, где был удален 4.6 зуб, кровотечение

не прекращалось, в связи с этим госпитализированы в Клиническую Больницу № 1 г. Стерлитамака, в 21.30 выезд и консультация зав. отд. ЧЛХ РДКБ Давлетшиным Н.А., рекомендовано - ангиографическая окклюзия нижнеальвеолярной артерии. После ангиографической окклюзии справа и тампонады лунки кровотечение было остановлено.

В г. Стерлитамак, после удаления зуба и появления кровотечения из лунки 4.6 зуба была проведена ортопантограмма, на которой было выявлено наличие костной полости тела нижней челюсти справа размером 2х3 см.

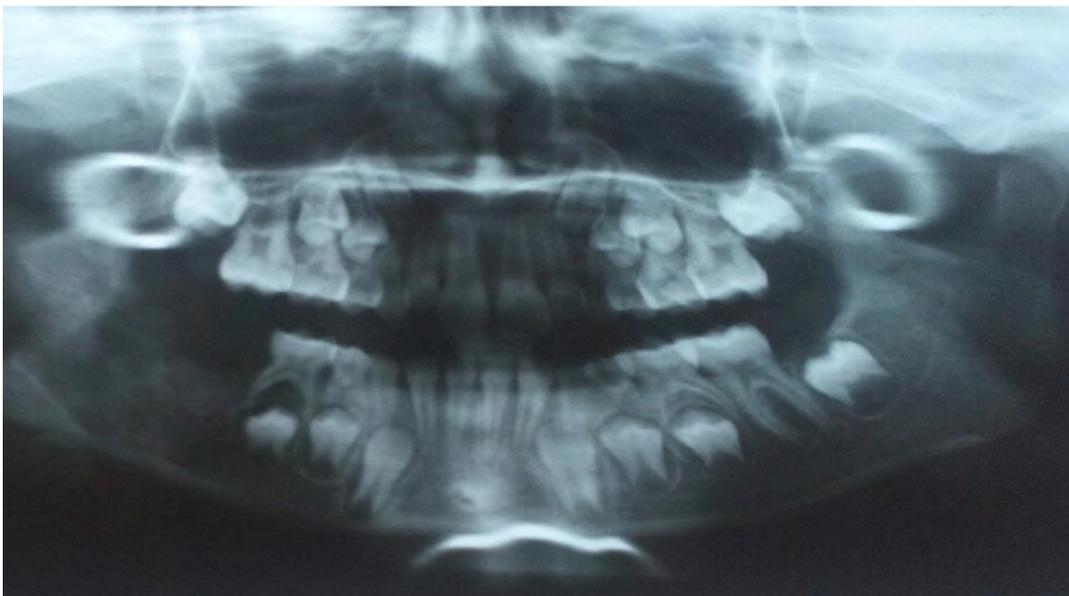


Рис. 1 ОПТГ: наличие костной полости тела нижней челюсти справа

Объективно - Состояние средней тяжести. Т-36,6°С, ЧСС-87, ЧДД-25, АД-100/60.

Status localis: Слизистая оболочка переходной складки в области 4.6 зуба гиперемирована, болезненна при пальпации. Из лунки 4.6 зуба кровотечения на момент осмотра нет. Лунка удаленного 4.6 зуба затампонирована фибрилляром.

Диагноз: Новообразование тела и ветви нижней челюсти справа.

Сопутствующий диагноз - Аспирационная пневмония, возникшая в результате аспирации крови, вследствие обильного кровотечения из лунки 4.6 зуба. Анемия постгемморагическая, возникшая в результате потери большого количества крови вследствие обильного кровотечения из лунки 4.6 зуба.

Ребенок госпитализируется в связи с необходимостью планового оперативного лечения и врачебного наблюдения.

22.09.2017г. было проведение КТ-исследование нижней челюсти.

