

остеомиелита челюстей, раннем и рациональном лечении с максимальным щадящим отношением к зачаткам молочных и постоянных зубов с последующим наблюдением у врача-ортодонта.

Ключевые слова: лечение, хронический остеомиелит, одонтогенный остеомиелит, челюстно-лицевая область, дети, прикус.

Maqsad: erta bolalik davrida o'tkazilgan jag'osteomiyelitining uzoq muddatli natijalarini o'rganish. Material va uslublar: 2016-2018 yillarda. Andijon shahar mintaqaviy ko'p tarmoqli bolalar markazining yuz-yuz jarrohligi bo'limida jag'ning o'tkir va surunkali osteomiyelit tashxisi bilan davolanayotgan 502 boladan 215 nafari (47,8%) qabul qilindi. Natijalar: jag'larning osteomiyeliti, ayniqsa surunkali yo'l bilan, erta bolalik davrida o'tkazilgan, yuzning turli xil deformatsiyalari va dentoalveolyar tizimdagi buzilishlar bilan murakkablashadi, ularning og'irligi osteomiyelit jarayonining davomiyligi va bolaning yoshiga bevosita mutanosibdir. Xulosa: nuqsonlar va deformatsiyalarning oldini olish jag'larning osteomiyelitini o'z vaqtida tashxislashdan, sut va doimiy tishlarning rudimentlariga maksimal darajada tejamkorlik bilan munosabatda bo'lish bilan erta va oqilona davolashdan so'ng ortodontist kuzatuvidan iborat.

Kalit so'zlar: davolash, surunkali osteomiyelit, odontogen osteomiyelit, maxillofasiyal mintaq, bolalar, luqma.

Purpose: To study the long-term outcomes of osteomyelitis of the jaws, transferred in early childhood. Material and methods: In 2016-2018. Of the 502 children undergoing treatment in the department of maxillofacial surgery of the regional multidisciplinary children's center of the city of Andijan with diagnoses of acute and chronic osteomyelitis of the jaws, 215 (47.8%) were admitted. Results: Osteomyelitis of the jaws, especially with a chronic course, transferred in early childhood, is complicated by various deformities of the face and disorders of the dentoalveolar system, the severity of which is in direct proportion to the duration of the osteomyelitis process and the age of the child. Conclusions: The prevention of defects and deformities consists in the timely diagnosis of osteomyelitis of the jaws, early and rational treatment with the maximum sparing attitude to the rudiments of milk and permanent teeth, followed by observation by an orthodontist.

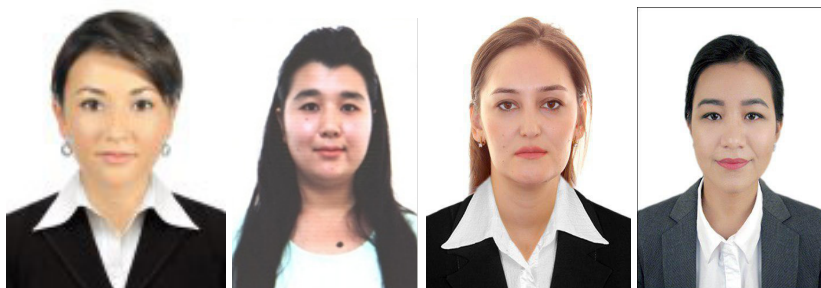
Key words: treatment, chronic osteomyelitis, odontogenic osteomyelitis, maxillofacial region, children, bite.

Обзорные статьи

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-19>

УДК: 616.31-002.157.2-08

ОПТИМИЗИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ



Алимова Д.М., Абдуллаева М.Р., Юлдашева Н.А., Таджиева К.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Выбор метода комплексного лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) зависит от знания патогенеза и состава микрофлоры слизистой оболочки полости рта (СОПР) [6,17]. Многие исследователи изучают у пациентов с ХРАС микробиоценоз полости рта и только затем целенаправленно проводят комплексные лечебные мероприятия. Утверждают, что полость рта часто колонизируют лактобациллы, способные продуцировать протеазы, пептидазы и бактериоциты, выполняя физиологически важную функцию поддержания постоянства внутренней среды организма.

Лактобациллы участвуют в обеспечении неспецифической резистентности и становятся частью экологического барьера. В этом случае лактобактерии оказывают антагонистическое действие на патогенные микроорганизмы, блокируя рецепторы эпителиоцитов, защищая их самих от болезнетворных микроорганизмов [1,2]. В предотвращении этой формы болезни особую роль играют средства локального и общего действия [24].

