

зованы хрящи крыльев носа, которые фиксированы в правильном положении швами из Polypropylene 3,0. На кожу наложены швы из Polypropylene 6,0. На послеоперационную рану наложена асептическая повязка.

Заключение

Применение различных видов хирургического лечения в медицинской реабилитации больных с зубочелюстными аномалиями не может не сопровождаться риском возникновения осложнений. Основная задача специалистов заключается в том, чтобы минимизировать элементы риска и увеличить положительные аспекты проводимого лечения с четким пониманием причин возникновения возможных осложнений. Накопленные данные о возникающих осложнениях позволяют разработать рациональные подходы к их предупреждению. Кроме того, определяется необходимость дальнейшего изучения анатомо-морфологических особенностей зубочелюстных аномалий, выбора оптимальных сроков и рациональных методов хирургического вмешательства при врожденной расщелине верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Данный клинический случай заслуживает внимания в связи с наличием у пациентки с врожденной расщелиной верхней губы и неба асимметрии верхней губы после проведенной рехейлопластики. Предложенная методика рехейлопластики способствует реконструкции линии Купидона и восстановлению анатомической формы верхней губы.

Список литературы

1. Агроскина А.П. Операции при врожденных расщелинах (незаращениях) верхней губы // Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия; Под ред. В.Н. Балина. – СПб: Спец. лит., 1998. – С. 175-192.
2. Амануллаев Р.А. Частота рождаемости детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в крупных регионах Узбекистана // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей. Актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы науч.-практ. конф. – М., 2006. – С.14-15.
3. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб: Гиппократ, 1998. – 744 с.
4. Гурков Ш.Р. Опыт лечения ограниченных рубцов лица и шеи, пластика местными тканями // Сборник научных трудов 1-го съезда комбустиологов России. – М., 2005. – С. 228.
5. Знаменский В.И., Котов Г.А. Оперативные методы лечения врожденных расщелин верхней губы // Лечение аномалий челюстно-лицевой области. – Ташкент, 1982. – С. 42-70.
6. Козин И.А. Эстетическая хирургия врождённых расщелин лица. – М.: Мартис, 1996.
7. Персин Л.С., Елизарова М.Е., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. – М.: 2003. – С. 341-350.
8. Bardach J. Unilateral cleft lip // Mastery of plastic and reconstructive surgery. – New York; London: Little Brown, 1994. – Vol. 1. – P. 548-565.
9. Blandini D., Tremolada C., Beretta M., Mascanti M. Iatrogenic nostril stenosis: Aesthetic correction using vestibular labial mucosa flap // Plast. Reconstr. Surg. – 1995. – Vol. 95, №3. – P. 569-571.
10. Byrd H.S. Cleft lip I: primary deformities // Selected Read. Plast. Surg. – 1994. – Vol. 7, №21. – P. 37.

УДК: 616.31.2-002-08+615.28-053.6

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-13>

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЛОРОБЕН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО ГИНГИВИТА



Муртазаев С.С., Кучкарова М.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Цель: оценка лечебно-профилактической эффективности антисептического препарата Лоробен при ювенильном гингивите. Материал и методы: под наблюдением находились 28 детей в возрасте от 13 до 16 лет, обратившихся в поликлинику детской терапевтической стоматологии ТГСИ с диагнозом хронического гипертрофического гингивита. Пациенты 1-й группы получали лечение на фоне общей терапии: обработка полости рта раствором 0,1% хлоргексидина, повязки-аппликации с кератопластиком, препараты наносили на десны. Результаты: применение комплекса лечебных мероприятий в более короткие сроки устраняет воспаление в тканях пародонта, стабилизирует достигнутые результаты и способствует предотвращению рецидивов на протяжении всего срока лечения. Выводы: воспалительный процесс в тканях пародонта у пациентов подросткового возраста сохраняется, что зависит не только от гигиены полости рта, но и от гормональных изменений, которые наблюдаются в этот период.

Ключевые слова: ювенильный гингивит, хронический гипертрофический гингивит, лоробен.

Хулоса

13 ёшдан 16 ёшгача бўлган 28 та болаларда текширув ўтказилди ва комплекс даволашда лоробен препарати қўлланилди. Комплекс даволаш чора тадбирлари қўлланилганда пародонт тўқимасидаги яллиғланиш белгилари киска муддатда бартараф этишга имкон беради ва эришилган натижаларни барқарорлаштирди, даволашнинг барча даврларида қайталанишини олдини олади.

Калит сўзлар: ювенил гингивит, сурункали гипертрофик гингивит, лоробен.

