

О.С. Барило¹, Р.Л. Фурман¹, П.О. Кравчук²

Гігієна порожнини рота як частина комплексу лікувальних заходів при переломах нижньої щелепи та її залежність від антропометричних особливостей лицевого скелета

¹Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна²Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна

Мета: підвищення ефективності лікування хворих з переломами щелеп завдяки впровадженню профілактичних засобів гігієни порожнини рота з урахуванням соматотипових особливостей будови органів порожнини рота та лицевого скелета.

Пацієнти та методи. Проведена оцінка стану гігієни порожнини рота у 106-ти хворих з переломами щелеп, яких лікували ортопедичними методами. Запропоновано комплекс гігієнічних заходів, що підвищує ефективність лікування пацієнтів з переломами щелеп. Профілактичні засоби гігієни порожнини рота впроваджено з урахуванням соматотипових особливостей будови органів порожнини рота та лицевого скелета.

Результати. Проаналізувавши дані стану гігієни порожнини рота за весь період лікування хворих з переломами щелеп, з'ясували, що гігієна порожнини рота погіршується при всіх видах прикусу, але не рівномірно: найбільше при глибокому та прогнатичному прикусі, меншою мірою – при прогенічному прикусі. Найкращий стан гігієни порожнини рота спостерігався при ортогнатичному та прямому прикусі. Отримані результати дозволяють рекомендувати лікарям-стоматологам приділяти особливу увагу стану гігієни порожнини рота у хворих з переломами щелеп при глибокому прикусі.

Висновки. Розміри щелеп, висота зубів, глибина присінка рота, вид прикусу безпосередньо впливають на величину, індивідуальний вигин висоти та розташування зачіпних гачків шини С.С. Тігерштедта. У період безпосередньої фіксації назубних шин С.С. Тігерштедта стан гігієни порожнини рота пов'язаний з такими антропометричними показниками щелепно-лицевої ділянки, як вид прикусу.

Ключові слова: переломи щелеп, антропометрія обличчя, гігієна порожнини рота.

Вступ

Проблема травматизму у щелепно-лицевої ділянки є однією з актуальних проблем хірургічної стоматології. В останні роки спостерігається тенденція не тільки до збільшення кількості таких хворих, а й до ускладнення стану травми [7].

Лікування переломів нижньої щелепи, а саме комплексний підхід до лікувальних заходів, – одна із проблем щелепно-лицевої хірургії. Кількість хворих з переломами нижньої щелепи залишається досить високою та складає 45–90,9 % серед ускладнень кісток лицевого черепа. Травми обличчя складають від 15 до 25 % серед усіх госпіталізованих у клініку [1, 7, 9].

Безумовно, така ситуація пов'язана з низкою причин: падінням життєвого рівня, зниженням культурного рівня та загальносоматичного здоров'я населення, погіршенням екологічного становища. Стан порожнини рота в людини, яка отримала перелом щелеп, також впливає на прогноз лікування. Гігієна порожнини рота, захворювання пародонту, карієс і його ускладнення – ось ті фактори, які впливають на ділянку перелому та погіршують стан хворих [5].

У комплексі реабілітації після переломів щелеп на першому плані стоять такі заходи, як своєчасне та ефективне закріплення уламків, антимікробна й загальнозміцнююча терапія, фізичні методи лікування, лікувальна фізкультура та гігієна порожнини рота. Гігієнічні заходи включають спеціальну обробку порожнини рота хворого

лікарем під час перев'язок та очищення рота самим пацієнтом. Установлено, що в ранній період після травми в усіх хворих значно погіршується стан органів порожнини рота, що підтверджується незадовільним рівнем гігієни [2].

Гігієна порожнини рота має велике значення при лікуванні хворих з переломами щелеп тому, що в цей період в порожнині рота з'являється багато додаткових ретенційних пунктів, де затримуються залишки їжі, що є середовищем для розвитку хвороботворних мікроорганізмів. Металеві назубні шини, дротяна та капронова лігатура, відсутність рухливості нижньої щелепи є етіологічними моментами, що погіршують самоочищення порожнини рота її зубів за допомогою слини та твердої їжі, а також місцем затримки часток їжі. У цих умовах додаткові заходи з догляду за порожниною рота є вирішальними для запобігання таких ускладнень, як стоматит, гінгівіт і вторинний розвиток запального процесу у щілині перелому [10].

