

Таблица 1. Анализ пораженности кариесом зубов у детей с ДЦП и уровнем лактоферрина (M±m)

Группа	Интенсивность КПУ+кп	Распространенность, %		Концентрация лактоферрина в ротовой жидкости
		молочные зубы	постоянные зубы	
Основная (45)	5,22±1,33	89,55±2,69	44,01±2,79	3,11±0,24*
Контрольная (22)	2,36±0,26	61,14±2,08	37,22±2,47	1,06±0,08

По вышепредставленным данным у детей основной группы показатели интенсивности кариеса значительно превышали показатели у детей контрольной группы в 1,27 раза.

Анализ полученных результатов исследований, представленной в таблице 1, показало на достоверный рост уровня лактоферрина в ротовой жидкости у детей с ДЦП при сравнении с показателями контрольной группы детей.

При этом уровень лактоферрина в ротовой жидкости у детей основной группы составил 3,11±0,24 мкг/мл, что достоверно выше аналогичных показателей у детей контрольной группы 1,06±0,08. С повышением интенсивности кариеса зубов концентрация лактоферрина в ротовой жидкости возрастала.

Самый высокий уровень лактоферрина ротовой жидкости определялся у детей с ДЦП при высокой интенсивности кариеса зубов. Факт возрастания уровня лактоферрина в ротовой жидкости детей с ДЦП позволил считать, что изучаемый антимикробный пептид является маркером активности кариеса зубов. Таким образом, этот белок, выполняя защитные свойства, одновременно является индикатором воспалительного процесса. Следовательно, повышение уровня лактоферрина в ротовой жидкости можно считать защитной приспособительной реакцией организма, направленной на повышение антимикробного потенциала ротовой полости.

Выводы

У детей основной группы пораженность кариесом зубов выше в 1,27 раза по сравнению с контрольной группой. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей с ДЦП, имеет прямую взаимосвязь с концентрацией лактоферрина в слюне. С повышением интенсивности кариеса зубов повышается концентрация уровня лактоферрина, о чем свидетельствует, что данный маркер является показателем активности кариеса зубов.

Литература

1. Вальшиев, А. В. Роль лактоферрина в противомикробной защите / А. В. Вальшиев, И. В. Вальшиева, О. В. Бухарин // *Успехи современной биологии*. – 2011. – № 2. – С. 135-144.
2. Воротникова, Т. А. Лактоферрин в сыворотке крови женщин во время беременности / Т. А. Воротникова, Е. Н. Ноздрин, И. Б. Телупова, Т. Н. Шатова // *Новости «Вектор-Бест»*. – 2012. – № 3 (65). – С. 10-12.
3. Макеева, И. М. Применение лактоферрина в комплексном лечении стоматологических заболеваний (обзор литературы) / И. М. Макеева, Т. Н. Смирнова,

А. Д. Черноусов [и др.] // *Стоматология*. – 2012. – № 4. – С. 66-71.

4. Gaspar D, Veiga AS, Castanho MA. From antimicrobial peptides. A review. *Frontiers in Microbiology*.2013; 294(4):1-16. Doi: 10.3389/2013.00294.
5. Akiyama Y, Oshima K, Keptuhara T, Shin K, Abe F, Iwatuski K, Nadano D, Matsuda T. A lactoferrin-receptor, intelectin 1, affects uptake, sub-cellular localization and release of immunochemically detectable lactoferrin by intestinal epithelial Caco-2 cells. *J Biochem*. 2013;154(5): 437-448 doi:10.1093/jb/mvt073.
6. De Andrade FB, de Oliveira JC, Yoshie MT, Guimaraes BM, Goncalves RB, Schwarcz WD. Antimicrobial activity and synergism of lactoferrin and lysozyme against cariogenic microorganisms. *Braz Dent J*. 2014;25:165-9. doi:10.1590/0103-6440201302257.
7. Николаев, А. А. Лактоферрин и его роль в репродукции (обзор литературы) / А. А. Николаев, А. Е. Сухарев // *Проблемы репродукции*. – 2015. – № 6. – С. 25-30.
8. Сухарев, А. Е. Иммунохимические исследования лактоферрина в слюне / А. Е. Сухарев, Т. Н. Ермолаева, Н. А. Беда, Г. Ф. Крылов // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2009. – № 4. – С. 38-39.
9. Rizayev, J. A. "Ecological pollutants in industrial areas of Uzbekistan: Their influence on the development of dental diseases." *Eurasian Journal of BioMedicine*. 4.5 (2011): 12.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-4-9>

УДК:616.716.4-001.5-039.4-05]-053.2

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ КЛИНИКИ ТГСИ ЗА 2016-2018 ГГ.



