

5. Bollen AM. Effects of malocclusions and orthodontics on periodontal health: evidence from a systematic review. J. Dent. Educ; 2008; 72 (8): 912—8.

6. Калюжный Н.Б. *Меры профилактики поражений пародонта при ортодонтическом лечении подростков со скученным положением передних зубов и нарушениями строения мягких тканей преддверия полости рта: Дисс. ... канд. мед. наук.* М.; 2006.

7. Усманова И.Н. Состояние местного иммунитета полости рта у больных со скученным положением фронтальной группы зубов и заболеваниями тканей пародонта. В кн.: *Сборник научных трудов. Специальный выпуск, посвященный Году окружающей среды в Республике Башкортостан. Т. 23. Гигиена производства и окружающей среды, охрана здоровья рабочих в нефтегазодобывающей и нефтехимической промышленности.* Уфа; 2004: 245—8.

8. Сампиев А.Т. *Эффективность профилактики заболеваний тканей пародонта при ортодонтическом лечении детей и подростков: Дисс. ... канд.*

9. Pontoriero R, Carnevale G. Surgical crown lengthening: a 12-month clinical wound healing study. J Periodontol. 2001; 72:841—848.

10. Bernimoulin J, Curilovic Z. Gingival recession and tooth mobility. J Clin Periodontol. 1977;4:107—114.

11. Staufer K, Landmeser H. Effects of crowding in the lower anterior segment—a risk evaluation depending upon the degree of crowding. J Orofac Orthop. 2004;65:13—25.

12. Richman C. Is gingival recession a consequence of an orthodontic tooth size and/or tooth position discrepancy? Compendium. 2011;32(1):62—69.

АННОТАЦИЯ: В статье, на основании анализа современной доступной литературы, оценивается роль скученности зубов в развитии рецессии десны. Отечественные и зарубежные исследователи отмечают высокую распространенность гингивита и пародонтита у лиц со скученностью зубов на фоне ретенции зубной бляшки и нарушения микроциркуляции в зоне тесного положения зубов.

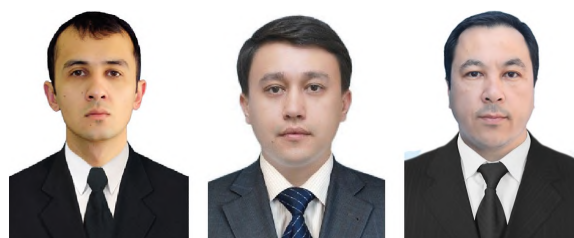
ABSTRACT: The role of teeth crowding in gingival recession development is discussed. The most of researchers notice high prevalence of periodontal diseases among persons with teeth crowding. The

main etiological factors are plaque retention, traumatic occlusion and microcirculatory disturbances in periodontium.

Детская стоматология

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-13>
УДК: 616.716.4-001.5]-039.4 -611.068-053.2

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ



Мусаев Ш.Ш., Шомуродов К.Э., Исомов М.М.
Ташкентский государственный
стоматологический институт

Травматизм в мирное время в условиях современных крупных городов с большим количеством дорожно-транспортных происшествий представляет большую социальную и экономическую проблему [4]. Наиболее подверженными травмам являются дети и подростки. Число детей с травматическими повреждениями лицевого скелета в структуре повреждений челюстно-лицевой области (ЧЛО) не уменьшается.

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

Лечение детей с травматическими повреждениями тканей ЧЛО является сложным разделом травматологии детского возраста. По частоте встречаемости данный вид травмы занимает второе место после воспалительных заболеваний. Пострадавшие с травматическими повреждениями ЧЛО составляют до 25% среди всех 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 колеблется 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 назубных шин.

Однако используемая в настоящее время методика двучелюстного шинирования, наряду с 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 ЧЛО и изучение структуры челюстно-лицевых повреждений и частоты переломов нижней челюсти у детей.