Загальновідомо, що кожний хворий має особливі соматотипові антропометричні характеристики, такі як неповторна структура щелеп у відношенні до розмірів, прикусу, особливості форми та величини зубів, дефектів і деформацій зубних рядів тощо. Ці фактори, що сприяють утворенню в порожнині рота ретенційних пунктів, впливають на кількість зубного нальоту на зубах і шинуючих конструкціях. Використання метричного підходу до вирішення цих проблем значною мірою залежить від подальшого розвитку методів діагностики та лікування різних стоматологічних захворювань, зокрема лікування

переломів щелеп. У наш час удосконалення методів діагностики, лікування та профілактики різноманітних стоматологічних захворювань неможливі без комплексного обстеження, які включають і антропометричні виміри лицевого скелета [3, 11].

Покращення лікування хворих з переломами щелеп можна досягнути шляхом раннього прогнозування її попередження гнійно-запальних ускладнень та оптимізації місцевої терапії. Цього можна досягти за допомогою комплексу лікувальних заходів, які застосовують при госпіталізації пацієнта, та суворого дотримання особистої гігієни порожнини рота, що попереджає інфікування ділянки перелому. Основним джерелом інфікування залишаються зубна бляшка та зубний наліт [4].

За наявності зубів найбільш поширеним методом лікування переломів щелеп залишається ортопедичний, а саме використання назубних шин. Відомо, що наявність шин і гумових кілець сприяє більшому утворенню й відкладенню зубного нальоту, а показники гігієнічного стану порожнини рота у хворих з переломами щелеп суттєво відрізняються від аналогічних показників у здорових людей. Це стосується як періоду користування шинами, так і періоду після їх зняття. Після зняття шин стан порожнини рота не нормалізується, а навпаки, погіршується, причому це стосується як пародонтологічного статусу, так і інтенсивності карієсу зубів. Загальновідомо, що низький рівень гігієни порожнини рота є безпосередньою причиною патології стоматологічного профілю [6, 8].

Тому для досягнення бажаного успіху в комплексній терапії переломів щелеп з метою попередження гнійно-запальних ускладнень і покращення регенерації щелепи важливо налагодити систему гігієнічного догляду за порожниною рота протягом усього періоду лікування.

Мета дослідження – підвищення ефективності лікування хворих з переломами щелеп завдяки впровадженню профілактичних засобів гігієни порожнини рота з урахуванням соматотипових особливостей будови органів порожнини рота та обличчя пацієнта.

Матеріал і методи дослідження

Під нашим наглядом знаходилися 106 пацієнтів (102 чоловіки, 4 жінки) з переломами щелеп, середній вік яких складав 25 років, які перебували на лікуванні у Вінницькій міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги та Вінницькій обласній клінічній лікарні ім. М.І. Пирогова в період 2012–2013 рр. Серед них з одіобічними переломами нижньої щелепи було 45 пацієнтів (42,8%), а із двобічними – 61 пацієнт (57,2%).

Протягом першої доби перебування у стаціонарі всім хворим проводили місцеве знеболювання й фіксували назубні шини С.С. Тігерштедта із зачіпними петлями та міжщелепними гумовими тягами. Для виготовлення даної шини використовували проволочку з алюмінію діаметром 1,8 мм. Для фіксації конструкції в порожнині рота використовувалася стандартна бронзово-алюмінієва лігатурна проволочка діаметром 0,4 мм. Розташування зачіпних петель на шині класичне. Потім виконували мануальну репозицію кісткових фрагментів і фіксували зуби у прикусі за допомогою міжщелепних гумових тяг.

Проводилось комплексне обстеження хворих, яке включало загальноклінічні, рентгенологічні методи та антропометричні виміри лицевого скелета.