Протокол исследования:

На серии КТ-томограмм лицевого черепа - получены изображения исследуемых структур. Тело нижней челюсти справа несколько вздуто в поперечнике до 16,5 мм (слева 14,5), постоперационная полость в проекции 6-го зуба нижней челюсти справа 10x 11 мм. Канал нижней челюсти справа на уровне ветви и тела нижней челюсти на уровне 4.7, 4.6. 4.5 зубов выполнен содержимым до +36 +41 сд.Н, кортикальная пластинка по медиальной поверхности неравномерно истончена, канал нижней челюсти расширен до 8.6 мм, слева до 3,4 мм; лунка зачатка 4.7 зуба с нечеткими, прерывистыми контурами; кортикальная пластинка нижней челюсти по наружной поверхности - несколько порозна. На остальном протяжении костные структуры прослеживаются обычно, без остеодеструктивных изменений. Прилежащие мягкие ткани прослеживаются обычно, сопоставимы с обеих сторон. В проекции нижнеальвеолярной артерии справа повторяющее ее ход - инородное тело плотностью до 80 ед. Н (состояние после окклюзии нижнеальвеолярной артерии справа).

Заключение: состояние после удаления 4.6 зуба, состояние после оперативного лечения. Не исключено артериовенозная мальформация ветви и тела нижней челюсти справа.

22.09.17г. вследствие появления клиники артериального кровотечения из лунки 4.6 зуба была проведена экстренная операция - ревизия и тампонада лунки 4.6 зуба с окончательной остановкой кровотечения из лунки 4.6 зуба.

Учитывая недостаточно эффективную эмболизацию ветвей верхнечелюстной и лицевой артерии справа, проведенную 18.09.17г. в ГБУЗ РБ Клиническая Больница №1 г. Стерлитамак, и повторившееся кровотечение из лунки 4.6 зуба вследствие наличия кровоснабжения новообразования с противоположной стороны, на консилиуме в РДКБ г.Уфа было вынесено решение по проведению повторной эмболизации ветвей верхнечелюстной и лицевой артерии с обеих сторон, повторно в условиях ГБУЗ РКЦ, 24.09.17г.. по жизненным показаниям.

24.09.17г. в условиях ГБУЗ РКЦ была проведена операция: ангиография наружной сонной артерии с двух сторон (брюшной отдел аорты), ангиография (почечные), закрытие артериального доступа устройством Starclose и эндоваскулярная эмболизация сосудов микроэмболами наружных сонных артерий с обеих сторон.

Протокол операции: под местной анестезией раствором новокаина 0,25% после обработки операционного поля раствором хлоргексидина, пунктирована по

Сельдингеру правая бедренная артерия, в которую установлен интродьюсер 6F. В правую наружную сонную артерию установлен проводниковый катетер. При контрастировании определяется высоковазуляризированное образование нижней челюсти справа, кровоснабжающееся из а. facialis. А. maxillaris эмболизирована ранее и не контрастируется. Выполнена селективная эмболизация а. facialis. Через 15 минут отмечается стаз контраста и его заброс в дистальные отделы (эффективная эмболизация).

Катетер и интродьюсер удалены. Давящая асептическая повязка. Рекомендации в раннем послеоперационном периоде даны. Осложнений нет.

