

Ж.Б. ИНКАРБЕКОВ*Бет – жақ, пластикалық және стоматохирургия кафедрасы АГИУВ***БЕТ – ЖАҚ АЙМАҒЫНЫҢ АКТИНОМИКОЗЫН ДИАГНОСТИКАЛАУ МЕН ЕМДЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Бет –жақ сүйек және мойын аймағының актиномикозының диагностикасы және емі бірқатар қиындықтар тудырады. Бұл актиномикоздың сирек кездесуімен түсіндіріледі. Т.Г.Робустова мәліметтері бойынша (2000 ж.) Ресейде бет-жақ сүйек қабыну ауруларының ішінде актиномикоз 6-8% құрайды. Аурудың 85% жағдайы бет-жақ сүйек аймағында (Бурова С.А 1982 ж.).

Актиномикоз қоздырғышы-сәулелі саңырауқұлақтар бет –жақ сүйек аймағының әр түрлі тіндері мен ағзаларды зақымдайды. Беткей формаларында бірінші кезекте классикалық симптомдар көрініс береді: тығыз, ауру сезімі жоқ инфильтрат, көптеген жыланкөздердің болуы және т.б., сондықтан актиномикоздың терең орналасуында диагностикалық қателіктер жиі жіберіледі. Бұл аурудың патогенезінде көптеген зерттеушілердің айтуы бойынша спецификалық иммунитеттің бұзылуы және иммунология феномені басты роль атқарады, соның ішінде аллергия және аутоиммунды реакция ең бастысы болып есептеледі (Грачев Н.А 1979, Минскер О.Б ,Хвастунов Р.М 1977)

Сирек кездесуі және терең таралуында классикалық симптомдардың болмауы диагностикалық қателіктерге әкеледі.

Зерттеудің мақсаты .

Бет –жақ сүйек хирургтарына актиномикоздың клиникалық көріністері мен өтуінің ерекшеліктерін ескеріп актиномикоздың диагностикасы мен еміндегі бағытын жақсарту.

Емдеу әдістері мен материалдар .

Біздің бақылауымызда бет-жақ сүйек аймағының актиномикозымен 51 науқас болды . Соның ішінде 39 ер адам , 10 әйел адам және 2 бала жасындағы науқастар . Соның ішінде бет –жақ сүйек аймағының актиномикозымен 19 науқас және 32 науқас қате диагнозбен түскен : одонтогенді теріасты гранулема, эозинофильді гранулема , базалиома , қатерлі ісіктердің метастаздары , жақ сүйегінің фиброзды оститі, абсцесс, лимфаденит, скрафулодерма, мерез, тері туберкулезі, төменгі жақ сүйегінің қарысуы және т.б., барлығы 21 атаулар , бұл жағдайлардың 2/3 құрайды .

Актиномикоз кезінде инфекцияның кіру қақпасы бұзылған тістер патологиялық тіс қызыл иек қалталары, созылмалы тонзиллогенді және одонтогенді процестер, сілекей бездері жолдарының аурулары, сондай ақ ауыз қуысының шырышты қабығы және бет терісінің зақымданулары болып табылады . Сонымен қатар бет-жақ сүйек аймағының актиномикозды ауруларының дамуына әсер ететін тыныс жолдары және вирустық аурулар, организмнің иммунды белсенділігін төмендететін аллергиялық аурулар жатады. Біздің мәліметтеріміз бойынша бет-жақ сүйек аймағы қабыну ауруларының арасында актиномикоз 3,9 % құрайды. Актиномикоз көп жағдайларда бет және бет терісі астындағы тіндер , лимфалық түйіндер , тіл, жақ сүйек үсті және сүйек тіндерін және сілекей бездерін зақымдайды .

32 жағдайда актиномикоздың патологиялық ошағы төменгі жақ асты тіндерінде орналасады, ұрт тіндерінде , самай және бет аймақтарында 15 жағдайда кездеседі . Актиномикоз ошағы сирек жағдайда көз асты аймағында және тілде 4 жағдай да кездеседі.