Для проведення антропометричних обстежень вибрано такі параметри:

- прикус – визначався у хворого після репозиції уламків щелеп у звичну оклюзію, яка визначалася за клінічними показниками та зі слів хворого;
- висота коронок зубів – визначалася висота коронок верхніх і нижніх різців від шийки зуба до ріжучого краю;

- глибина присінка рота – визначалась від ясенного краю до найбільш низької точки присінка на нижній щелепі та найбільш високої точки на верхній щелепі;
- вилична ширина – дана величина відображає відстань між найбільш виступаючими точками виличних кісток;
- ширина нижньої щелепи – відстань між кутами нижньої щелепи (визначалась після зникнення набряку м'яких тканин);
- висота нижньої щелепи – відстань від підборіддя до ріжучого краю центральних різців;
- довжина тіла нижньої щелепи – відстань від підборіддя до кута нижньої щелепи (визначалась після зникнення набряку м'яких тканин);
- висота гілки нижньої щелепи – відстань від кута нижньої щелепи до суглобової голівки суглобового відростка нижньої щелепи;
- висота нижньої третини обличчя – відстань від підборіддя до основи носа;
- висота середньої третини обличчя – відстань від основи носа до перенісся;
- морфологічна висота обличчя – сума величин висоти нижньої та середньої третин обличчя.

Вивчали такі антропометричні параметри лицевого скелета: прикус зубів; вимірювали висоту коронок зубів; глибину присінка рота; виличну ширину; висоту та ширину нижньої щелепи; довжину тіла нижньої щелепи; висоту гілки нижньої щелепи; морфологічну висоту обличчя; висоту середньої й нижньої третин обличчя.

Також візуально оцінювали вираженість екуатора зубів, визначали наявність дефектів зубного ряду, незнімних і знімних ортопедичних конструкцій. З анамнезу з'ясовували кратність і тривалість очищення зубів. Усі загальноклінічні та антропометричні дослідження проводились одноразово при госпіталізації хворого в лікарню.

Для контролю гігієни порожнини рота використовували індексну оцінку:

- індекс Федорова-Володкіної – для визначення стану гігієни порожнини рота. Для визначення індексу обстежують губну поверхню шести зубів 43, 42, 41, 31, 32, 33;
- індекс Сілнесс-Лоу – урахує товщину нальоту у приєднаній ділянці на чотирьох ділянках поверхні зуба: вестибулярній, язичній, дистальній і медіальній;
- індекс РМА – папілярно-маргінально-альвеолярний індекс для оцінки важкості гінгівіту (а в подальшому й реєстрації динаміки процесу);
- індекс CRITN – індекс потреби в лікуванні захворювань пародонту, в осіб досліджують пародонт у ділянці шести груп зубів (17/16, 11, 26/27, 37/36, 31, 46/47) на верхній і нижній щелепах за допомогою спеціального пуговчатого періодонтального зонда ВООЗ.

Індекс Федорова-Володкіної вибраний як показник гігієнічного догляду за фронтальними зубами. Відомо, що незадовільний гігієнічний догляд у ділянці фронтальних зубів свідчить про поганий стан гігієни й у бокових ділянках щелеп [8].

Стан гігієни порожнини рота визначали три рази за період лікування хворого: при госпіталізації та послідовно на 7 й 14-у добу.

При лікуванні переломів щелеп пропонували такі етапи індивідуальної гігієни порожнини рота, які слід проводити після кожного прийому їжі:

1. Очищення порожнини рота рідкими лікувально-профілактичними засобами гігієни, тому що вони забезпечують краще видалення зубного нальоту за рахунок зменшення зчеплення нальоту з емаллю зубів і шинуючими конструкціями (ополіскувач «Oral-B»).

2. Очищення за допомогою зубочисток міжзубних проміжків, апроксимальних поверхонь зубів, фіксуючого дроту та шин.
3. Власне очищення зубів за допомогою зубних щіток середньої жорсткості з V-подібною щетиною та з використанням гігієнічної зубної пасти «Blend-a-Med Complete + Herbal».
4. Проміжне полоскання, зрошення або ванночки порожнини рота із застосуванням лікувально-профілактичного засобу гігієни (ополіскувач «Oral-B»).
5. Очищення ретенційних ділянок за допомогою монопучкових або малопучкових щіток типу «Jordan».
6. Очищення шин і міжщелепної гумової тяги за допомогою щітки-йоршика.
7. Заключне полоскання із застосуванням рідкого лікувально-профілактичного засобу гігієни (ополіскувач «Oral-B»).

