

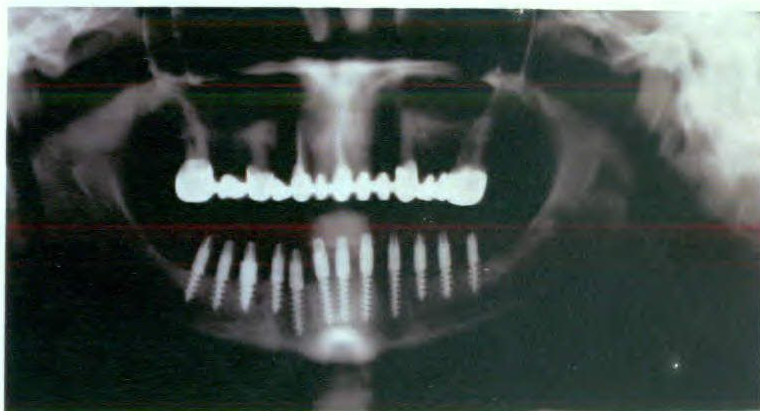
Одноэтапные имплантаты благодаря широкому шагу резьбы достаточно устойчиво фиксируются в кости, что позволяет рано давать полную нагрузку на них.

На один из поставленных имплантатов мы вынуждены были поставить постоянную металлокерамическую коронку на 6-й день после операции, по форс-мажорным обстоятельствам пациента. Однако следует заметить, что фиксация и функционирование имплантата от этого не пострадала, даже при такой ранней нагрузке, хоть и выполнена не идеально точно по протоколу (см. R-tg).

Ещё одно клиническое наблюдение постановки 2-х одноэтапных имплантатов (см R-o”).



На снимке представлена множественная одномоментная постановка одноэтапных имплантатов на одну челюсть (см. R-o”).



В своей практике мы одномоментно ставили пациентам 12-13 имплантатов с хорошим результатом и без особых субъективных жалоб больного.

Выводы:

1. Одноэтапные системы просты в применении, удобны, функциональны и могут использоваться имплантологами как метод выбора в работе.
2. Многие производители допускают применение двухэтапных систем для непосредственной нагрузки сразу же после постановки.

3. Учитывая наш опыт, можно констатировать, что показания к одноэтапным системам можно значительно расширить, однако при недостаточности этих клинических показаний надо использовать проверенные двухэтапные конструкции.

4. При планировании операции необходимо взаимодействие хирурга и ортопеда для оптимального плана хирургического и ортопедического этапов, выработки рациональной схемы постановки.

5. Современные системы имплантатов позволяют успешно ставить одномоментно от нескольких единичных изделий до десятков конструкций

ЛИТЕРАТУРА

1. А.А.Тимофеев. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ. Киев-2007, Червона Рута,128с
2. Т.Г.Робустова. ИМПЛАНТАЦИЯ ЗУБОВ, ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ. Москва, Медицина, 2003. 560с.
3. В.Л.Параскевич. ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТОЛОГИЯ. Минск. Юнипресс, 2002. 368с.

КЛІНІЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ НУКЛЕО ЦМФ ФОРТЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЄПИ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ПОШКОДЖЕННЯМ НИЖНЄАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА.

Барило О. С., Фурман Р. Л.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вступ

Вагоме місце серед переломів кісток скелета через свої функціональні і косметичні особливості займають ушкодження кісток обличчя. Серед усіх переломів лицьових кісток першість належить переломам нижньої щелепи, за даними різних авторів до 65-85 % від загальної кількості травм обличчя. Особливу увагу викликають переломи в межах кута нижньої щелепи, тобто там, де найчастіше відбувається перелом і проходить нижнещелеповий канал. Кількість ускладнень при травматичних ушкодженнях нижнощелепної кістки, за даними літератури, складає від 20 до 40 відсотків [6, 7].

Ускладнення, які виникають при переломах нижнощелепної кістки, викликають не лише тимчасову, але й тривалу втрату працездатності потерпілих. Оскільки останніми найчастіше являються особи молодого і середнього віку, тобто найбільш працездатні, ця проблема набуває значення не лише як загальномедична, але і як соціально-економічна [5].

Неврогенному статусу хворих з переломом тіла нижньої щелепи, практичні лікарі приділяють недостатню увагу, так як дії при госпіталізації потерпілих спрямовані на проведення репозиції і фіксації уламків щелеп. До лікування посттравматичних ушкоджень нижнього альвеолярного нерва лікарі приступають тільки після появи у потерпілих виразної клінічної симптоматики, зазвичай пізно, що значно знижує ефективність терапії, що проводиться [1, 2].

