

Боймуратов Ш.А., Ибрагимов Д.Д., Баратова Ш.Н.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ КОСТЕЙ ЛИЦА С ОЦЕНКОЙ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА.

Введение. Сочетанная травма является одной из сложных проблем современной медицины. За последние десятилетия коренным образом изменилась структура травмы, отмечается одновременное повреждение нескольких анатомических структур (Боймуратов Ш.А., 2014., Боймуратов Ш.А., Ибрагимов Д.Д., 2020).

В современном мире увеличение численности и скорости транспортных средств, технической оснащённости промышленных и сельскохозяйственных предприятий, быта, экстремальные виды спорта, а также напряжённый ритм жизни, стрессовые факторы, связанные с урбанизацией привели к росту различного рода травм мирного времени.

Переломы костей челюстно-лицевой области составляют около 3 % от числа повреждений костей скелета человека. Около 45 % пациентов отделений челюстно-лицевой хирургии составляют пострадавшие с травмой челюстнолицевой области. По данным статистических исследований пострадавшие в 14-20 % случаев имеют сочетанную черепно-мозговую травму.

Повреждения тканей лица и шеи относят к сложным видам травм. Наличие магистральных кровеносных сосудов, нервных стволов и ветвей и, соответственно, обилие рефлексогенных зон, близость жизненно важных органов предрасполагают к развитию большего числа осложнений. При оказании первой помощи и лечении раненых с повреждениями лица и челюстей следует учитывать особенности ранений этой анатомической области. В комплексе лечебно-профилактических мероприятий, направленных на решение этой проблемы, важное место занимает оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи пострадавшим.

Предупреждение осложнений со стороны тканей пародонта при лечении сочетанных травм челюстно-лицевой области и снижение процента лиц, у которых выявлены признаки поражения тканей пародонта является актуальным проблемам в практики челюстно – лицевой хирургии и в целом практики стоматологии.

Больные в тяжелом состоянии госпитализируются в реанимационное отделение для оказания реанимационной помощи, после улучшения общего состояния, т.е. восстановления адекватного дыхания, накладываются бимаксиллярные шины. Пациенты такими травмами чаще всего не могут самостоятельно очистить полость рта. Пищевые остатки, сгустки крови, частицы омертвевших тканей задерживаются в полости рта в межзубных промежутках, особенно когда наложены назубные проволочные шины, и создают благоприятные условия для размножения микроорганизмов и развитию воспаления тканей пародонта.

Таким образом, индивидуальная гигиена полости рта у больных с сочетанными травмами костей лица способствует не только удалению остатков пищи и мягкого зубного налета с шинирующей конструкции, лигатурной проволоки, зубов, десен, и резиновых тяг, но и является профилактикой для развития микрофлоры, дает возможность для более быстрого и благоприятного сращения костных фрагментов челюстей.

Целью нашего исследования явилось оценить гигиенической состоянии ротовой полости у больных с сочетанными травмами костей лица с целью профилактики заболеваний тканей пародонта.

Материал и методы исследования.

Для выполнения поставленных задач нами было обследовано 123 больных с сочетанными травмами костей лицевого скелета (СТКЛС), которые получали лечение в отделении челюстно лицевой хирургии Самаркандской городской медицинской объединение. Среди обследованных мужчин - было 96 (78,4%) женщин составил 27 (21,6%) средний возраст больных составил 41 лет. Для решения поставленных задач и достижения

цели исследования в работе были использованы клинические, лучевые, иммунологические и статистические методы. Средний возраст составил $41,4 \pm 1,2$ года.

Изучали состояние стоматологического здоровья больных, его зависимость от различных факторов медико-биологического и социального характера, в том числе организационных форм оказания стоматологической помощи и диспансеризации.

Больным проводили клиническое ($n=123$; 100%), рентгенологическое ($n=28$; 14,5%), компьютерно-томографическое ($n=25$; 13%), мультиспирально компьютерно томографическое (МСКТ), ($n=139$; 72,5%) и иммунологические обследования. Кроме того оценивали состояние височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС), слизистой оболочки полости рта (СОПР), твердых тканей зубов (кариес, гипоплазия, флюороз, патологическая стираемость и клиновидные дефекты), тканей пародонта. Выявленные нарушения классифицировались в соответствии с МКБ-10. По результатам обследования устанавливали потребность в лечении стоматологических заболеваний. При необходимости проводилась ортопантомография. Распространенность всех выявленных заболеваний выражалась в проценте лиц, страдающих этими заболеваниями.