Для об'єктивізації судження про ступінь достовірності отриманих результатів застосовували варіаційно-статистичний метод за допомогою персонального комп'ютера з використанням стандартного пакету статистичних програм Statistica 5,0 та програми Microsoft Office Excel 2003

Результати дослідження

Проведено розподіл хворих з переломами щелеп у залежності від виду прикусу. Як видно з рис. 1, переважну більшість хворих складали 40 (38 %) пацієнтів з ортогнатичним прикусом, із глибоким прикусом було 29 (28 %), прогенічний і прямий прикуси представлені однаково – по 13 (12 %), а прогнатичний – в 11-ти осіб (10 %).

У 80 (76 %) хворих з переломами щелеп спостерігались дефекти зубних рядів різної величини та локалізації, у 9 (8 %) зубні ряди були інтактними й тільки в 17-ти (16 %) пацієнтів дефекти зубних рядів відновлені ортопедичними конструкціями.

Стан гігієни порожнини рота залежно від строку лікування наведений на рис. 2, 3, 4, 5. Як свідчать показники діаграм, у першу добу при глибокому, прогнатичному та прогенічному прикусі стан гігієни ротової порожнини гірше, ніж при ортогнатичному та прямому прикусі. Спостерігається збільшення індексу Федорова-Володкіної, нерівномірно, у залежності від прикусу. Так, при ортогнатичному та прямому прикусі приріст найменший, а при глибокому – найбільший. Показники індексів Сілнесс-Лоу, РМА та СРІТН показують таку саму динаміку.

Через тиждень після фіксації шин С.С. Тігерштедта у хворих з'ясувалося, що гігієна значно погіршилась. Погіршення стану гігієни порожнини рота за цей період пов'язано з гострим періодом перебігу переломів щелеп, а саме в пацієнтів спостерігаються больовий синдром, страх і невміння обробляти порожнину рота в нових



Рис. 1. Розподіл за прикусом.

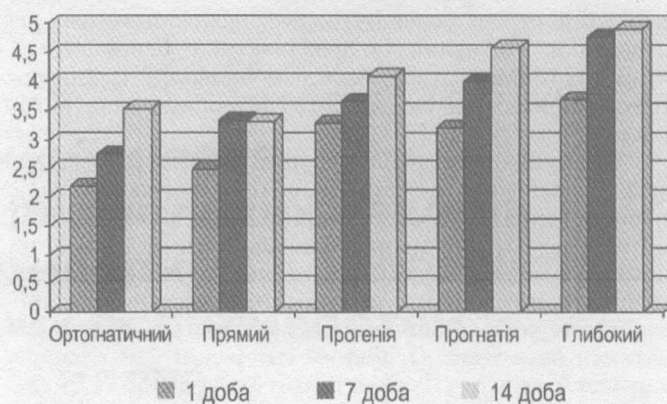


Рис. 2. Індекс Федорова-Володкіної.



Рис. 3. Індекс Сілнесс-Лоу.

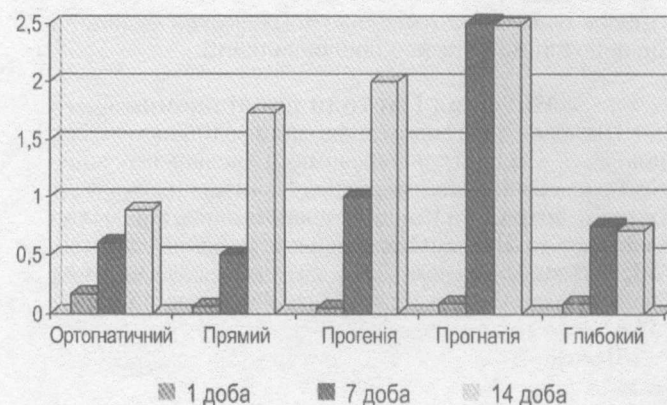


Рис. 4. Індекс РМА.

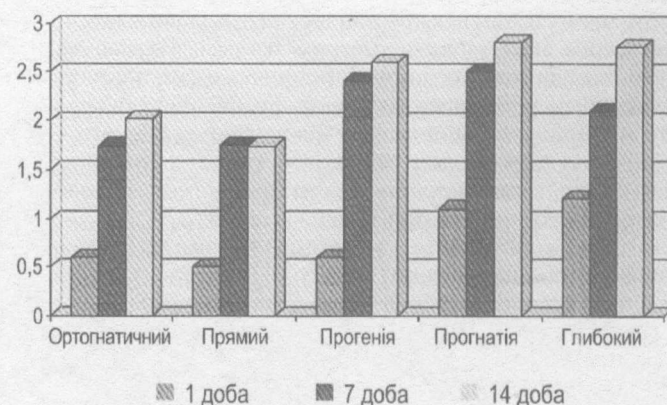


Рис. 5. Індекс СРІТН.