Актиномикоз диагнозын анықтау үшін іріңге микроскопиялық зерттеулер жүргізеді, осыдан 27 жағдайда сәулелі саңырауқұлақтар табылды (53 %), сонымен қатар 24 науқаста теріс нәтижелер (47 %) алынды .

Бұдан басқа жыланкөздерді және іріңді микроскопиялық зерттеуде абсцесс ашқан кезде сәулелі саңырауқұлақтар шоғыры тек 28 жағдайда кездесті. Барлық жағдайларда аэробтық және анаэробтық микрофлора стрептококтық, стафилакоктық, диплококтық түрінде көрініс берді . Анаэробтық микробтардың ішінде көбінесе бактероидтар, анаэробтық стрептококтық, стафилококтық және т.б кездеседі. Микробиологиялық зерттеулердің нәтижелері бойынша анаэробтық инфекция актиномицеттердің бет –жақ сүйек аймағы тіндеріне енуіне және әрі қарай клеткалық кеңістіктер бойынша таралуына көмектеседі.

Практикалық дәрігерлер үшін бет-жақ сүйек аймағының актиномикозының диагностикасы қатты қиындықтар туғызады, себебі актиномикоздың ерте кезеңінде клиникалық көрінісінің әр түрлі болуымен байланысты . Осыған байланысты бет-жақ сүйек аймағының актиномикозы бар науқастар саны айтарлықтай. Қазіргі кездегі актиномикоздың клиникалық көрінісіндегі кейбір классикалық белгілердің біртіндеп жойылуы : тақта тәрізді немесе тығыз эластикалық инфильтрат дұрыс емес контурлы тығыз инфильтраттың терең орналасуы, көптеген флюктуация аймақтары (абсцесс), бірнеше жыланкөздердің болуы, аурудың жай, ұзақ, тоқтаусыз өтуі, қарапайым қабынуға қарсы терапияға көнбеуі, терінің -көкшіл түсі , науқастың қанағатанарлық жалпы жағдайы, лимфа түйіндерінің және қан құрамында айқын реакциялардың болмауы актиномикоздың диагностикасында қиындық туғызады. Сол кезде тістердің патологиялық қозғалуының болмауы, процесстің себепсіз төмен емес керісінше жоғарлауы, қарысу және сүйек зақымдануына тән рентгенологиялық көріністің болуы дифференциальды диагностиканы дұрыс құруға көмектеседі .

Тіл актиномикозы кезінде дөңгелек, тығыз, ауру сезімсіз инфильтрат процестің диффузды таралуына және тілдің ұлғаюына алып келеді. Ауру сезімі ұлғаяды, сөйлеу, шайнау, жұту қызметі бұзылады, тілдің қозғалуы шектеледі, жыланкөздер мен грануляциялар пайда болады.

Ал терінің зақымдануы тығыз , ауру сезімі жоқ серозды және іріңді секретті пустулалар қабыну инфильтрат, грануляциялық тінді төмпешіктің болуымен көрінеді. Терінің түсі ашық қызылдан сұр –көкшілге дейін өзгереді. Қанды экссудат және грануляциялары бар жыланкөздер пайда болады.

Периосттың зақымдануында тығыз, ауру сезімсіз, сүйектің қалыңдау, тегіс емес беткейі мен ауыз ашылуының шектелуімен байқалады. Жақ сүйектердің деструктивті актиномикозының рентгенограммасында контурлары анық емес, желінген тәрізді, шеттері тегіс емес және склероздану аймақтары, кейде секвестрсіз остеомиелит көріністері байқалған.

Сілекей бездері зақымданғанда бездердің анық шекарасы , тығыздығы, ауру сезімсіздігі, шаншуы, қышуы, бездердегі жағымсыз сезімдердің, конкременттердің ,бөгде заттардың және аз көлемдегі иісі жоқ іріңі бар жыланкөздердің болуы, ауыз қуысының құрғауы анықталды.