Лечение зависит от формы стоматита. Так, при некоторых формах авторы предлагают использовать кортикостероидные препараты, обладающие

противовоспалительным, десенсибилизирующим действием (преднизолон, дексаметазон) [20,21]. Плазмафорез способствует восстановлению общего статуса пациентов, уменьшению сроков эпителизации афт, достижению длительных ремиссий, положительной динамике показателей гомеостаза в процессе [4]. И.М. Рабинович и соавт., применяли 0,12% раствор хлоргексидина, оказывающего не только дезинфицирующее, но и выраженное обезболивающее действие, раствор Тантум Верде и др. [15,16].

Эффективным антисептическим и противовоспалительным средством считается препарат Метрогил Дента, оказывающий в процессе применения местное обезболивающее действие. При стоматите при удалении некротического налета с поверхности элементов поражения рекомендуется использовать протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин). Метилурацил и масло шиповника назначают для ускорения сроков эпителизации патологических элементов при ХРАС. Некоторые специалисты с целью увеличения свойств неспецифической реактивности организма рекомендуют применять высокополимерные липопротеидные комплексы, ферменты, плазмафорез и кортикостероиды [4]. С целью увеличения положительного результата некоторые авторы предлагают применять растворимые лекарственные пленочки, имеющие в своем составе вещество, способное связываться с плотным носителем. Пленочки имеют следующий комплекс препаратов: кортикостероидные, антибактериальные, антисептические, иммуномодулирующие [11].

Несмотря на огромную значимость общего лечения стоматитов, большое значение имеет и местное воздействие [14]. В частности к таким методам относятся антисептическая обработка СОПР, лечебное воздействие на травмированные и инфицированные участки, использование обезболивающих, противомикробных, противовоспалительных и кератопластических средств.

При проведении микробиологических исследований пациентов с ХРАС обнаруживаются изменения микробиоценоза полости рта. Устранение патогенности осуществляется применением 0,02% раствора фурацилина, 0,02% раствора этакридина, обладающих антисептическими свойствами, уменьшающих болезненные ощущения при стоматите [11]. К средствам локального воздействия относятся многие лекарственные средства, повышающие эффективность общего лечения.

Многие исследователи подчеркивают, что только длительное лечение ХРАС может дать положительный эффект [14,18].

Одним из эффективных физических методов лечения ХРАС считается лазеротерапия,

которая снимает воспаление и ускоряет заживление слизистой оболочки [13]. В комплекс лечения стоматитов целесообразно включать физиотерапевтические методы. Так, сегодня активно используется поляризованный свет с длиной волны от 400 до 2000 нм. Механизм объясняется следующим образом. Излучаемый лампой Бионик (Zepter, Швейцария) свет, проникая в ткани на глубину до 2,5 мм, повышает ферментативную активность и скорость обменных и окислительно-восстановительных процессов в организме, усиливает кровообращение и лимфообращение, повышает иммунные и защитные свойства в организме, регулирует деятельность нервной системы и нейронов, ускоряет регенерацию тканей, дополнительно оказывая стимулирующее действие. Также и синий свет при лечении патологии слизистой оболочки рта, наряду с другими известными средствами физиотерапии, расширяет арсенал патогенетических средств. Использование данного метода позволяет избежать побочных реакций, свойственных фармакотерапии, считается легко переносимым пациентами и безболезненным, и может использоваться как самостоятельный лечебный метод, воздействующий на местные и общие причины развития ХРАС [7]. Стоматиты можно лечить, применяя гипербарическую оксигенотерапию, без вредного влияния на организм [12].

Ключевым подходом и общепринятым правилом во время лечения стоматитом является рациональное питание, включающее обильное питье дистиллированной воды, употребление овощей, фруктов, бульонов, молочных продуктов.

Во время лечения из рациона необходимо исключить острые, соленые, пряные продукты, отказаться от вредных привычек [23]. При назначения комплексной патогенетической фармакотерапии следует учитывать особенности течения ХРАС и общее состояние организма [8]. Обследовать пациентов с ХРАС нужно совместно и с другими специалистами, потому что стоматиты могут быть проявлением и общих сопутствующих заболеваний. Стоматиты могут вызывать болезнь Крона, язвенный колит [10], заболевания желудочно-кишечного тракта и крови [5]. Постепенно начинает снижаться иммунитет, поэтому нужно комплексное лечение должно включать иммуномодуляторы или иммуностимуляторы: декарис, Т-активин, даларгин, галавит. По мнению зарубежных специалистов, назначение декариса является профилактикой рецидивов ХРАС [26].