Середні величини антропологічних індексів щелепно-лицевої ділянки

Антропометричні показники та індекси		Види прикусу				
		Глибокий	Ортогнатичний	Прогенічний	Прогнатичний	Прямий
Висота коронок різців, мм	11 (21), 12-й (22) зуби	9,84±0,19	10,09±0,21	9,17±0,17	9,6±0,24	9,13±0,27
	31 (41), 32-й (42) зуби	6,85±0,16	8,15±0,25	8,83±0,31	7,2±0,2	8,36±0,7
Глибина присінка рота, мм	Верхній	8,35±0,29	9,28±0,26	8,33±0,49	7,4±0,4	8,1±0,49
	Нижній	7,23±0,4	8,34±0,31	6,17±0,17	6,8±0,2	7,78±0,30
Величина ширина, см		11,52±0,17	12,23±0,14	12,52±0,03	13,73±0,27	12,92±0,5
Ширина нижньої щелепи, см		10,28±0,19	10,65±0,14	11,98±0,09	9,36±0,17	10,72±0,27
Висота нижньої щелепи, см		4,09±0,08	4,57±0,06	4,2±0,07	3,6±0,03	4,15±0,10
Довжина тіла нижньої щелепи, см		9,11±0,13	10,06±0,13	10,25±0,31	7,88±0,08	9,43±0,15
Висота гілки нижньої щелепи, см		6,38±0,12	6,02±0,12	6,57±0,03	5,16±0,05	5,94±0,06
Висота нижньої третини обличчя, см		5,34±0,16	6,01±0,1	5,07±0,18	4,38±0,24	5,5±0,16
Висота верхньої третини обличчя, см		5,71±0,07	5,59±0,07	4,43±0,03	6,0±0,06	5,35±0,18
Морфологічна висота обличчя, см		11,02±0,15	11,6±0,15	9,5±0,18	10,38±0,24	10,84±0,33

умовах за наявності шин і неможливості відкриття рота. Тому погіршення стану гігієни відмічалось у всіх пацієнтів незалежно від виду прикусу.

Наприкінці другого тижня з моменту накладення шин стан гігієни порожнини рота трохи покращився по відношенню до попереднього періоду, але його показники були значно вище, ніж відповідні показники при госпіталізації.

Проаналізувавши дані стану гігієни порожнини рота за весь період лікування хворих з переломами щелеп, з'ясували, що гігієна порожнини рота погіршується при всіх видах прикусу, але не рівномірно: найбільше при глибокому та прогнатичному прикусі, меншою мірою – при прогенічному прикусі її найкращий стан гігієни порожнини рота спостерігалась при ортогнатичному та прямому прикусі. Отримані результати дозволяють рекомендувати лікарям-стоматологам приділяти особливу увагу стану гігієни порожнини рота у хворих з переломами щелеп при глибокому прикусі.

Результати антропометричного обстеження наведені в таблиці.

Як свідчать дані таблиці, особливу увагу привертають показники висоти коронок зубів, глибини присінка рота, довжини тіла нижньої щелепи, висоти та ширини нижньої щелепи та морфологічної висоти обличчя. Виявлено велику різницю у висоті коронок 31 (41), 32-го (42) зубів. Найменші показники спостерігались у хворих із глибоким прикусом, а найбільші – у пацієнтів із прогенічним прикусом. Суттєва різниця спостерігалась при аналізі такого параметра, як глибина присінка рота. Так, найбільша глибина верхнього склепіння виявлена при ортогнатичному прикусі, а найменша – при прогнатичному. Ще вагоміша різниця виявлена при обстеженні нижнього склепіння присінка рота. Так, при прогенічному прикусі вона була найменшою, а при ортогнатичному – найбільшою. При аналізі розмірів довжини та ширини тіла нижньої щелепи виявлена велика різниця цих параметрів при прогенічному (10,25±0,31 та 11,98±0,09 см відповідно)

і прогнатичному прикусі (7,88±0,08 і 9,36±0,17 см відповідно). Мінімальні розміри висоти нижньої щелепи виявлені при прогенічному прикусі (4,2±0,07 см), а максимальні – при ортогнатичному (4,57±0,06 см). Що стосується морфологічної висоти обличчя (сума висоти нижньої та середньої третини обличчя), то тут було виявлено найбільшу різницю між групами пацієнтів з різними видами прикусу.