Шомуродов К.Э., Мусаев Ш.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Число детей с травматическими повреждениями лицевого скелета в структуре повреждений челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) у детей продолжает расти. Травмы мирного

времени в условиях современных крупных городов с большим количеством дорожно-транспортных происшествий представляет большую социальную и экономическую проблему [4].

Наибольший процент травматических повреждений костей лица составляют переломы нижней челюсти. Реабилитация зависит, в том числе, и от развития посттравматических осложнений, возникающих вследствие позднего обращения, наличия одонтогенных очагов инфекции и др., что предопределяет значимость патологии как в научном, так и в практическом плане [1].

Лечение детей с травматическими повреждениями тканей ЧЛЮ является сложной и актуальной проблемой раздела травматологии детского возраста. По частоте встречаемости данный вид травмы занимает второе место после воспалительных заболеваний, пострадавшие с этими травмами составляет до 25% от общего числа экстренных больных, нуждающихся в стационарном лечении. Среди повреждений костей лицевого скелета до 90% составляют переломы челюстей, из них 95% приходится на переломы нижней челюсти [2, 3, 5-7].

Несмотря на постоянное совершенствование комплексного лечения, частота осложнений переломов нижней челюсти варьирует от 10 до 41% (Мубаркова Л.Н., 2008; Мирсаева Ф.З., Изосимов А.А., 2009; Якубов Р.К., Файзиев Б.Р., 2012), что не позволяет говорить об эффективности существующих методов лечения (Магомедгаджиев Б.Г., 2008). Из консервативных методов лечения переломов нижней челюсти наиболее широко применяется иммобилизация с помощью на зубных шин. Однако применяемая в настоящее время методика двучелюстного шинирования, наряду со многими достоинствами, имеет и ряд недостатков, наиболее существенными из которых являются: негативное воздействие на пародонт, значительное снижение уровня гигиены полости рта и качества жизни пациентов.

Цель исследования

Характеристика повреждений ЧЛЮ, а также структуры челюстно-лицевых повреждений и частоты переломов нижней челюсти у детей, находящихся на стационарном лечении.

Материал и методы

Для выполнения поставленной цели нами были проанализированы архивные материалы отделения детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ за период 2016-2018 гг. Изучены истории болезни 327 детей с переломами нижней челюсти. Изучены следующие показатели: число выписанных больных, структура и локализация повреждений ЧЛЮ, число пострадавших с переломами нижней челюсти, количество осложнений после иммобилизации, среднее количе-

ство койко-дней у одного пострадавшего с переломом нижней челюсти.

Результаты

Доля больных с переломами нижней челюсти среди пострадавших за изученный период составила 49,6%. Средняя длительность пребывания пострадавшего на койке – 5,2 дня. Среди повреждений преобладали переломы нижней челюсти. Из всех видов переломов нижней челюсти двусторонние переломы зарегистрированы у 129 (39,5%) больных. У 108 (33,0%) пациентов переломы были левосторонними, у 90 (27,5%) – правосторонними (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от вида перелома нижней челюсти, n=327

Вид перелома	Число больных, абс. (%)
Двусторонний	129 (39,5)
Левосторонний	108 (33,0)
Правосторонний	90 (27,5)
Всего	327 (100)

Для лечения переломов нижней челюсти у детей применяли разные методы. У 270 (82,6%) пациентов была проведена иммобилизация челюстей с помощью шины Тигерштедта, у 15 (4,6%) использована гладкая шина (скоба), у 39 (11,9%) осуществлена операция остеосинтеза, у 3 (0,9%) прибегли к иммобилизации по методу Айви (табл. 2).

Таблица 2. Распределение больных в зависимости от метода лечения переломов нижней челюсти, n=327

Метод лечения	Число больных, абс. (%)
Иммобилизация челюстей с помощью шины Тигерштедта	270 (82,6)
Иммобилизация гладкой шиной (скоба)	15 (4,6)
Операция остеосинтез нижней челюсти	39 (11,9)
Иммобилизация по методу Айви	3 (0,9)
Итого	327 (100)

Среди пострадавших мальчиков было 283 (86,6%), девочек – (13,4%). Данные об основных причинах переломов представлены в таблице 3.