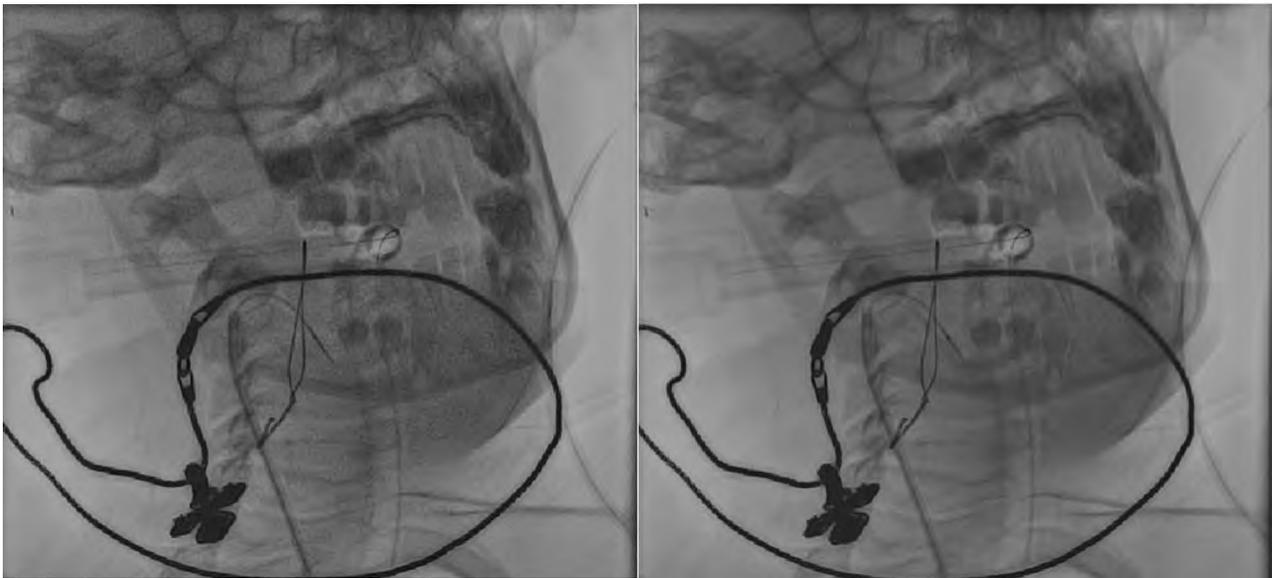


Рис.2 Процесс проведения селективной эмболизации a.facialis

Рис.3 Стаз контраста и его заброс в дистальные отделы (эффективная эмболизация). Учитывая наличие новообразования тела и ветви нижней челюсти справа неясной этиологии и неоднократное кровотечение из него была показана операция: биопсия и ревизия кистозного новообразования тела и ветви нижней челюсти справа. 27.09.17г. под интубационным наркозом после удаления окружного шва была проведена расширенная экспресс-биопсия кистозного образования нижней челюсти справа с гистологическим исследованием по cito, в результате которого было выявлено, что в материале морфологическая картина соответствует картине аневризмальной костной кисты. После чего было проведено удаление аневризмальной костной кисты блоком в пределах здоровой ткани с последующим гистологическим исследованием, в результате которого была подтверждена аневризмальная костная киста.

Выводы:

- 1.Рекомендовано при обследовании пациентов с подвижностью ограниченной группы зубов (1 или 2) максимально использовать дополнительные методы исследования (ОПТГ, КТ).
- 2.Наличие фибриллара и других гемостатических препаратов (в виде гемостатической губки) является необходимым условием при оказании хирургической стоматологической помощи в амбулаторных условиях.
- 3.В данном клиническом случае использование уходящего в историю окружного проволочного шва позволило остановить кровотечение, тем самым помогло избежать летального исхода.
- 4.Метод эндоваскулярной эмболизации сосудов в г. Уфа в отделении челюстно-лицевой хирургии был применен впервые и показал себя как высокоэффективный метод профилактики артериальных кровотечений, в результате чего данный метод может быть рекомендован с целью борьбы с угрозой кровотечения в челюстно-лицевой

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ В КАЗАХСТАНЕ

Ашел Ержан Нурланулы, Омарова Балнур Адилбеккызы

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави

erzhanashel@gmail.com

Кариес — хронический, медленно протекающий патологический процесс в твёрдых тканях зуба; возникает в результате активной деятельности бактериальной биопленки на поверхности зуба, которая со временем подвергается воздействию ферментируемых углеводных субстратов, что приводит к деминерализации и образованию кариозной полости.

Здоровье ротовой полости и зубов - неотъемлемая часть хорошего общего состояния здоровья организма, а кариес зубов является наиболее распространенным хроническим инфекционным заболеванием в детском возрасте. По данным ВОЗ, статистика показывает, что показатель распространённости кариеса зубов у детей по всему миру находится в пределах от 60% до 90%, показатель у взрослых же почти 100% [1].

Распространённость кариеса у детей в таких странах, как Финляндия, Швеция и Великобритания не признана острой проблемой, так как показатели составляют от 1 % до 32 % [2]. В странах восточной Европы распространённость кариеса среди детей доходит до 56% [3], на Ближнем востоке показатель 22%-61% [4], странах Африки 38%-45% [5]. А вот в странах Азии проблема кариеса стоит остро, показатели от 36% и достигают даже 85% [6]. Согласно исследованиям самые высокие показатели распространённости кариеса среди детей приходится на возраст от двух до пяти лет [7].