При лікуванні слід звертати увагу на антропометричні показники, тісно пов'язані з лікувальними заходами. Так, розміри щелеп, висота зубів, глибина присінка рота, вид прикусу безпосередньо впливають на величину, індивідуальний вигин висоти та розташування зачіпних гачків шини С.С. Тігерштедта, що впливає на стабільність фіксації шин і належну гігієну порожнини рота протягом усього періоду лікування.

Висновки

1. Розміри щелеп, висота зубів, глибина присінка рота, вид прикусу безпосередньо впливають на величину, індивідуальний вигин висоти та розташування зачіпних гачків шини С.С. Тігерштедта, що створює умови для фіксації шин і гігієни порожнини рота протягом усього періоду лікування.
2. У період безпосередньої фіксації назубних шин С.С. Тігерштедта стан гігієни порожнини рота пов'язаний з такими антропометричними показниками щелепно-лицевої ділянки, як прикус. Найкращий стан гігієни порожнини рота у хворих з ортогнатичним і прямим прикусом, а найгірший – у пацієнтів із глибоким і прогнатичним.
3. Протягом періоду консервативного лікування гігієна порожнини рота не залишається сталою, а змінюється залежно від стадії перебігу хвороби.
4. Урахування соматотипових особливостей будови органів порожнини рота та обличчя пацієнта сприяє визначенню групи ризику виникнення запальних ускладнень переломів щелеп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев С.Б. Реабілітація постраждалих з переломами нижньої щелепи із застосуванням пеліодотерапії: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / С.Б. Алексеев. – УМСА. – Полтава. – 2003. – 22 с.
2. Аль-Алавіні С.В. Лікування супутньої патології органів порожнини рота у хворих із щелепно-черепно-мозковою травмою: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / С.В. Аль-Алавіні. – ДУ Ін-т стоматології АМН України. – Одеса, 2008. – 22 с.
3. Кошевніков В.Г. Медицинская антропология / В.Г. Кошевніков, Б.А. Никитюк. – К.: Здоровье, 1990. – 200 с.
4. Панкратов А.С. Экспериментальное исследование закономерностей развития воспалительного процесса в костной ткани нижней челюсти, обусловленного воздействием анаэробной микрофлоры / А.С. Панкратов, В.М. Коршунов, А.А. Древал, Л.И. Кафарская // Стоматология. – 1999. – № 6. – С. 4–8.
5. Рединова Т.Л. Гигиенический и минерализирующий эффекты зубных паст отечественного и зарубежного производства / Т.Л. Рединова, О.О. Страх // Стоматология: научно-практический рецензируемый журнал. – 2006. – Том 85, № 3. – С. 53–56.
6. Репета Е.Г., Лукашевич М.Б. Значение состояния гигиены полости рта в определении интенсивности кариеса и болезни пародонта / Е.Г. Репета, М.Б. Лукашевич // Вісник стоматології. – 2003. – № 1. – С. 85–87.
7. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Издание 4-е, переработанное и дополненное / Тимофеев А.А. – Киев: ООО «Червона Рута-Турс». – 2008. – 1062 с.: цветн. ил.
8. Улитовский С.Б. Роль правильного отношения врача-стоматолога к формированию у пациента мотивированного использования средств оральной гигиены / С.Б. Улитовский // Новое в стоматологии. – 2003. – № 1. – С. 47–50.
9. Фаренюк О.А. Використання внутрішньоротових репозиційно-фіксуючих пристроїв у лікуванні хворих з переломами нижньої щелепи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О.А. Фаренюк; ДУ Ін-т стоматології АМН України. – Одеса, 2002. – 17 с.
10. Федоров Ю.А. Гигиена полости рта для всех / Ю.А. Федоров. – С.-Петербург: Поли Медиа Пресс. – 2003. – 112 с.
11. Хрисанфова Е. Н. Антропология: учебник / Е.Н. Хрисанфова, И.В. Перевозчиков. – 4-е изд. – М.: Изд-во Моск. ун-та «Наука». – 2005. – 400 с.