Микробиологиялық зерттеулер диагноз қоюда басты болып есептелінеді, алайда теріс нәтижелер мен әлсіз оң серологиялық реакцияларда спецификалық ем оң нәтиже берді, бұлар болжам диагноздың дұрыстығын нақтылады.

Барлық науқастарға ем жүргізілді, оларға жататындар:

1. Хирургиялық (іріңді ошақтарды ашу, тіс тастарын алу, көрсеткіштері бойынша бұзылған тістер мен түбірлерді жұлу).
2. Спецификалық терапия (Г.С.Сүтеев бойынша бұлшықетке 3мл актинолизатты аптасына 2 рет 20 инъекция еңгізу). Емдеудің 1 курсынан кейін 1 ай үзіліс, содан кейін клиникалық сауығуын ескере отырып 2,3 курстарды тағайындау, 1-1,5 айдан кейін профилактикалық 10-15 инъекциялы курс жүргізіледі. Басқада иммуномодуляторларды (тималин,иммудон) және т.б еңгізу мүмкін.
3. Организмнің жалпы реактивтілігін жоғарлату (гемотерапия, қаналмастырушыларды қоса, адоптогенді стимулдеуші заттар, витаминдер).
4. Антибактериялды терапия (әсіресе 4,5 ұрпақтағы цефалоспориндер)
5. Қабынуға қарсы десенсибилиздеуші , симптоматикалық терапия қолданылады, қосалқы ауруларды емдеу , йод препараттарын тағайындау .
6. Физикалық емдеу әдістерін жүргізу. Көбінесе зақымданған аймаққа 3 % йодты калийдің ерітіндісін электрофорезбен 10-12 курс тағайындау.
7. Емдік миогимнастика , бет-жақ сүйек аймағының деформацияларын жою, науқастың толық сауығуынан кейін 1,5-2 айдан кейін жүргізіледі.

Қорытынды.

Клиникалық бақылаулар бойынша бет-жақ сүйек аймағының актиномикозы қазіргі кезде атипиялық формада өтеді, сол себептен практикалық дәрігерлер диагностикалық қателіктерді жиі жібереді . Сонымен қатар бет-жақ сүйек аймағының актиномикозының кешенді емін ерте бастау емдеуде жетістіктерге жетуде және науқастардың сауығуын қамтамасыз етеді.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Минскер О.Б., Хвастунов Р.М. // Сов.Мед. – 1977. - №5. С. 90-93.
- 2 Грачев Н.А. О комплексном исследовании и лечении больных актиномикозом челюстно -лицевой области и шеи. Дис. Канд. Пермь, 1972.
- 3 Плинер М.А. Актиномикоз языка, клиника и лечение. //Стоматология. – 1971. - №3. - С. 84-85.
- 4 Бурова С.А. Дифференциальная диагностика актиномикоза челюстно - лицевой области. //Стоматология. – 1982. - №3. - С. 84-85.
- 5 Робустова Т.Г. Актиномикоз. Глава 13. Специфические инфекционные воспалительные заболевания лица и шеи, полости рта и челюстей // [Руководство](#) по хирургической стоматологии и челюстно – лицевой хирургии. Под ред. В.М. Безрукова , Т.Г. Робустовой. Том1. - М., 2000. - С.327-342.

Ж.Б. Инкарбеков

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АКТИНОМИКОЗА ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Под наблюдением автора находился 51 больной актиномикозом челюстно – лицевой области. В статье описаны особенности клинических проявления при различной локализации и положительные результаты комплексного лечения актиномикоза челюстно – лицевой области.

Z.B. Inkarbekov

CHARACTERISTICS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACTINOMYCOSIS OF MAXILLOFACIALIS AREA

Under the authors observation there were 51 patients with actinomycosis of maxillofacial area. The article describes characteristics of clinical presentations at different localization and positive results of complex treatment of actinomycosis of maxillofacial area.

ИНКАРБЕКОВ Ж.Б.