Annotation

Surveyed 28 children (16 girls and 12 boys) aged 13 to 16 years with the inclusion of Loroben preparation in the complex of therapeutic measures. The use of a complex of therapeutic measures allows, in a shorter time, eliminates inflammation in periodontal tissues, stabilizes the results achieved and helps prevent relapses throughout the entire period of treatment.

Key words: juvenile gingivitis, paranormal hypertrophic gingivitis, loroben.

Ювенильный гингивит является заболеванием, которое встречается у подростков в период полового созревания. Как правило, через 2-3 года заболевание проходит, однако сохраняется вероятность его перерождения в пародонтит и гипертрофический гингивит. Ювенильный гингивит чаще всего наблюдается у мальчиков в возрасте 14-15 лет и у девочек 10-11 лет. Снижение сопротивляемости тканей пародонта возможно в результате перенесенных легочных (гипоксия в тканях), эндокринных, хронических сердечно-сосудистых заболеваний, болезней желудочно-кишечного тракта.

К признакам ювенильного гингивита относят поражения десневого края передних зубов как верхней, так и нижней челюсти. У девочек повышенная кровоточивость десен связана с предменструальным периодом. В период полового созревания у них резко увеличивается экскреция половых гормонов и снижается выработка прогестерона. Развитие симптомов гингивита обусловлено тем, какой из гормонов преобладает в организме.

В течение последних десятилетий наблюдается не только увеличение распространенности патологии пародонта у подростков, но и значительный рост наиболее тяжелых форм этих заболеваний [6]. Наиболее высокая распространенность хронического гипертрофического гингивита установлена в период пубертата [4], что диктует необходимость всестороннего изучения начальных признаков проявления патологии с возможным пересмотром некоторых традиционных подходов к ее диагностике и лечению [5] Биологические изменения

в данный период регулируются нейросекреторными факторами и гормонами, которые ускоряют соматический рост и развитие половых желёз, их эндокринную и экзокринную регуляцию [1].

На начальных стадиях хронического гипертрофического гингивита периоды интенсивной воспалительной реакции чередуются с периодами ремиссии. Такой характер течения авторы связывают с эндокринными изменениями в период пубертата [2]. При этом ткани пародонта не являются окончательно сформированными и длительно находятся в состоянии физиологического напряжения [6]. Гормональный дисбаланс, связанный с периодом полового созревания, оказывает влияние на эпителий десны, который, в свою очередь, обусловлен клиническими и функциональными особенностями пародонта. С этих позиций полость рта рассматривается как экологическая система, в которой различные биологические процессы, взаимодействуя совместно, вызывают разнонаправленные патологические процессы. Однако знание этих процессов не позволяет до конца решить задачи, поставленные перед клиницистами, что диктует необходимость поиска более рациональных, эффективных и патогенетически обоснованных методов диагностики [3].

Исследователи большое внимание уделяют местным факторам риска, усугубляющим течение хронического гипертрофического гингивита у подростков [7], однако вопрос о роли гормонального фона до сих пор остается предметом дискуссий.

Цель исследования

Оценка лечебно-профилактической эффективности антисептического препарата лоробен при ювенильном гингивите.

Материал и методы

Под наблюдением находились 28 детей в возрасте от 13 до 16 лет, обратившихся в поликлинику детской терапевтической стоматологии ТГСИ с диагнозом хронического гипертрофического гингивита. Больные были разделены на 2 группы по 14 детей в каждой. Пациенты 1-й группы получали лечение на фоне общей терапии: обработка полости рта раствором 0,1% хлоргексидина, повязки-аппликации с кератопластиком, препараты наносили на десны.

У больных 2-й группы, помимо хлоргексидина глюконата 0,240 г (0,12%), повязок-аппликаций с кератопластиком (препараты также наносили на десны), дополнительно назначали бензидамина гидрохлорида 0,300 г (0,15%) (антисептический раствор лоробен) в виде полосканий полости рта.

У всех пациентов с хроническим гипертрофическим гингивитом определяли гигиенический (ГИ) и пародонтальный индексы (РМА) (Парма С., 1960). До основного лечения у больных проводили санацию полости

Таблица. Результаты исследования у больных основной (числитель) и контрольной (знаменатель) групп

Показатель	До чистки	До лечения и после чистки	После лечения	Через 2 мес.	Через 4 мес.
ГИ	1,2±0,01 1,2±0,02	1,0±0,07 1,0±0,05	0,6±0,05 0,05±0,03	0,4±0,08 0,3±0,006	0,2±0,08 0,01±0,06
ИК	0,19±0,12 0,19±0,3	1,8±0,21 1,7±0,24	0,13±0,17 0,12±0,08	0,1±0,02 0,05±0,01	0,05±0,15 0,01±0,06
РМА	4,21±0,12 4,26±0,3	6,8±0,15 6,8±0,12	3,4±0,21 1,87±0,23	3,1±0,17 1,2±0,14	2,1±0,08 0,4±0,06

рта, лечение кариеса и его осложнений и устранение имеющихся дефектов методом реставрации, а также осуществляли профессиональную гигиену полости рта (раз в 3 мес.).