Таблица 3. Распределение больных в зависимости от причины переломов нижней челюсти, n=327

Причина перелома	Число больных, %
Случайная травма (падение)	74,6
Умышленная травма (удар)	21,1
ДТП	4,3

Установлено, что за изученный период количество переломов нижней челюсти статистически значимо

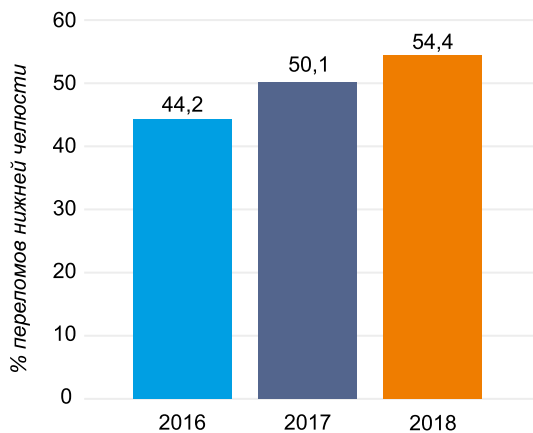


Рис. Количество переломов нижней челюсти в период 2016-2018 гг., %.

увеличилось на 10,2% (44,2% в 2016 г., 50,1% в 2017 г., 54,4% в 2018 г.) (рис.).

Заключение

Полученные данные дают представление о распространенности и структуре переломов нижней челюсти у детей. Как видно, большинство пострадавших с переломами нижней челюсти составляют мальчики (86,6%), проживающие в условиях города. Основная масса таких пациентов поступает по причине случайной травмы в связи с высокой физической активностью мальчиков. Следует также отметить, что в большинстве случаев при лечении переломов нижней челюсти, как односторонних, так и множественных можно обойтись без оперативного вмешательства.

Таким образом, доля пострадавших детей с повреждениями ЧЛО среди всех больных, госпитализированных в отделение детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ на протяжении трехлетнего периода, оставалась стабильно высокой. Среди повреждений ЧЛО чаще встречались переломы нижней челюсти (49,6%). С 2016 по 2018 гг. количество переломов нижней челюсти у детей увеличилось на 10,2%, что диктует необходимость разработки мероприятий по совершенствованию специализированной помощи и повышению эффективности лечения данной категории больных.

Литература

1. *Абрамов Н.В., Шарахова Е.Ф. Динамика основных показателей травматизма населения Кемеровской области // Сибирское мед. обозрение. – 2013. – №2. – С. 41-44.*

2. *Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю., Шевченко П.П. и др. Эпидемиологические аспекты челюстно-лицевой травмы на примере г. Ставрополя // Рос. стоматол. журн. – 2012. – №1. – С. 50-51.*

3. *Симонов А.Г., Левенец А.А. Оценка характера и тяжести повреждений у больных с переломами костей лицевого черепа // Сибирский стоматологический форум: Тр. Всерос. науч.-практ. конф.; Актуальные вопросы стоматологии; Сб. науч. тр. 16-й краевой науч.-практ. конф. – Красноярск, 2009. – С. 259-263.*

4. *Фоменко И.В., Дмитриенко С.В., Казанцева И.А., Рыжкова А.В. Травматические повреждения челюстно-лицевой области в детском возрасте. – Волгоград, 2001.*

5. *Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Арутюнов Г.Р. и др. Клиническая характеристика и анализ выбора метода лечения переломов челюстей у детей // Health and Education Millennium: The Journal of scientific articles. – 2016. – Vol. 18, №1. – С. 131-134.*

6. *Якубов Р.К., Шарипова А.У., Файзиев Б.Р. и др. Обоснование фармакокоррекции в комплексном лечении переломов нижней челюсти и их ранних осложнений у детей // Stomatologiya. – 2008. – №3-4. – С. 49-51.*

7. *Якубов Р.К., Шарипова А.У., Файзиев Б.Р. и др. Принципы предоперационной подготовки, профилактики и лечения ранних и поздних послеоперационных осложнений у детей, перенесших переломы челюстей // Dentist Казакстан. – 2008. – №7. – С. 116-122.*

Цель: характеристика повреждений ЧЛО, а также структуры челюстно-лицевых повреждений и частоты переломов нижней челюсти у детей, находящихся на стационарном лечении. **Материал и методы:** проанализированы архивные материалы отделения детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ за 2016-2018 гг. **Результаты:** большинство пострадавших с переломами нижней челюсти составляют мальчики (86,6%), проживающие в условиях города. Основная масса таких пациентов поступает по причине случайной травмы в связи с высокой физической активностью мальчиков. В большинстве случаев при лечении переломов нижней челюсти, как односторонних, так и множественных можно обойтись без оперативного вмешательства. **Выводы:** необходима разработка мероприятий по совершенствованию специализированной помощи и повышению эффективности лечения данной категории больных.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, переломы нижней челюсти, иммобилизация челюстей.