АГИУВ Алматы қаласы

АЛЬВЕОЛИТТИ ЕМДЕУДЕ «СТИМУЛ – ОСС» МАТЕРИАЛЫН ҚОЛДАНУ

Стоматологиялық тәжірибеде тіс жұлу операциясынан кейінгі асқинулардың біріне альвеолит жатады, және ол бүгінгі таңда өзекті мәселелердің бірі болып қалуда. Барлық асқинулардың 24,4 - 40 % құрайды. (И.С. Пинелис 1986; Ж.Б. Инкарбеков 1989).

Альвеолиттің пайда болуындағы негізгі этиологиялық факторларға тістің түбір ұшы маңындағы инфекция (киста қабықшасын толық алмау, грануляциялық тін, қан ұйығының болмауы, ұяшықта бөгде заттардың болуымен (тіс жарқыншақтары, тіс тасы, сүйек тіні және т.б.) қан ұйығының инфицирленуі мен ыдырауы, асептика және антисептика ережелерін бұзу) жатады. Альвеолиттің пайда болуына алып келуде ағзаның қорғаныс күштерінің төмендеуі, жарақаттық тіс жұлу, ем тәртібін бұзу, ұяшықты тексеруде бөгде заттарды қолдану (тіс шұқығыш, ине) үлкен рөлге ие. Жоғарыдағы себептер операциядан кейінгі жараның жазылу үрдісінің бұзылуына алып келеді. Альвеолитті емдеудің көптеген әдістері бар, бірақ олардың эффективтілігі әрқашанда жоғары бола бермейді және емдеу уақытын ұзартады.

Жұмыс мақсаты альвеолитті емдеуде гидроксипатит және коллаген негізіндегі хлоргексидині бар стоматологиялық губканы қолдану және эффективтілігін зерттеу.

Т.Г. Робустованың мәліметі бойынша гидроксипатит және коллаген препараттарын қолдану жоғары мықтылықты, эластикалық қасиетті береді және эффективті сүйек индукциясын түзеді.

24 науқасқа (13 әйел және 11 ер адам) тексеру жүргізілді, ем қабылданды, бақыланды. Жынысы, жасы (18-55), жұлынған тістердің локализациясы, топографиясы, қалай жұлынғаны, ауыз қуысы гигиенасы және операциядан кейінгі жараның жазылуы ескерілді. Топографиясы мен локализациясына байланысты жұлынған тістер келесідей бөлінді: 10 тіс созылмалы периодонтит себебінен, 6 тіс ақыл тістердің қиналып жарып шығуынан, 8 тіс созылмалы периодонтиттің асқинуы себебінен жұлынған.

Науқастар көбіне тіс жұлынғаннан кейін 2-3 тәуліктен соң келген. Жұлынған тіс ұяшығы маңындағы қатты ауру сезіміне, жағымсыз иіске, ыңғайсыздық сезіміне, дене температурасының көтерілуіне шағымданған.

Емдеу эффективтілігін салыстырмалы бағалау үшін, өткізіліп жатқан өдістің сипатына байланысты науқастар 2 топқа бөлінді, әрқайсысында 12 адамнан. Негізгі топта остеопластикалық «СТИМУЛ — ОСС» материалы қолданылды.

Төменгі жақтан 7 кіші және үлкен азу тістер, жоғарғы жақтан 5 кіші және үлкен азу тістер жұлынғаннан кейінгі пайда болған альвеолиті бар 1-ші топ науқастарына (12 адам: 6 әйел және 6 ер кісі) жансыздандыру жүргізілді, ұяшықтары жылы антисептик фурацилинмен жуылды, кюретаждан кейін – ұяшық гидроксипатит және коллаген негізіндегі хлоргексидині бар «СТИМУЛ — ОСС» стоматологиялық губкасымен толтырылды. Материал қанды сіңіріп, ұяшықта жақсы ұсталып тұрды.