В нашей республике Казахстан показатель распространённости кариеса детей колеблется от 59% до 99%. По областям, в Атырауской области - 99.66%, в Восточно-Казахстанской – 92.3%, Южно-Казахстанской – 98%, Западно-Казахстанской – 59%, Актюбинской – 90.1%, Карагандинской – 97.6%, Жамбылской – 98.7%, Павлодарской – 98.6%, Костанайской – 98%, Кзылординской – 93%, Акмолинской – 99.8%, в Северо-Казахстанской области – 96%, Мангистауской – 99%, городе Алматы 89%, в Астане – 90%, Алматинской области 71% [8].

Результаты обследования двадцати семи тысяч детей, показывают: у трехлетних детей поражены зубы кариесом в количестве от трех до четырех зубов; у каждого второго шестилетнего ребенка при смене зубов прорезываются постоянные зубы на которых уже есть кариес; распространённость кариеса среди детей двенадцати лет достигает 60-80%; до наступления пятнадцати лет кариес выявляют у 90% детей и практически у большинства обнаружены признаки заболеваний пародонта — кровоточивость десен, зубной камень, пародонтальные карманы.

Кариес и его осложнения, поздняя санация полости рта, отсутствие лечения, запущенное воспаление напрямую влияют на качество жизни детей,

приводят к стрессу и психологической декомпенсации ребенка, возможности обострения хронических заболеваний и социальному нарушению развития ребёнка. Раннее удаление зубов и их потеря приводит к нарушению окклюзии, эстетики внешнего вида ребёнка, задержка развития речи, повышению риска развития дефектов. Позднее лечение кариеса и его осложнений детей, отсутствие санации полости рта можно отнести к халатному отношению родителей к детям и неисполнению своих родительских обязанностей.

В нашем государстве не в полном объеме проводятся уроки гигиены и просветительская работа по профилактике кариеса. На становление кариеса воздействуют легкоусвояемые продукты с высоким содержанием углеводов, газированные соки и напитки с высоким содержанием сахара, неполная выработка правильных навыков гигиены полости рта.

Такой метод профилактики кариеса, как фторирование молока, является одним из наиболее эффективных средств профилактики кариеса зубов среди детей, и в странах зарубежья были созданы схемы, базирующиеся на внедрении этого метода в программы здравоохранения и питания среди детей школьного возраста. На территории нашего государства данный метод еще не был внедрен. Также, в современном мире число населения, снабжаемых искусственно фторированной водой, оценивается в триста семьдесят миллионов человек. Использование такого средства профилактики кариеса, как фторированная вода снижает уровень кариеса на 35% у детей с молочными зубами и на 26% в постоянном прикусе у детей.

На основании данных, которые были приведены ранее, можно выдвинуть следующие рекомендации для более качественного оказания стоматологических услуг детям: в комплексное обследование ротовой полости детей и лечение есть необходимость подключить анкетирование детей и родителей по вопросам гигиены полости рта и методам чистки зубов, обязательную оценку уровня гигиены полости рта до и после приема врача стоматолога, обучение детей под контролем индивидуальной гигиене полости рта, а также микробиологическое исследование полости; для слежения за гигиеническими и микробиологическими факторами при лечении рекомендуется организация специальных кабинетов гигиены полости рта и кабинета первичного осмотра на уровне стоматологической поликлиники; с целью профилактики кариеса зубов во время лечения целесообразно не менее одного раза в полгода организовать обязательное посещение кабинета гигиены полости рта.

Таким образом, кариес зубов детей является многофакторной социально острой проблемой здравоохранения. Решение данной проблемы выходит

далеко за рамки стоматологического кабинета. В снижении распространённости кариеса большую роль играют не только лишь стоматологи, но и врачи других профилей и другие специалисты, заинтересованные в здоровье подрастающего поколения, и, прежде всего, родители, обучающие детей навыкам гигиены полости рта, занимающиеся профилактикой заболеваний и здоровьем своих детей, которые приводят ребёнка на осмотр к стоматологу. Профилактика кариеса зубов у детей должна быть ведущим направлением здравоохранения в области детской стоматологии, многоуровневой системой профилактических мер, которые включают не только профессиональные навыки медицинских работников лечащих кариес, но и постоянное улучшение качества общественной культуры и компетентности родителей к формированию у детей гигиенических навыков. Необходим обоснованный и разработанный специализированный подход в формировании программы профилактики кариеса у детей с особым государственным статусом и приоритетным финансированием.