Материал и методы

Нами были проанализированы данные архивных материалов отделения детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ за период 2016-2018 гг. и изучены истории болезни 327 детей с переломами нижней челюсти. Проанализированы такие показатели, как число выписанных больных, структура и локализация повреждений ЧЛО, число пострадавших с переломами нижней челюсти, количество осложнений после иммобилизации, среднее количество койко-дней пострадавшего с переломами нижней челюсти.

Результаты

Всего нами было изучено 327 историй болезни детей в возрасте от 1-го года до 18 лет, находившихся на лечении по поводу переломов нижней челюсти.

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%) пациентов. У 108 (33,0%) детей переломы были левосторонними, у 90 (27,5%) правосторонними (табл. 1).

Таблица 1

Структура переломов нижней челюсти у детей за период 2016-2018 гг., n=327

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

Для лечения переломов нижней челюсти у детей применяли разные методы. У 270 (82,6%) больных использована иммобилизация челюстей с помощью шины Тигерштедта, у 15 (4,6%) – гладкой шиной (скоба), 39 (11,9%) пострадавшим проведена операция остеосинтеза, у 3 (0,9%) больных использована иммобилизация по меду Айви (табл. 2).

Таблица 2

Лечение переломов нижней челюсти у детей за период 2016-2018 гг., n=327

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

Среди наблюдаемых больных мальчиков было 283 (86,6%), девочек – 44 (13,4%). Данные о причинах возникновения переломов представлены в таблице 3.

Таблица 3

Причины возникновения переломов нижней челюсти у детей, n=327

Причина травмы	Число больных, %
Случайная (падение)	74,6
Умышленная (удар)	21,1
Дорожно-транспортное происшествие	4,3

Установлено, что за изученный период статистически значимо произошел рост переломов нижней челюсти на 10,2% (44,2% в 2016 г., 50,1% в 2017 г., 54,4% в 2018 г.) (рисунок).

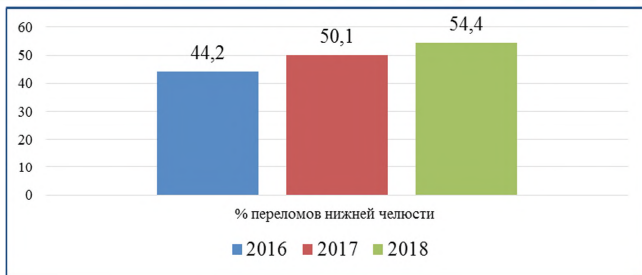


Рисунок. Количество переломов нижней челюсти за период 2016-2018 гг., %

Заключение

Полученные данные дают представление о распространенности и структуре переломов нижней челюсти у детей. Как видно, наибольший процент больных с переломами нижней челюсти составляют мальчики (86,6%), проживающие в условиях города. У большинства таких пациентов имелась случайная травма в связи с высокой физической активностью мальчиков. Следует отметить, что в большинстве случаев при лечении переломов нижней челюсти у детей можно обойтись без оперативного вмешательства как при односторонних, так и при множественных переломах нижней челюсти.

Таким образом, доля пострадавших детей с повреждениями ЧЛО среди всех больных, госпитализированных в отделение детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ на протяжении трехлетнего периода, остается стабильно высокой. Среди повреждений ЧЛО самый высокий показатель отмечался для переломов нижней челюсти (49,6%). За период 2016-2018 гг. число пострадавших детей с переломами нижней челюсти 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 перело-

мами костей лицевого черепа // Сибирский стоматологический форум: Тр. Всерос. науч.-практ. конф.; Актуальные вопросы стоматологии: 16-я краевая науч.-практ. конф.: Сб. науч. тр. – 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 Казахстан. – 2008. – №7. – С. 116-122.

