

Литература

1. Брагин Е.А., Вакушина Е.А. Современные методы диагностики, прогнозирования и лечения нарушений смыкания зубных рядов // Ставрополь, 2006. – С. 60-83.

2. Бушан М.Г. Справочник по ортодонтии. – Кишинёв: Картия Молдавенияскэ, 1990. – 485 с.

3. Волосовец Т.В., Соболева Е.А. Нарушение речи детей с врожденными расщелинами губы и неба // Рос. стоматол. журн. – 2001. – №4. – С. 34-36.

4. Григоренко Н.Ю., Синяева М.Л. Логопедический и медицинский аспекты органической дислаллии и способы ее коррекции // Дефектология. – 2000. – № 4. – С. 22-23.

5. Дистель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д. Пособие по ортодонтии. – М., 2000. – С. 137-141.

6. Соснина Г.П., Крицкий А.В. Механизм нарушения речи больных с врожденными расщелинами неба и способы их устранения // Вопр. клин. стоматол. – 1988. – №1. – С. 53-55.

Цель: разработка и апробация методики дифференцированной ортодонтической и логопедической помощи по устранению произносительных расстройств у детей с аномалиями зубочелюстной системы, проводимой на фоне ортодонтического лечения. **Материал и методы:** исследование проводилось в течение 3-х лет (2016-2018 гг.) в школе №18 Мирзо-Улугбекского района города Ташкента и на кафедре ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института. Стоматологическому обследованию были подвергнуты 505 детей в возрасте от 6 до 14 лет. Из числа обследованных отобраны 148 детей (основная группа), в том числе 86 (58,11%) мальчиков и 62 (41,89%) девочек, которым был проведен комплекс диагностических, лечебных и логопедических мероприятий. **Результаты:** было установлено, что эффективность ортодонтической работы повышается при проведении ее совместно и одновременно с логопедическим лечением. При ортодонтическом воздействии формируются новые артикуляторные условия, обеспечивающие новые кинетические и кинестетические ощущения, что способствуют более быстрому преодолению патологических артикуляторных автоматизмов и формированию нормальных произносительных механизмов в ходе логопедической работы, что, в свою очередь, позволяет нормализовать произносительную сторону речи. **Выводы:** произносительные расстройства, обусловленные аномалиями органов артикуляции, более резистентны к методам логопедического воздействия. При этом следует помнить, что дикция ребенка окончательно формируется к концу периода сменного прикуса.

Ключевые слова: дети, зубочелюстные аномалии, период сменного прикуса, произносительные расстройства, ортодонтическая и логопедическая помощь.

УДК: 616.98-022.6:617.52

ПРОЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Храмова Н.В., Атаков С.С., Тураханов С.В.

Ташкентский государственный стоматологический институт,
Ташкентская медицинская академия

По данным отчета Объединённой программы организации объединённых наций по ВИЧ/СПИД, в 2016 году на планете проживали 36,7 млн человек, инфицированных ВИЧ; из них 1,8 млн заразились ВИЧ; 1 млн человек умерли от СПИДа (рис. 1, 2) [1,4]. Известно, что с начала самой эпидемии 35 млн человек умерли от сопутствующих СПИДу болезней [3]. На сегодняшний день 50% ВИЧ-пациентов – женщины; 2,3 млн инфицированных – дети; 55% – ВИЧ-пациенты в возрасте до 25 лет (до 80%, из них проживают в Восточной Европе) [5,6].