Екінші топқада төменгі жақтан 7 кіші және үлкен азу тістер, жоғарғы жақтан 5 кіші және үлкен азу тістер жұлынғаннан кейінгі пайда болған альвеолиті бар 12 адам (6 әйел және 6 ер кісі) кірді. Бұл топтағы науқастарға жалпы емдеу әдістері қолданылды: жансыздандыру, антисептикалық өңдеу (фурацилин, диоксидин), ұяшықты кюретаждау, йодоформды таңба. Альвеолитті емдеуде салыстырылып жатқан әдістердің эффективтілігін ауру сезімінің жойылу уақытымен, ісінудің қайту уақытымен, ұяшық маңындағы шырышты қабат гиперемиясының қайту уақытымен, грануляциялық тіннің толуымен, келім санымен, еңбекке жарамсыздық уақытымен бағаланды.

Субъективті және объективті зерттеу нәтижелері бойынша 1-ші топтағы науқастарда ауру сезімі басылды және жұлынған тіс ұяшығы маңындағы қабыну үрдістері бірінші тәулік ішінде жойылған, ал бұл өзгерістер 2-ші топта байқалмады. 2-3-ші тәуліктерде 1 топ науқастарында ауру сезімі мүлде болмады, ұяшық айналасында кішігірім гиперемия болды, ұяшыққа тигенде ауру сезімі байқалмады. Анализ ерлерге қарағанда әйелдерде альвеолит сирек кездесуіні және төменгі жақта жиірек орналасатынын көрсетті.

Сөйтіп 1-ші топта стоматологиялық «СТИМУЛ — ОСС» губкасын қолдану альвеолит емін айтарлықтай жақсартуға мүмкіндік берді, өйткені «СТИМУЛ — ОСС» құрамында хлоргексидин, гидроксипатит, коллаген бар. Хлоргексидин – антисептикалық препарат, грам оң және грам теріс (*Treponema pallidum*, *Chlamydia* spp., *Ureaplasma* spp., *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides fragilis*) бактерияларға қатысты белсенді. Қан мен ірің болса да препараттың белсенділігі сақталады. Коллагеннің артықшылықтарына жатады: төмен антигенділік және ұйыттылық, жоғары механикалық мықтылық, тіндік протеазаларға тұрақтылығы. Гидроксипатит остеоиндуктивті, остеогенезге қатысуы мүмкін және оның сүйек тінімен тығыз бірігуі осыған байланысты.

Бұл әдіс «СТИМУЛ — ОСС» материалын қолдану альвеолитті емдеуде қабыну үрдістерін жоюмен қатар альвеола өсіндісінің биіктігін сақтайтынын көрсетті, ал оның ары қарай протездеу мен имплантация үшін маңызы өте зор.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Пинелис И.С. Способ лечения альвеолита. //Стоматология. - №5. – 1986. – С.68.
- 2 Инкарбеков Ж.Б., Повелковская Г.П., Долгова Н.А., Бекхожаева М.А. Пути совершенствования стоматологической помощи населению Казахской ССР. //Лечение альвеолитов. – 1989. - С. 98-100.
- 3 Робустова Т.Г. Имплантация зубов хирургические аспекты. – М., 2003г. - С. 32.

Ж.Б. Инкарбеков**ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕРИАЛА «СТИМУЛ – ООС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЬВЕОЛИТОВ**

Использование стоматологической губки «Стимул – ООС» позволяет значительно улучшить результаты лечения альвеолита т.к. «Стимул – ООС» содержит хлоргексидин, коллаген и гидроксипатит. Материал «Стимул – ООС» наряду с устранением воспалительных явлений при лечении альвеолита сохраняет высоту альвеолярного отростка, что имеет большое значение для дальнейшего протезирования и имплантации.

Z.B. Inkarbekov

USE OF MATERIAL «STIMULUS-OOS» IN THE TREATMENT OF ALVEOLITIS

Use of a stomatologic sponge «Stimulus-OOS» allows to improve considerably results of treatment of an alveolitis since « the Stimulus-OOS» contains: chlorhexidine , collagen and a hydroxyapatite. The material «Stimulus-OOS» along with elimination of the inflammatory phenomena at alveolitis treatment keeps height of an alveolar process that is of great importance for the further prosthetics and implantation.