Регистрацию полученных данных осуществляли в разработанной «Карте для оценки стоматологического статуса».

Для оценки состояния тканей пародонта применялись индекс кровоточивости десны (Muehlemanн - Cowell), десневой индекс GI, а также индекс CPI отражающий нуждаемость в л Мероприятия, проводимые в группах:

I группа – больные с традиционным лечением. В этой группе больных после осмотра нескольких специалистов и установки клинического диагноза и последующей оценки состояний тканей пародонта проводили комплекс традиционных лечения.

Во II – группа основная. В этой группе больных после осмотра нескольких специалистов и установки клинического диагноза и последующей оценки состояний тканей пародонта проводили комплекс лечебно-профилактических мероприятий с местным применением антисептического препарата Элюдрил.

Для решения поставленных задач проводили оценку состояния тканей пародонта, основываясь на данных анамнеза, объективного обследования, оценке уровня гигиены полости рта и показателях, полученных с помощью рентгенологического и функциональных методов исследования.

Клиническое обследование проводили по общепринятой методике, которая включала выяснение жалоб, сбор анамнеза заболевания, осмотр.

Диагностику заболеваний пародонта проводили в соответствии с классификацией, утвержденной на XVI Пленуме правления ВНО стоматологов (1983; дополнения 2003).

При клиническом обследовании обращали внимание на гигиену полости рта, оценивали состояние тканей пародонта по гигиеническому индексу (ИГ) (Silness, Loe, 1962), индексу кровоточивости десен (ИК) (Muhlemann, 1971; Cowell, 1975), индексу РМА (в модификации Parma, 1960). Все группы были обследованы по основным параметрам стоматологического статуса (распространенности и интенсивность кариеса зубов и заболеваний пародонта) повторно через 2 года. Результаты обследования фиксированы в «Картах для оценки стоматологического статуса».

Все больные в день поступления по экстренным показаниям обследованы по разработанной схеме: при сборе анамнеза изучали этиологию травмы, состояние больного в ближайшие часы после ее получения, объем помощи, оказанной до госпитализации.

У всех больных с сочетанными травмами костей лица (СТКЛ) изучали анамнез жизни и жалобы, проводили традиционное местное и общее обследование. Пациенты с сочетанными травмами челюстных костей чаще жаловались на боли в области припухлости, слабость, недомогание,

нарушение сна и аппетита. Из общих и местных симптомов головная боль отмечалась у 94 (85,4%), общая слабость у 123 (100%), раздражительность у 79 (81,6%).

У больных основной группы (n=62) и больных группе с традиционной лечением (n=61) уровень гигиены полости рта оценивали по индексу гигиены РМА.

РМА индекс основывается на способности йодсодержащих растворов окрашивать углеводные полимеры, высвобождающиеся из распадающихся в очаге воспаления клеток, а также продуцируемые микроорганизмами в красно-бурый цвет. Таким образом, зона окрашивания соответствует зоне воспаления. Для определения степени воспаления применяли окраску десен раствором Шиллера-Писарева и оценивали состояние десневых сосочков, маргинальной и альвеолярной десны. Определение степени воспаления производится визуально у каждого зуба: 0 - отсутствие воспаления (0 баллов);

Р - воспаление десневого сосочка (1 балл);

М - воспаление маргинального края десны (2 балла);

А - воспаление альвеолярной части десны (3 балла).

Количество всех зубов после 18 лет принимали за 30. При потере или отсутствии зубов исходили из их фактического наличия.

$RMA = (сумма\ показателей * 100\%) / (3 * количество\ всех\ зубов)$

Значение индекса при ограниченной распространенности патологического процесса достигает 25%, а при выраженной распространенности и интенсивности патологического процесса показатели приближаются к 50%.

При дальнейшем распространении патологического процесса и увеличении его тяжести значения составляют 51 % и более.

Индекс РМА рассчитывали по формуле:

$RMA = Сумма\ показателей\ в\ баллах\ x\ 100 / 3\ x\ число\ зубов\ у\ обследуемого$

Обследование пациентов проводили в динамике лечения 3 раза: перед лечением, в 7 день иммобилизации и при снятии иммобилизирующих конструкций.