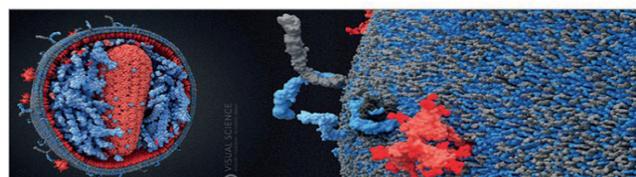
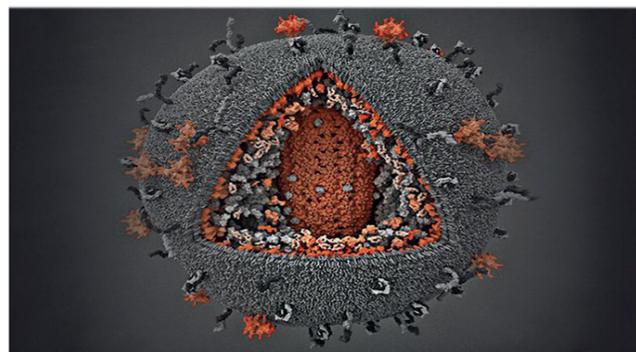


Рис. 1. 3D-модель вируса иммунодефицита человека.

Принимая во внимание вышесказанное, а также разнообразие клинической картины проявления ВИЧ-инфекции, необходимо знать основные заболевания, которые косвенно могут сигнализировать о наличии ВИЧ-инфекции у пациента (рис. 3).

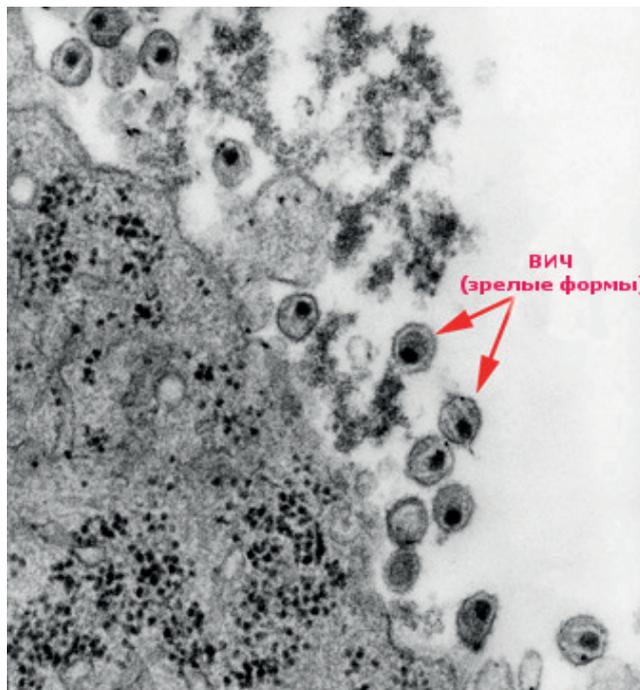


Рис. 2. ВИЧ в реальности.

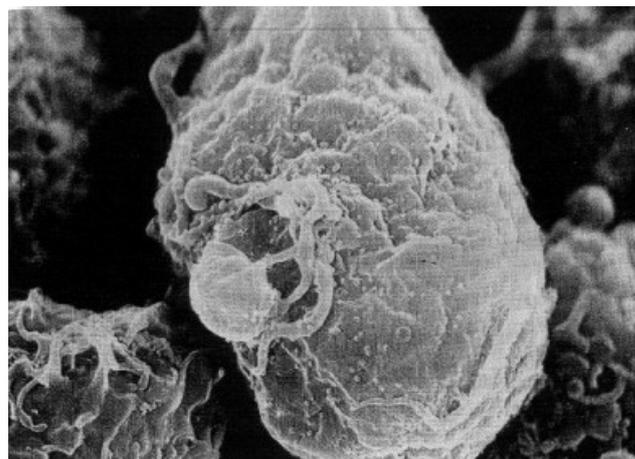


Рис. 3. Механизм действия вируса иммунодефицита человека на здоровые клетки.