В то же время некоторые авторы говорят об отсутствии положительного восстановления у пациентов со стоматитом [27]. Считают, что если применять эти препараты в меньшем количестве, то их действие будет иммуностимулирующим,

если в большем – то иммунодепрессивным. В связи с угнетением местного иммунитета и необходимостью его коррекции рекомендуется иммунокорректор имудон [9].

Особое внимание следует уделять обеспечению организма витаминными комплексами, что предупреждает рецидивы заболевания. Комплекс витаминов С, В улучшают нервную деятельность и трофику тканей [22,25]. Показанием к использованию эубиотиков местного воздействия (ацелак, бифилиз) и системного действия (Хелак форте) является длительное течение ХРАС [18]. Высокоэффективные лекарственные препараты на основе кремнийорганического глицерогидрогеля [19].

Специфическое воздействие на организм оказывают гомеопатические препараты. Так, хорошо зарекомендовал себя гомеопатический препарат траумель С, восстанавливающий анаболизм и катаболизм в организме и предупреждающий рецидивы заболевания [3].

Выводы

1. Для назначения адекватного лечения ХРАС необходимо изучение этиологии, патогенез, гистологического строения пораженного афтозным стоматитом участка и состава микрофлоры.

2. Известно множество различных высокоэффективных методов для лечения ХРАС, каждый из которых имеет свои достоинства и недостатки.

Литература

1. Алимова Д.М., Камиллов Х.П. Повышение эффективности лечения рецидивирующего афтозного стоматита с применением озона: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2018. – 38 с.
2. Алимова Д.М., Камиллов Х.П., Бекжанова О.Е. Роль про и противовоспалительных цитокинов в патогенезе рецидивирующего афтозного стоматита // Клини. стоматол. – 2017. – №1. – С. 20-24.
3. Барер Г.М., Зорян Е.В., Зорян А.В. Антигомотоксическая терапия: новый подход к лечению стоматологических заболеваний с использованием гомеопатии // Стоматология для всех. – 1999. – Т. 9, №4. – С. 20-23.
4. Борисова О.В., Елькова Н.Л., Щербаченко О.И. и др. Применение плазмафореза в лечении рецидивирующего афтозного стоматита // Стоматология. – 1997. – Т. 76, №3. – С. 23-25.
5. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. – М.: МЕДпресс, 2001. – 319 с.
6. Дроботько Л.Н., Страхова С.Ю. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит // Рос. мед. журн. – 2006. – №29. – С. 2096-2098.
7. Ешиев А.М., Азимбаев Н.М., Курманбеков Н.О. Комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита с применением синего света // Вестн. ОшГУ. – 2015. – №3. – С. 120-123.
8. Зорян Е.В. Современные направления фармакотерапии заболеваний слизистой оболочки полости рта // Клини. стоматология. – 2009. – №3. – С. 22-25.
9. Ионов В.В. Состояние местного иммунитета, свободнорадикальных процессов и антиоксидантной защиты в слюне при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 125 с.
10. Кветной И.М., Робакидзе Н.С., Костючек И.Н., Щукина О.Б. Морфологические и иммуногистохимические характеристики слизистой оболочки полости рта у больных воспалительными заболеваниями кишечника // Клини. мед. – 2009. – Т. 87, №11. – С. 49-51. 20
11. Лукиных Л.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний в условиях района крупного индустриального города: Дис. ... д-ра мед. наук. – Н. Новгород, 2000. – 310 с.
12. Лукиных Л.М. Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии: Учеб. пособие. – Н. Новгород: НГМА, 2005. – 36 с.
13. Прохончуков А.А., Жижина Н.А. Применение лазерного физиотерапевтического аппарата Оптодан для профилактики и лечения стоматологических заболеваний: Метод. рекомендации. – М., 1994. – 42 с.
14. Рабинович И.М., Банченко Г.В. Рецидивирующий афтозный стоматит. Клиника, диагностика и лечение // Клини. стоматол. – 1998. – №3. – С. 26-28.
15. Рабинович И.М., Банченко Г.В., Рабинович О.Ф. Проблемы патологии слизистой оболочки рта и перспективы научных исследований // Труды 5-го съезда Стоматологической Ассоциации России. – М., 1999. – С. 202-204.
16. Рабинович И.М., Банченко Г.В., Рабинович О.Ф., Безрукова И.В. Применение Тантум Верде при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта // Стоматология. – 1997. – №2. – С. 76.
17. Рабинович И.М., Рабинович О.Ф., Вахрушина Е.В. Рецидивирующий афтозный стоматит – классификации, клинические формы и лечение (ч. II) // Стоматология. – 2010. – №3. – С. 76-80.29
18. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Гусева А.В., Абрамова Е.С. Лечение больных с рецидивирующим афтозным стоматитом, осложненным дисбактериозом полости рта // Клини. стоматол. – 2009. – №3. – С. 18-20.
19. Ронь Г.И., Чернышева Н.Д., Хонина Т.Г. Эффективность лечения инфекционно-воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта с использованием препарата на основе кремнийорганического глицерогидрогеля // Дентал Юг. – 2008. – Т. 56, №7. – С. 32-34.