Всем пациентам 1 и 2 группы была рекомендована общепринятая схема гигиены полости рта с использованием раствора фурацилина.

Кроме того у больных основной группы (n=97) проводили прежде чем ставить иммобилизирующий средство (Шина Тигерштедта) проводили комплекс мероприятий санация полости рта, после оперативной лечения и наложение шин зубным рядом больным назначали полоскать рот антисептическим раствором Элюдрил строго по инструкции.

При поступлении значения изучение гигиены полости рта у обеих групп больных статистически значимых различий не имели - колебались от $25,7 \pm 0,09$ до $27,2 \pm 0,13$ баллов ($p > 0,05$).

При обследовании в 7ой день иммобилизации у пациентов с традиционным лечением показало дальнейшее ухудшение и составило $29,7 \pm 1,06$ баллов.

У больных основной группе с применением раствора элюдрил это показатель составил на много ниже $12,7 \pm 1,03$ баллов.

При обследовании на приеме по поводу снятия фиксирующих конструкций (или через 22 дней) установлено дальнейшее ухудшение уровня гигиены полости рта у пациентов с традиционным лечением по сравнению группе больных с применением раствора Элюдрил. Сравнение уровня гигиены при последнем обследовании показало, что самая плохая гигиена у пациентов 1ой группы, лечение которых проводилось, с наложением назубных шин Тигерштедта - $3,9 \pm 0,19$ против $2,6 \pm 0,09$ (основная группа группа).

олученные данные подвергались статистической обработке на персональном компьютере Pentium-4 по программам, разработанным в пакете EXCEL, с использованием библиотеки статистических функций, с вычислением среднеарифметической (M), среднего квадратичного отклонения (σ),

стандартной ошибки (m), относительных величин (частота,%), критерия Стьюдента (t), с вычислением вероятности ошибки (P).

Различия средних величин считали достоверными при уровне значимости $P < 0,05$. При этом придерживались существующих указаний по статистической обработке результатов клинических и лабораторных исследований (Зайцев В. М. и др., 2003).ечения заболеваний пародонта.

Результаты исследования.

По результатам настоящего исследования клинических, лечебно-профилактических мероприятий свидетельствовало у 123 больных с СТКЛС все нуждалось гигиенического подхода ротовой полости.

Анализируя результаты проделанной работы, необходимо отметить достаточную эффективность проведенных лечебно-профилактических мероприятий. Анализируя больных с сочетанными травмами костей лицевого скелета учитывая травм тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта требует с ранней сроки травмы гигиенического подхода и после сложнейших операции по поводу переломов костей лицевого скелета и после иммобилизации позволяют добиться удовлетворительных результатов по функциональной реабилитации пациентов, при этом снижается риск инфекционно-воспалительных осложнений по сравнению с методом традиционной терапии.

Использование пациентами с сочетанными травмами костей лицевого скелета у основной группе с местном использованием раствора Элюдрил по сравнению традиционном методе иммобилизации способствует повышению уровня гигиены полости рта, снижению выраженности воспаления в тканях пародонта, наиболее быстрому восстановлению тканей парадонта и слизистой оболочки полости рта.

Состояние слизистой оболочки и мягких тканей полости рта

Распространенность различных видов патологии слизистой оболочки и мягких тканей полости рта у у больных составила $30,08 \pm 2,19\%$ (37 больных) (рис. 1). Наиболее часто встречали воспалительные изменения десневого

края – у 107 ($18,64 \pm 1,85\%$), на втором месте – изменения поверхности языка (десквамативный глоссит или «географический» язык) – у 61 ($10,63 \pm 1,45\%$), поражение красной каймы губ (метеорологический хейлит) диагностировали у 38 ($30,8 \pm 1,18\%$) больных.

Обследование СОПР выявило единичные случаи ХРАС (4 человек - $3,25\%$).

Для определения степени воспаления десен использовался индекс кровоточивости Muchlemann, который показал наличие кровоточивости у 104 (84%) обследуемых, причем кровоточивость при малейшем зондировании десны, а также при приеме пищи отмечалась у 104 (84%) больных.

Распространенность признаков заболеваний пародонта среди больных составила - $99,55 \pm 0,45\%$, при средней интенсивности поражения - четыре сегмента на обследованного ($4,10 \pm 0,08$), что на 5% и на 12%. Чаще всего встречается зубной камень, его распространенность составила $78,65 \pm 3,07\%$ случаев. Зубной камень был диагностирован почти в 2 секстантах.