Последовательность осмотра пациента врачом-стоматологом для обнаружения клинических симптомов ВИЧ-инфекции имеет большое значение, так как патологические изменения в полости рта, на слизистой оболочке полости рта (СОПР) возникают наиболее рано. Именно слизистая оболочка рта в силу своих иммунологических особенностей часто становится местом первых, начальных клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Для диагностики поражения слизистой оболочки рта у ВИЧ-инфицированных больных принята рабочая классификация, согласно которой все поражения разделены на три группы [4]:

Таблица. Классификация поражений СОПР и челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных

| Вид поражения | Часто встречающиеся | Редко встречающиеся |
|------------------------|---|--|
| Грибковые инфекции | Кандидоз* - псевдомембранозный - эритематозный - гиперпластический - ангулярный хейлит | гистоплазмоз криптококкоз геотрихоз |
| Бактериальные инфекции | Линейная эритема десен* - некротический язвенный пародонтит* - некротический стоматит | внутриклеточный актиномикоз, вызываемый <i>Mycobacterium avium</i> |
| Вирусные инфекции | Простой герпес* - опоясывающий герпес - цитомегаловирус - волосистая лейкоплакия | вирус папилломы человека, бородавки в полости рта, остроконечная кондилома, очаговая эпителиальная гиперплазия |
| Новообразования | Саркома Капоши* - лимфомы (кроме лимфомы Ходжкина) | |
| Прочие | Рецидивирующее афтозное изъязвление* - лицевой паралич – тригеминальная невропатия - рецидивирующая тромбоцитопеническая пурпура - крупное - малое - герпетиформное | иммунная тромбоцитопеническая пурпура увеличение лимфатических желез ксеростомия меланотическая пигментация |

Примечание. * – Поражения в полости рта, являющиеся маркерами ВИЧ-инфекции.

1-я группа: поражения, четко связанные с ВИЧ-инфекцией.

В эту группу включены следующие нозологические формы: стойкие кандидозы (эритематозный, псевдомембранозный, гиперпластический); волосистая лейкоплакия; маргинальный гингивит; язвенно-некротический гингивит; деструктивный пародонтит; саркома Капоши; неходжкинская лимфома.

2-я группа: поражения, менее четко связанные с ВИЧ-инфекцией: бактериальные и вирусные инфекции; заболевания слюнных желез; тромбоцитопеническая пурпура.

3-я группа: поражения, которые могут быть при ВИЧ-инфекции, но не связаны с ней.

Наибольший интерес вызывают и наиболее часто встречаются поражения, относящиеся к 1-й группе.

В таблице (см. с. 42) дана классификация о частоте поражения СОПР и челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных больных [2].

Известно, что течение заболевания имеет 4 клинические стадии, каждой из которых на СОПР и челюстно-лицевой области присущи свои специфические симптомы.

I стадия. Острая инфекция. Характеризуется повышением температуры, появлением насморка, кашля, сыпи на коже, часто имеются признаки гриппа. Через 2-3 недели данный активный период проходит. Однако в 60-70% случаев острое начало болезни может отсутствовать. При этом пациент, не зная о собственных проблемах, может заражать других. Для острой ВИЧ-инфекции характерно также наличие лейкопении (лимфопении) и тромбоцитопении. Серологические реакции на наличие ВИЧ становятся положительными примерно через 5-8 недель после начала острой фазы заболевания.

II стадия. Асимптомная инфекция. Клинические проявления болезни (наличие ВИЧ-инфекции) отсутствуют. Установить диагноз можно только, организовав специальные лабораторные исследования.

III стадия. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия. Возникает через 3-5 лет после II стадии. При ослаблении иммунитета происходит увеличение лимфоузлов, становятся частыми головные боли, случается расстройство кишечника, замечен упадок сил. Чаще всего в процесс вовлекаются шейные, подмышечные, паховые, бедренные и даже подколенные лимфатические узлы. Диаметр их от 0,5 до 2 см, иногда 4-5 см и более. По мере прогрессирования заболевания происходит атрофия лимфоидной ткани. Уже в терминальной стадии лимфатические узлы обычно уплотняются и уменьшаются в размерах. При проведении медицинского лечения возможно кратковременное улучшение. Обычно человек трудоспособен. Именно в этой стадии больные наиболее часто обращаются к челюстно-лицевому хирургу с жалобами на появления

увеличение лимфатических узлов челюстно-лицевой области и шеи [3].