При переломах тіла нижньої щелепи часто спостерігається травма нижнєальвеолярного нерва в каналі. Найчастіше розповсюдженими неврогенними розладами в цьому випадку будуть порушення чутливості шкіри нижньої губи і слизової оболонки у вигляді анестезії, гіперестезії або парестезії [4, 8].

Порушення функції нерва різного ступеню виникають при безпосередній травматизації нерва під час травми, а також при компресії нерва післяопераційним набряком. Це ускладнення проявляється у вигляді відсутності та / або тривалої зміни чутливості тканин в зоні іннервації, розвитку больового синдрому різної інтенсивності, а також

супроводжується емоційно-стресовими порушеннями і значно погіршує якість життя пацієнта [3].

У цьому випадку виникають больовий синдром, характерний для невриту нижнесьальвеолярного нерва, порушення чутливості пульпи зубів і шкіри обличчя, що вимагають складної і тривалої післяопераційної реабілітації пацієнтів.

Проблема відновлення функцій нижнесьальвеолярного нерва безпосередньо залежить від тривалості його компресії уламками нижньої щелепи, так як на процес реабілітації впливають головним чином фактори порушення повноцінного кровопостачання, як самого нерва, так і тканин, що ним інервується. Залежно від ступеню тяжкості ушкодження нижнього альвеолярного нерва розрізняють наступні їх види: контузію (забиття), розтягування, неповний і повний розрив [1].

У хворих з переломами нижнесьальвеолярної кістки остеосинтез нижньої щелепи проводиться тільки при останніх трьох видах ушкоджень нижнесьальвеолярного нерва [5].

В комплексній терапії пошкоджень нервових волокон традиційно використовують вазоактивні препарати, антитромботичні та антифібринолітичні препарати, діуретики, психотропні речовини та ноотропні засоби, що опосередковано діють на нижнесьальвеолярний нерв через відновлення трофіки навколишніх тканин [2, 3].

До теперішнього часу питання розробки комплексу післяопераційної реабілітаційної терапії у пацієнтів з невритом нижнесьальвеолярного нерва, викликаного компресією в нижньощелепному каналі, все ще залишаються відкритими.

У зв'язку вищевикладеним, подальша розробка методів лікування даної патології є обґрунтованою та актуальною.

Мета проведеного дослідження.

Метою нашого дослідження стало порівняння клінічного перебігу та ефективності лікування переломів нижньої щелепи, що супроводжується пошкодженням нижнесьальвеолярного нерва, з використанням загальноприйнятої схеми лікування, доповненої використанням препарату Нуклео ЦМФ форте.

Матеріали та методи дослідження.

Для вирішення поставленої мети нами було проведено оперативне втручання та подальше післяопераційне лікування 45 хворих з ангулярними переломами нижньої щелепи, що супроводжувались клінікою пошкодження нижнього альвеолярного нерва. Дослідження проводилось в період з вересня 2012 по вересень 2013 року. Роботу виконано у відділенні щелепно-лицевої хірургії Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Клінічний матеріал склали дані 45 пацієнтів (41 – чоловічої статі і 4 – жіночої), в яких під час обстеження було виявлено перелом нижньої щелепи та клінічні ознаки пошкодження нижнесьальвеолярного нерва (анестезія зони іннервації, гіперестезія, парестезія, крampf).

Пацієнти були поділені на 2 клінічні групи: основна група та група порівняння.

В групу порівняння увійшли 20 пацієнтів (18 чоловіків та 2 жінки) віком від 19 до 30 років (середній вік 24,6). В даних пацієнтів проводилась загальноприйнята терапія, репозицію уламків та двощелепового шинування, використання антибіотика широкого спектру дії терміном 10 днів (цефтріаксон) парентерально, нестероїдного протизапального препарату (діклофенак) парентерально.

В основну групу увійшли 25 пацієнтів (23 чоловіків та 2 жінки) віком від 18 до 31 року (середній вік 24,9). В даних пацієнтів проводилась терапія, яка включала: операцію репозицію уламків та двощелепового шинування, використання антибіотика широкого спектру дії на протязі 10 днів (цефтріаксон) парентерально (в/м), нестероїдного протизапального препарату (діклофенак) парентерально (в/м) та додатково вводився препарат Нуклео ЦМФ форте парентерально (в/м) в дозі 3 мл. один раз на добу 10 ін'єкцій.

Клінічне обстеження пацієнтів проводили згідно із загальноприйнятою методикою з детальним дослідженням локального неврологічного статусу.