Средний индекс гигиены у молодежи СамМИ составил $2,05 \pm 0,05$.

Уровень знаний по профилактике стоматологических заболеваний у больных с СТКЛС

Результаты анкетирования по профилактике стоматологических заболеваний больные с СТКЛС, что правильно осуществляли уход за полостью рта (чистили зубы 2 раза в день) - $69,01 \pm 2,45\%$ больные. Чистят зубы 1 раз в день - $29,01 \pm 2,12\%$, а от случая к случаю это делали около 2 % больные ($1,62 \pm 0,74\%$). Из числа анкетированных чистят зубы после завтрака $45,63 \pm 2,64\%$, до завтрака - $51,83 \pm 2,65\%$, а вот вечером перед сном ухаживают за полостью рта большинство больных ($61,69 \pm 2,58\%$) и лишь $10,70 \pm 1,64\%$ чистят зубы сразу после ужина.

Больные почти совсем не применяла зубные эликсиры и ополаскиватели, лишь 3 человека пользовались этими средствами ($2,4 \pm 0,04\%$).

Ответы на вопросы по методике чистки зубов показали, что чистят зубы вертикальными движениями $26,20 \pm 2,33\%$ респондентов, вращательными -

20,28±2,13% и горизонтальными - 21,69±2,19% человек. Комбинированные виды движений зубной щеткой применяли - 55,21±2,64% больные. Из-за нескольких ответов больные по применяемым движениям зубной щеткой в сумме процентных величин нет 100%.

Зубная щетка, являясь основным средством ухода за полостью рта, подвергалась замене 1 раз в 3 месяца у 33,52±2,51% человек, по мере изнашивания – у 34,37±2,52%, не более 2-х раз в год меняли щетку 19,72±2,11% опрошенных. Небольшая часть больные (10,70±1,64%) придерживалась мнения, что зубная щетка может служить в течение целого года.

О других дополнительных предметах интердентальной гигиены были информированы более половины анкетированных (57,75±2,62%), однако применяли их не все (50,99±2,65%). Достаточно популярно (57,46±2,62%) у больных использование в качестве гигиенического средства жевательной резинки. Необходимо отметить, что вообще не были названы такие предметы ухода за полостью рта, как электрическая зубная щетка, межзубные стимуляторы, ершики, ирригаторы полости рта.

Основным источником полученных знаний по гигиене полости рта являлся врач стоматолог, из других источников информации чаще называли - телевидение и печатные издания.

О необходимости посещения стоматолога 2-3 раза в год и чаще высказывались 71,27±2,40% больные, но посещали врача с целью профилактического осмотра с кратностью не реже 2 раза в год всего 21,97±2,20% больные.

Почти половина больные (47,04±2,65%) считали свои знания по гигиене полости рта достаточными, 33,52±2,51% опрошенных были не уверены в них и лишь 17,46±2,02% человек оценивали уровень своих знаний, как недостаточный.

Особое место в анкете мы отводили вопросам осведомленности больным об основных факторах риска возникновения заболеваний полости рта, и о

взаимосвязи общего состояния организма с болезнями зубов и десен. Согласно с мнением о том, что болезни зубов и десен влияют на общее состояние организма $87,89 \pm 1,7$ % больные, сомневались - $5,63 \pm 1,22$ %, не согласны – 9 человек ($2,54 \pm 0,83$ %). Основными факторами риска, указанными в анкете, больные считала: плохую гигиену полости рта (так указали $86,20 \pm 1,83$ %), курение ($76,90 \pm 2,24$ %).