АННОТАЦИЯ: Диагностика и лечение травм челюстно-лицевой области у детей остаются одной из наиболее актуальных проблем травматологии. Было проанализировано 327 историй болезни отделения детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ за период 2016-2018 гг. с целью изучения переломов нижней челюсти в структуре травм челюстно-лицевой области у детей. Изучены частота и структура, методы лечения, а также медицинская документация детей с повреждениями челюстно-лицевой области.

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

АННОТАЦИЯ: Болаларда жағ шикастланишларини тапхислаш ва даволаш травматологиянинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда. Болаларда юз-жағ соҳаси жароҳатлари таркибида пастки жағ синишларини ўрганиш мақсадида 2016-2018 йиллар давомида ТДСИ клиникаси Болалар юз-жағ жароҳдиги бўлимидаги 327 та касаллик тарихи таҳлил қилинди. Юз-жағ соҳаси шикастланишларининг болаларда учраш ча-

стотаси ва тузилиши, даволаш усуллари, шунингдек тиббий хужжатлари ўрганилди.

Калит сўзлар: юз-жағ соҳаси, пастки жағ синиши, жағ иммобилизацияси.

ABSTRACT: Diagnosis and treatment of injuries of the maxillofacial region in children remain relevant problems of traumatology. 327 case histories of the Department of Pediatric Maxillofacial Surgery at the TSDI Clinic for the period 2016-2018 were analyzed in order to study mandibular fractures in the structure of injuries of the maxillofacial region in children. The frequency and structure, treatment methods, as well as medical documentation of children with injuries of the maxillofacial region were studied.

Key words: maxillofacial region, mandibular fractures, immobilization of the jaws.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-14>

УДК: 616.314-002:844-052.3

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА ДО И ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ



Амануллаев Р. А., Икрамов Г. А.,
Насриддинов Ж. Х. Хатамов У. А.
Ташкентский государственный
стоматологический институт

Одной из наиболее значимых причин осложнений после уранопластики является нагноение раны, приводящее к частичному или полному расхождению швов. Рубцовое заживление послеоперационной раны в свою очередь способствует небо-глоточной недостаточности [1,2].

Образование послеоперационных дефектов многие авторы связывают с погрешностями в оперативной тактике и несовершенством методик оперативного лечения, проведением первич-

ной уранопластики без учета состояния резистентности организма ребенка [4]. Важную роль играет эффективный уход за раной полости рта после операции. Результаты уранопластики в значительной степени зависят от функционально-метаболической активности тканей ротовой полости. Микробиоценоз полости рта является важнейшим показателем функционально-метаболической активности тканей ротовой полости [2,3].

Провоцирующими факторами развития осложнений могут быть обострения хронических заболеваний верхних дыхательных путей, аллергические реакции, нарушения гормонального фона, то есть состояния, ведущие к развитию общей и тканевой гипоксии с нарушением репаративных процессов в тканях. При этом соотношение индигенных представителей нормофлоры и условно-патогенных микроорганизмов, обсеменяющих различные биотопы, а также состояние иммунной системы могут влиять на возникновение, тяжесть и длительность течения раневого процесса.

Цель исследования

Изучение состояния микрофлоры в слюне у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРГН) до и после уранопластики.

Материал и методы

На стационарном и диспансерном лечении в отделении детской челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института находились 20 детей с ВРГН, из них 11 мальчиков и 9 девочек, в возрасте 3-7 лет. Всем детям была проведена операция уранопластики, а также клинические и микробиологические исследования.

У обследованных забирали ротовую жидкость методом смыва со слизистой оболочки полости рта (путем полоскания), для чего были подготовлены пробирки с 4,5 мл физиологического раствора. Полученный этим способом материал считали первым разведением. Из этого материала в лаборатории готовили ряд серийных разведений, в последующем определенный объем засеивали на поверхность высокоселективных питательных сред.

Результаты исследований

Изучение местных признаков показывает, что у детей с ВРГН в первые сутки после уранопластики наблюдались боли в области мягкого неба и глотки во время глотания и приема пищи, при-