Для чистоти дослідження, були відібрані пацієнти з ангулярними переломами (ізолювані односторонні, поєднані двосторонні при відсутності клінічних проявів пошкодження нерва з протилежної сторони. При цьому, у пацієнтів зміщення уламків не спостерігалось, або було до 1 см. Це обумовлено тим, що дана локалізація являється типовим місцем перелому нижньої щелепи, зустрічається найчастіше в ізолюваному та комбінованому вигляді та в найменшій мірі зумовлює частковий перерив нерва. В зв'язку з еластичністю та мобільністю нижнього альвеолярного нерва, повний розрив при невогнепальних переломах нижньої щелепи в ділянці кута не спостерігається.

Для порівняння було відібрано наступні показники: скарги – спонтанний біль, біль при навантаженні, печіння, алодинія (спотворений біль), поколювання, крampf (посмикування), та данні об'єктивного обстеження – порушення тактильної чутливості, порушення температурної чутливості, порушення больової чутливості нижньої губи та підборіддя, порушення мандибулярного рефлексу, температура тепла гіпералгезія, температура холодова гіпералгезія, механічна статична гіпералгезія, механічна динамічна гіпералгезія, симптом шпателя, симптом непрямого навантаження, симптом відбитого болю.

Скарги оцінювали по наступній шкалі: 0 – відсутність скарг, 1 – невиразні, 2 – виразні, 3 – нестерпні.

Дослідження чутливості тканин області підборіддя, нижньої губи на стороні ушкодження і симетричної стороні проводилося за допомогою сенсорних тестів. Пацієнту пропонували заплющити очі, щоб краще зосередитися на реєстрації та аналізі відчуттів, а також, щоб виключити можливість визначення виду подразника зором.

Тактильну чутливість визначали за допомогою дотику до шкіри, що інервується НАН, ватною кулькою діаметром 0,5 см. Кожен дотик, що наноситься послідовно на різні ділянки шкіри нижньої губи і підборіддя, досліджувався повинен негайно ж реєструватися словом « так » чи « відчуваю » і описати характер подразника.

Температурна чутливість оцінювалася за ступенем вираженості відповіді на різні подразники, наприклад металева поверхня стоматологічного шпателя (дзеркала) або пробірка з гарячою водою (температура близько 45 ° С). Пацієнт з закритими очима реєструє характер завдається подразника : « тепло » або « холод ». Дані дослідження проводяться окремо і послідовно, так як на різну температуру відповідають різні рецептори.

Визначення больової чутливості як розвиток позитивного чи негативного сенсорного феномена. Дослідження проводилося за допомогою стерильного стоматологічного зонда. До негативних ознак відноситься зміна чутливості (відсутність або зниження), до позитивних - парестезія, дизестезія, гіпералгезія або аллодинія, відповідно з динамічним або статистичними характером подразника.

Площа порушення чутливості шкіри даної зони обов'язково фіксували на прозорій плівці, із спеціально нанесеною сіткою, розробленою для подальшого динамічного порівняння.

За подібною схемою оцінювалася реакція на больовий подразник шляхом нанесення подразнень, поколюючи гострим стерильним стоматологічним зондом, використовуючи симетричні ділянки губи і підборіддя в якості порівняльних.

Глибину (інтенсивність) таких симптомів, як порушення тактильної чутливості нижньої губи та підборіддя, порушення температурної чутливості нижньої губи та підборіддя, порушення больової чутливості нижньої губи та підборіддя, порушення мандибулярного рефлексу, температура тепла гіпералгезія, температура холодова гіпералгезія, механічна статична гіпералгезія, механічна динамічна гіпералгезія, симптом шпателя, симптом непрямого навантаження, визначали також за шкалою: 0 – відсутність

порушень, 1 – невиразні, 2 – виразні, 3 – нестерпні. Комплекс досліджень проводився тричі за період лікування: на час госпіталізації (перша доба), на 7 добу лікування та на 14 добу лікування. Вимога, яка ставилась до всіх пацієнтів, це дослідження без використання анальгетичних засобів. Така вимога ставилась тому, що дослідження має знеболюючий ефект, котрий міг спотворити результати дослідження. Це досягалось наступними заходами: в день госпіталізації обстеження проводилось в максимально короткий термін до призначення препаратів, на 7 та 14 добу обстеження проводилося вранці до лікувальних маніпуляцій (не менше 6 годин від попереднього введення препаратів).