Приводим случай из клинической практики. В клинику взрослой челюстно-лицевой хирургии ТГСИ обратился больной Р., 32 лет, с жалобами на появление множественных припухлостей лица и шеи. Из анамнеза: 2 года назад был установлен диагноз ВИЧ-инфекция. Больной не получает специфического лечения, имеет вредные привычки. Был поставлен диагноз: множественные аденоабсцессы лица и шеи. Под местной анестезией произведено вскрытие абсцессов, назначена антибактериальная терапия (рис. 4-6).



Рис. 4. Фото больного Р. до операции.



Рис. 5. Участки депигментации на коже у больного Р.

Рис. 6. Этап вскрытия абсцесса у больного Р.

IV стадия. Пре-СПИД и собственно СПИД. По мере развития инфекционного процесса иммунная система полностью разрушается не только патогенными, но и обычными микробами. Поражены слизистые оболочки, лимфоузлы, дыхательная система, желудочно-кишечный тракт, органы зрения, нервная система. При проявлении ВИЧ-инфекции наиболее типичны следующие симптомы: потеря массы тела на 10% и более; лихорадка длительно — более 1-го месяца; диарея более 1-го месяца; затяжные, рецидивирующие или не поддающиеся стандартной терапии пневмонии; постоянный кашель более 1-го месяца; затяжные, рецидивирующие

вирусные, бактериальные, паразитарные болезни; сепсис; увеличение лимфоузлов двух и более групп свыше 1-го месяца; подострый энцефалит; слабоумие у ранее здоровых людей.

Последняя стадия ВИЧ-инфекции – непосредственно СПИД – протекает в трех клинических формах: онко-СПИД (саркома Капоши и лимфома головного мозга), нейро-СПИД (разнообразные поражения ЦНС и периферических нервов), инфекто-СПИД (многочисленные инфекции). Наиболее распространен СПИД в легочной форме (примерно 50-80% больных). Примерно в 15-20% случаев СПИД выражается в наличии вторичной инфекции, которая поражает центральную нервную систему (менингит, энцефалит, абсцессы головного мозга и др.). Примерно в 2-3% случаев возникает опухоль головного мозга, приводящая к его атрофии.

Интерес представляет саркома Капоши – один из наиболее характерных клинических проявлений СПИД-а. Опухоль образуется из лимфатических сосудов. Слизистые оболочки рта и половых органов, конъюнктивы поражаются у 30% больных СПИДом. В полости рта в большинстве случаев саркома Капоши локализуется на твердом и мягком небе, в области желобоватых сосочков корня языка, реже – на деснах. В начале своего развития саркома Капоши имеет вид эритематозных пятен диаметром 0,5-3,0 см либо плотных эластических бледно-розовых или буро-коричневых узелков размером 5x8 мм. Постепенно узлы увеличиваются, под ними образуется инфильтрат, цвет их становится вишнево-красным, фиолетовым или коричневым. Впоследствии узлы часто разделяются на доли и изъязвляются. Изъязвления на слизистой оболочке рта наблюдаются значительно чаще, чем на коже. Поражения в полости рта болезненны до стадии изъязвления. Саркома Капоши, локализованная на десне, по внешнему виду напоминает эпюлис [3].

Приводим случай из клинической практики. В клинику взрослой челюстно-лицевой хирургии ТГСИ обратилась больная С., 60 лет, с жалобами на появление припухлости правой половины лица. Из анамнеза: припухлость держится в течение нескольких месяцев, помимо этого больная много лет страдала постгерпетической невралгией. В анализах лейкопения, высокая СОЭ. С целью установки диагноза была проведена биопсия тканей. В ходе обследования у больной была обнаружена ВИЧ-инфекция. В данном случае имелся характерный для саркомы Капоши фи-



Рис. 7. Фото больной С.

олетовый окрас кожи и инфильтрация мягких тканей (рис. 7).