Лишь только общими стараниями на основе единственной государственной общественной профилактической программы есть возможность понизить риск развития кариеса и его заболеваемости, обеспечив детям здоровую улыбку и заслуживающее качество жизни.

Список литературы

1. Кнайст С., Маслак Е., Царе Р., Берзина С., Скривеле С., Терехова Т., Шаковец Н., Вагнер М., В. де Мура-Зибер, Р. де Мура, А. Борутта, Арженовская Е. Социальные факторы, влияющие на развитие раннего детского кариеса: результаты исследования в пяти странах // Социология медицины. – 2012. – № 1 (20). – С. 41-45.
2. Hakan Çolak, Çoruh T. Dülgergil, Mehmet Dalli, and Mehmet Mustafa Hamidi. Early childhood caries update: a review of causes, diagnoses, and treatments // J Nat Sci Biol Med. – 2013. – № 4 (1). – P. 29-38.
3. Szatko F., Wierzbicka M., Dybizbanska E., Struzycka I., Iwanicka-Frankowska E. Oral health of Polish three-year-olds and mothers' oral health-related knowledge // Community Dent Health. – 2004. – № 21. – P. 175-180.
4. Reich E. Prevention of tooth decay today // New Dentistry. – 2011. – № 6 (178). – P. 6-15.
5. Kiwanuka S.N., Astrom A.N , Trovik T.A. Dental caries experience and its relationship to social and behavioral factors among 3-5-year-old children in Uganda // Int J Pediatric Dent. – 2004. - № 14. – P. 336–346.

6. Tsai A.I., Chen C.Y., Li L.A., Hsiang C.L., Hsu K.H. Risk indicators for early childhood caries in Taiwan // Community Dent Oral Epidemiol. – 2006. – № 34. – P. 437-445.

7. Berkowitz R.J. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: A microbiologic perspective. J. of Canad. Dent. Assoc. – 2003. – Vol. 69, № 5. – P. 304-307.

8. С.С. Есембаева, К.Е. Сабитова, Б.З. Курманғалиев. Данные по стоматологическим заболеваниям в рк за 2012 г.// Вестник КазНМУ. - 2014 г. - №2(4). – С.203-205.

INDICATORS OF ORAL FLUID METABOLISM IN THE POSTCOID PERIOD IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN

Bekjanova O.Ye., Babadjanova N.

Tashkent State Dental Institute

bekjanovaolga@mail.ru

Suffered COVID -19 is an important feedback mechanism acting on the person and has a negative impact on all parts of the body's homeostasis, forming an adverse toxic background, the consequence of which is the deterioration of systemic health. A characteristic feature of the existing and suffered COVID -19 in children is an increase in the severity and prevalence of dental pathology, including inflammatory periodontal pathology.

The evaluation of the integral indexes of the metabolism of the oral liquid that characterize the state of the organism in response to the local and internal influences can be the basis for the increase of the efficiency of the dental care for the pathology of the oral tissues after the experienced COVID-19. And salivary albumin content is a marker of the severity of the inflammatory process.

Materials and methods: Two groups of children aged 7-12 years with gingivitis were examined: 43 children who had had COVID-19 - 19. 47 children who had not had COVID-19 and 45 children with healthy periodontium constituted the control group. The severity and prevalence of periodontal pathology were determined on the basis of WHO methods, 5th edition (2013 clinical parameters, establishing the extent of gingival bleeding). In whole unstimulated saliva, albumin level, sorption and detoxification capacity of albumin, endogenous intoxication severity indices and the level of middle mass molecules 254 m 280 were studied by fluorescence method.

Results. Statistically reliable increase of albumin, MSM 254 and MSM280 concentration, decrease of sorption and detoxication activity of albumin in the mixed