Результаты и обсуждение

У всех обследованных было выявлены признаки воспалительного процесса тканей пародонта: отёк, гиперемия, кровоточивость при зондировании.

Перед проведением профессиональной чистки ГИ у обследованных детей был равен 1,2±0,006, ИК – 0,19±0,05, пародонтальный индекс – 4,21±0,13%, после проведения профессиональной чистки ГИ составил 1,12, ИК – 1,8±0,06, РМА увеличилась 2 раза.

Через 2 месяца после проведения профессиональной чистки и лечения показатели у пациентов обеих групп снижались: ГИ составил 0,4±0,12, ИК – 0,1±0,06, РМА снизился в 2 раза.

Очевидно, что симптомы воспаления были вызваны не только плохой гигиеной полости рта, но и имевшими место у подростков гормональными изменениями, которые усугубляли воспалительный процесс в ткани пародонта. Так, отечная форма хронического гипертрофического гингивита диагностирована у 4 пациентов; отечная форма хронического локального гипертрофического гингивита II степени – у 3. Кроме того, наши наблюдения показали, что, наряду с плохой гигиеной и гормональными изменениями, на усиление воспалительных процессов в пародонте заметное влияние оказывает скученность зубов.

Признаки воспаления в ткани пародонта у наблюдаемых нами больных были купированы терапевтическими профилактическими мероприятиями. После лечения десна приобрела бледно-розовую окраску, уменьшилась отёчность, при зондировании десна не кровоточит (табл.).

В результате лечения в течение 7 дней наблюдалось уменьшение признаков воспаления: ГИ составил 0,6±0,05 ($p<0,012$), ИК – 0,13±0,17, РМА – 3,4±0,21 ($p<0,01$).

Через 2 месяца после повторного обследования у пациентов основной группы ГИ был равен 0,4±0,08 ($p<0,02$), ИК – 0,1±0,02, РМА – 3,1±0,17 ($p<0,01$).

Нужно отметить, что в сохранении хорошего результата лечения заболеваний тканей пародонта важную роль сыграл раствор антисептический Лоробен.

У пациентов контрольной группы положительный результат наблюдался только через 4 месяца после ($p<0,01$). Гигиенический индекс у них составил 0,2±0,08, кровоточивость при зондировании – 0,05±0,15, пародонтальный индекс – 3,1±0,17.

Выводы

Через 4 месяца после лечения ГИ снижается, а воспалительный процесс в тканях пародонта у пациентов подросткового возраста сохраняется, что зависит не только от гигиены полости рта, но и от гормональных изменений, которые наблюдаются в этот период.

Лоробен на фоне комплексной противовоспалительной терапии при лечении ювенильного гингивита значительно уменьшает проявления заболевания: ИК до лечения был равен 0,19±0,12, после лечения снижался в 2 раза до 0,05±0,1; индекс РМА до лечения составлял 4,21±0,12, после лечения – 2,1±0,08.

Список литературы

1. Бондаренко О.С., Бондаренко А.Н., Рисованная О.Н. Влияние различных методов лечения хронического катарального гингивита на показатели стоматологического здоровья и качества жизни пациентов // *Мед. вестн. Северного Кавказа*. – 2011. – №4. – С. 27-29.
2. Гринин В.М., Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. *Язык – зеркало организма: Клиническое руководство для врачей*. – М., 2012. – С. 23-25.
3. Доменюк Д.А., Порфириадис Л.Э., Зеленский И.В. и др. Оценка микроциркуляции в тканях протезного ложа при использовании съёмной ортодонтической аппаратуры у детей и подростков // *Кубанский науч. мед. вестн.* – 2012. – №4. – С. 129-133.
4. Мамаева Е.В., Цинеккер Д.А. *Chronic hypertrophic gingivitis in adolescents: the choice of preventive and therapeutic measures // The DPPP Symposium under the EPMA*. – Voronezh, 2012. – S. 70-76.
5. Суетенков Д.Е., Лясникова А.В. Перспективы ортодонтической коррекции у пациентов с высоким риском пародонтита с помощью микроимплантатов с модифицированным покрытием // *Пародонтология*. – 2009. – №3. – С. 45-50.
6. Цинеккер Д.А. *Хронический гипертрофический гингивит у подростков 13-15 лет. Комплексный подход*