Гигиена полости рта как часть комплекса лечебных мероприятий при переломах нижней челюсти. Зависимость от антропометрических особенностей лица

А.С. Барило, Р.Л. Фурман, П.А. Кравчук

Цель: повышение эффективности лечения больных с переломами челюстей благодаря внедрению профилактических средств гигиены полости рта с учетом особенностей соматотипа и строения органов полости рта и лицевого скелета.

Пациенты и методы. Проведена оценка состояния гигиены полости рта у 105-ти больных с переломами челюстей, леченых ортопедическими методами. Предложен комплекс гигиенических мероприятий, который повышает эффективность лечения пациентов с переломами челюстей. Профилактические средства гигиены полости рта внедрены с учетом особенностей соматотипа и строения органов полости рта и лицевого скелета.

Результаты. Проанализировав данные состояния гигиены полости рта за весь период лечения больных с переломами челюстей, выяснили, что гигиена полости рта ухудшается при всех видах прикуса, но не равномерно: больше при глубоком и прогнатическом прикусе, в меньшей степени – при прогнатическом. Наилучшее состояние гигиены полости рта наблюдалось при ортогнатическом и прямом прикусе. Полученные результаты позволяют рекомендовать врачам-стоматологам уделять особое внимание состоянию гигиены полости рта у больных с переломами челюстей при глубоком прикусе.

Выводы. Размеры челюстей, высота зубов, глубина преддверия рта, вид прикуса непосредственно влияют на величину, индивидуальный изгиб высоты и на расположение зацепными крючков шины С.С. Тигерштедта. В период непосредственной фиксации назубной шин С.С. Тигерштедта состояние гигиены полости рта связано с таким антропометрическим показателем челюстно-лицевой области, как вид прикуса.

Ключевые слова: переломы челюстей, антропометрия лица, гигиена полости рта.

Oral hygiene as portion remedial measure with fractures of the jaw. Dependence from anthropometric features of facial skeleton

A. Barilo, R. Furman, P. Kravchuk

Purpose. To increase the effectiveness of treatment of patients with fractures of the jaw due to the introduction of preventive oral care taking into consideration the somatotypical structural features of the oral cavity and the patient's facial skeleton.

Patients and Methods. An assessment of the state of oral health in 105 patients with fractures of the jaw, treated with orthopedic methods, was made. The complex of hygiene measures, that increase the effectiveness of treatment of patients with fractures of the jaw, was offered. Prophylactic oral hygiene was implemented taking into account the structural features of the somatotypical structural features of the oral cavity and facial skeleton of the patient.

Results. The analysis of the data about the state of oral health for the entire period of treatment of patients with fractures of the jaw revealed that oral health is deteriorating in all kinds of bite, but not uniformly: more in deep and prognathic bite, to a lesser extent – in progeny. The best state of oral hygiene was observed in orthognathic and straight bite. The results allow us to recommend dentists to pay special attention to the state of oral health in patients with fractures of the jaw with a deep bite.

Conclusions. Measurements of jaws, tooth height, the depth of the vestibulum of the mouth, the kind of bite directly affect the amount an individual height and the location of the hooks in splints of S.S. Tigershtedt. During the immediate fixation of tooth splints of S.S. Tigershtedt the state of oral health is associated with such anthropometric indicators of the maxillofacial area as a kind of bite.

Key words: mandibular fractures, facial anthropometry, oral hygiene.

Барило Олександр Семенович – д-р мед. наук, доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Адреса: 21050, м. Вінниця, вул. Арх. Артюнова, 38, кв.16. Тел.: (093) 272 02 47. E-mail: alexandrb381@gmail.com.

Фурман Руслан Леонідович – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Адреса: 21001, м. Вінниця, вул. Стеценка, 5, кв. 103. Тел.: (067) 729 51 50. E-mail: furmanruslan@mail.ru.

Кравчук Павло Олександрович – лікар щелепно-лицевого відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова. Адреса: 21037, м. Вінниця, вул. Зодчих, 9, кв. 31.