Таким образом, курение, употребление спиртных напитков, явное присутствие определенных орехов в питании, как ни печально, распространено среди больных с СТКЛС

Выводы:

1. По результатам настоящего исследования клинических, лечебно-профилактических мероприятий свидетельствовало у 123 больных с СТКЛС все нуждалось гигиенического подхода ротовой полости.
2. Анализируя больных с сочетанными травмами костей лицевого скелета учитывая травм тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта требует с ранней сроки травмы гигиенического подхода и после сложнейших операции по поводу переломов костей лицевого скелета и после иммобилизации позволяют добиться удовлетворительных результатов по функциональной реабилитации пациентов, при этом снижается риск инфекционно-воспалительных осложнений по сравнению с методом традиционной терапии.
3. Использование пациентами с сочетанными травмами костей лицевого скелета у основной группе с местном использованием раствора Элюдрил по сравнению традиционном методе иммобилизации способствует повышению уровня гигиены полости рта, снижению выраженности воспаления в тканях пародонта, наиболее быстрому восстановлению тканей парадонта и слизистой оболочки полости рта.
4. Имеется прямая зависимость распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний и такими факторами риска как плохая гигиена полости рта, табакокурение, употребление алкоголя.

Список литературы

1. Боймурадов Ш.А., Янгиев Р.А., Ибрагимов Д.Д. Инновационные аспекты лечения сочетанной краниофациальной-абдоминальной травмы // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2015. – №4,1 (85). – С. 34–36. (14.00.00. №19)
2. Боймурадов Ш.А., Ашуров А., Ибрагимов Д.Д. Краниофациал-абдоминал қўшма жароҳатларни эрта таъхислаш ва даволаш // Журнал Доктор ахборотномаси. – Самарканд, 2016. – №1 – С. 3–5. (14.00.00. №19)
3. Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Кучкаров Ф.Ш. Результаты применения остеорегенераторных препаратов при травматических повреждениях лицевого скелета // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2017. – №4,1 (98). – С. 51–52. (14.00.00. №19)
4. Ибрагимов Д.Д. Применение полиоксидония в комплексном лечении больных с травмами костей лица.// Журнал проблемы биологии и медицины №4 (113) 2019 С.45-47 (14.00.00. №20)
5. Ashurov A.M, Boymuradov Sh.A., Khayruddinova Z.R., Ibragimov D.D. Posttraumatic rhinosinusitis in patients with cranio-facial injuries // European science review – Vienna 2016. – №3-4. – С. 78–79. (14.00.00. №2)
6. Ибрагимов Д.Д., Исматов Ф.А. Полиоксидоний в комплексном лечении больных сочетанной краниофациальной травмой// Стоматологиянинг долзарб муаммолари халқаро илмий амалий конференция туплами 19 апрель Тошкент 2016 й. С. 89-91
7. Боймурадов Ш.А., Юсупов Ш.Ш. Диагностика и лечение переломов дна орбиты // Вісник науков их досліджень. Науково-практичний журнал. – Тернопіль, Україна, 2017. – №3(88). – С. 5–8.
7. Ибрагимов Д.Д. Устранение посттравматического дефекта преддверия полости рта, верхней и нижней губ, подбородочной области от взрыва батарейки сотового телефона.// XVII Международный научно-практическая интернет – конференция «Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации» 2016г. Украина С. 212-215.

8. Ибрагимов Д.Д. Иммунотерапия в комплексном лечении больных с травмами костей лица// Сборник материалов первой Бухарской международной конференции студентов – медиков и молодёжи 23-25 май 2019г. г.Бухара С. 54-56.
9. Ашуров А.М., Боймурадов Ш.А., Ибрагимов Д.Д., Краниофациал жарохатлари булган беморларда фронтит ва сфеноидитни ташхислаш ва даволаш алгоритми // Свидетельство зарегистрировано в государственном реестре программ для ЭВМ РУз от 19.02.16. №DGU 03593
10. Боймурадов Ш.А., Юсупов Ш.Ш., Ибрагимов Д.Д. Юз скелети суяклари кушма жарохатлари булган беморларда касаллик оқибатларини башоратлаш ва профилактикаси. // Свидетельство зарегистрировано в государственном реестре программ для ЭВМ РУз от 04.10.16. №DGU04023
11. Abdunosirovich R. R., Shuhratovna R. Z., Norjigitovna B. S. A Comprehensive Approach To The Prevention Of Caries Of Permanent Teeth In Children //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2021. – Т. 3. – №. 09. – С. 138-141.
12. Баратова Ш. Н., Рахимбердиев Р. А., Шамсиев Р. А. Профилактика кариеса постоянных зубов у детей младшего школьного возраста //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 4 (58). – С. 67-74.
13. Баратова Ш. Н., Рахимбердиев Р. А., Шамсиев Р. А. Особенности течения и диагностики кариеса зубов у детей младшего школьного возраста //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 83-88.