К другим значимым проявлениям ВИЧ-инфекции относятся: в любом периоде в полости рта могут появиться телеангиэктазии на фоне слабовыраженных эритематозных пятен, а также петехиальные и пурпурозные высыпания.

Заключение

Наиболее реальным средством защиты от ВИЧ-инфекции является постоянная настороженность и бдительность врача, основанная на знаниях клинических проявлений заболевания.

Литература

1. Европейская базовая стратегия снижения бремени ТБ/ВИЧ. – ВОЗ, 2003. – 34 с.
2. Рабинович И.М., Голиусов А.А., Гуревич К.Г. и др. Профилактика ВИЧ/СПИДА в стоматологической практике: Метод. рекомендации. – М., 2006. – 35 с.
3. Янушевич О.О., Робустова Т.Г. Атлас инфекционных болезней в стоматологии. – М., 2017. – С. 122-128.
4. <http://www.dentoday.ru/>

5. *Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) (2001) HIV and AIDS in the Americas: An epidemic with many faces.* – Washington: Pan American Health Organization.

6. *United Nations General Assembly (2001) Declaration of Commitment on HIV/AIDS: «Global Crisis-Global Action».* United Nations Special Session on HIV/AIDS, New York, 25-25-27 June. Available at: <http://www.unaids.org/UNGASSI/index.html>.

Статья посвящена одной из наиболее актуальных проблем – оценке клинических проявлений ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области. Подробно изложена клиническая картина ВИЧ-инфекции в зависимости от клинической стадии заболевания. В качестве иллюстрации приводятся клинические случаи ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области у двух пациентов. Авторы подчеркивают, что ВИЧ-настороженность у врача-стоматолога поможет предупредить распространение этой смертельной на сегодняшний момент инфекции.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, челюстно-лицевая область, саркома Капоши.

The current issue of clinical manifestations of HIV infection in the maxillofacial area has been discussed in the article. The clinical picture of HIV infection is described in detail, depending on the clinical stage of the disease. Clinical cases of HIV infection in the maxillofacial area are presented. Observance of HIV-alertness in the practice of a dentist will help reduce the risk of spreading this deadly infection to date.

Maqolada maxillofasiyadagi OIV infeksiyasining klinik ko'rishlarining dolzarbligi muhokama qilindi. OIV infeksiyasining klinik ko'rinishi kasallikning klinik bosqichiga qarab batafsil tavsiflanadi. Maksillofasiyal sohada OIV infeksiyasining klinik ko'rinishlari keltirilgan. Tish shifokorining amaliyotida OIVga chidamliligiga rioya qilish ushbu o'lik infeksiyani tarqalish xavfini kamaytirishga yordam beradi.

УДК: 616.214-089.28]-08-06

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ



**Гафоров С.А., Абдиримов И.С.,
Сабилов Б.Ю.**

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Результатом лечебной работы врачей-стоматологов ортопедов является конкретная, иногда весьма сложная композиция зубного протеза, состоящая из множества элементов, требующая различных материалов и технологических решений. Однако оценка самого протеза как результата лечебной работы не может дать точного и объективного ответа о качестве лечения конкретного пациента. В экспертизу вовлекаются множество факторов, влияющих на состояния всей зубочелюстной системы в том числе общее соматическое состояние пациента [1,2].

Качество стоматологического ортопедического лечения в первую очередь определяют качество протеза, который восстанавливают функции зубочелюстной системы, обеспечивает эстетический оптимум и удовлетворенность пациента ортопедической конструкцией [2,4]. Неудовлетворенность пациентов качеством лечения и возникновение обоснованных жалоб связаны с нарушением общепринятых правил диагностики и проведения ортопедического лечения, а также нарушением технологии изготовления металлокерамических протезов [3,4].

Цель исследования

Анализ ошибок и осложнений, наиболее часто встречающихся при применении металлокерамических протезов.

Материал и методика

Было проанализировано состояние 56 несъемных протезов: 8 фарфоровых коронок, 12 металлокерами-