20. Altenburg A., Abdel-Naser M.B., Seeber H. et al. Practical aspects of management of recurrent aphthous stomatitis // J. Europ. Acad. Dermatol. Venereol. – 2007. – Vol. 21, №8. – P. 1019-1026.

21. Boldo A. Major recurrent aphthous ulceration: case report and review of the literature // Conn. Med. – 2008. – Vol. 72, №5. – P. 271-273.

22. Burgan S.Z., Sarwair F.A., Amarín Z.O. Hematologic status in patients with recurrent aphthous stomatitis in Jordan // Saudi Med. J. – 2006. – Vol. 27, №3. – P. 381-384.

23. Gül U., Kiliç A., Gönül M. et al. Clinical aspects of epidermodysplasia verruciformis and review of the literature // Int. J. Dermatol. – 2007. – Vol. 46. – P. 1069-1072.

24. Neville B.D., Damum D.D., Allen C.M., Bouquot J. Oral and maxillofacial pathology // Medical. – 2008. – Vol. 34. – P. 968.

25. Ogrita M., Yamamoto T., Morita M., Watanabe T. A case-control study on food intake of patients with recurrent aphthous stomatitis // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2001. – Vol. 91, №1. – P. 45-49.

26. Sun A., Wang J.T., Chia J.S., Chiang C.P. Levamisole can modulate the serum tumor necrosis factor-alpha level in patients with recurrent aphthous ulceration // J Oral Pathol Med. – 2006. – Vol. 35, №2. – P. 111-116.

27. Weckx L.L., Hirata C.H., Abreu M.A. et al. Levamisole does not prevent lesions of recurrent aphthous stomatitis: a double-blind placebo-controlled clinical trial // Rev. Assoc. Med. Bras. – 2009. – Vol. 55, №2. – P. 132-138.

Резюме: В комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита играет роль не только состояние слизистой оболочки полости рта пациентов, но и состав микрофлоры. Известно множество различных высокоэффективных методов для лечения ХРАС, каждый из которых имеет свои достоинства и недостатки.

Ключевые слова: афтозный стоматит, неспецифическая резистентность, лазерная терапия, глицерогидрогель.

Summary: Important in the complex treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis is played not only by the oral mucosa of patients, but also by the microbiocenosis, i.e. the composition of the microflora, in which there are local and harmful foreign microbacteria, affecting the body and reducing immunity and affecting the formation of stomatitis in patients. It is to carry out local and general therapy with effective drugs or other evidence-based methods in the process.

Key words: aphthous stomatitis, nonspecific resistance, laser therapy, glycerohydrogel.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-20>

УДК: 616.314.18. – 002.001.73 (083.44)

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ.



Азимов А.М. Турсуналиев З.З., Шадманов А.А.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.

Хронический апикулярный периодонтит (деструктивный остит) является очагом хронической интоксикации и сенсибилизации организма, представляя собой потенциальную угрозу развития острого, хронического остеомиелита челюстей. Лечение хронического деструктивного остита является одной из важных проблем, с которой сталкивается врач-стоматолог в своей практической деятельности(1). Консервативное лечение направлено на элиминацию микробной флоры, стимуляцию регенераторных процессов кости периапикальной области и полноценную obturation для предотвращения реинфекции системы корневых каналов и тканей периодонта. Также оно является наименее травматичным методом для пациента

[1].

Вопрос инструментального и медикаментозного воздействия на деструктивные процессы в заапикальной области является широко дискутируемым на протяжении многих лет и продолжается до настоящего времени. Традиционная техника санации заапикального очага через корневой канал не всегда результативна. В настоящее время с целью санации патологического очага предложены методы активного дренирования через корневой канал и трепанационное отверстие и верхушки корня. Активная нехирургическая техника декомпрессии. Этот метод использует вакуумную систему Endo-eze, которая, создавая отрицательное давление, приводит к декомпрессии больших периапикаль-