Результати дослідження

Нами було проаналізовано деякі скарги пацієнтів, що відзеркалюють клініку пошкодження нижньсальвеолярного нерва, протягом періоду лікування тричі: на момент початку лікування, на 7 добу та на 14 добу. Хворим використовувався препарат Нуклео ЦМФ форте терміном 10 діб (починаючи з 3 доби лікування). Препарат використовувався з даного періоду тому, що на перші 3 дні припадає гострий період коли різко порушена гемодинаміка тканин та знижується ефективність препарату.

Табл. 1.

	Група порівняння			Основна група		
	1-й день	7-й день	14-й день	1-й день	7-й день	14-й день
СКАРГИ						
спонтанний біль	2,50±0,51	2,0±0,45	1,25±0,44	2,70±0,47	1,05±0,22	0,25±0,04
біль при навантаженні	2,95±0,22	2,55±0,51	1,65±0,48	2,95±0,22	2,75±0,44	1,8±0,41
печіння	1,75±0,44	1,05±0,59	0,65±0,24	1,80±0,41	0,80±0,21	0
алодинія (спотворений біль)	1,75±0,44	0,90±0,35	0,75±0,24	1,75±0,44	0,35±0,18	0
поколювання	1,80±0,41	1,5±0,55	0,90±0,25	1,75±0,44	0,45±0,11	0
крамплі (посмикування)	1,75±0,44	1,2±0,65	0,95±0,25	1,85±0,36	0,95±0,38	0

Після проведеного спостереження, в таблиці 1, було виявлено позитивну динаміку в скаргах хворих, що стосуються деяких параметрів функції нижнього альвеолярного нерва, як в порівняльній так і основній групі. Було виявлено, що за період спостереження інтенсивність спонтанного болю в порівняльній групі знизилась в 2 рази, тоді як даний показник в основній групі, в якій було застосовано препарат Нуклео ЦМФ форте, знизився в 10,8 рази. Показник болю при навантаженні суттєво не відрізнявся між групами і їх регрес становив 1,78 і 1,63 рази відповідно. Скарги, що напряду характеризують функцію нижньоальвеолярного нерва, мали наступні показники: в порівняльній групі відчуття печіння знизилось в 2,69 рази, аллодинія (спотворення болю) – в 2,33 рази, відчуття поколювання – в 2 рази, крамплі (посмикування) – в 1,84 рази. Зазначимо, що вищезгадані скарги в основній групі на 14 день лікування були відсутні.

За період перебування на лікуванні було проведено комплексне обстеження неврологічного стану тканин, що отримують іннервацію від нижнього альвеолярного нерва. Об'єктивні показники, що досліджувались під час клінічного обстеження, нами викладено в таблиці 2

Табл. 2.

ОБ'ЄКТИВНО	Група порівняння			Основна група		
	1-й день	7-й день	14-й день	1-й день	7-й день	14-й день
порушення тактильної чутливості	2,75±0,44	2,75±0,44	2,55±0,44	2,8±0,41	1,85±0,36	0,95±0,22
порушення температурної чутливості	2,75±0,44	2,75±0,44	2,75±0,44	2,8±0,41	1,8±0,41	0,9±0,30
порушення больової чутливості	2,75±0,44	2,75±0,44	2,65±0,48	2,8±0,41	1,85±0,36	1,1±0,30
порушення мандибулярного рефлексу	2,75±0,44	2,6±0,50	2,35±0,67	2,75±0,44	1,9±0,30	0,85±0,36
температурна гіпералгізія	1,2±0,41	1,25±0,44	1,0±0	1,25±0,44	0,95±0,22	0
температурна гіпералгізія	0,9±0,61	0,95±0,60	0,7±0,46	1,05±0,62	0,4±0,20	0
механічна гіпералгізія	1,9±0,44	1,7±0,44	1,15±0,44	1,95±0,39	0,9±0,39	0,1±0,03
механічна гіпералгізія	1,8±0,41	1,35±0,48	0,8±0,19	1,85±0,48	0,9±0,30	0,05±0,01
симптом шпателя	2,85±0,36	1,85±0,36	1,3±0,47	2,85±0,36	1,8±0,36	1,1±0,30
симптом непрямого навантаження	2,95±0,22	2,8±0,41	1,85±0,36	2,95±0,22	2,75±0,44	1,8±0,41
симптом відбитого болю	2,85±0,36	2,35±0,48	1,75±0,44	2,9±0,30	2,2±0,41	1,7±0,47

Таж видно, що в групі порівняння відновлення тактильної, температурної та больової чутливості проходило повільно і за період спостереження суттєво не змінилось. Інша картина спостерігається в основній групі з використанням Нуклео ЦМФ форте. Тут відбулось значне покращення в усіх показниках (відповідно на 66,07%, 67,85%, 60,71%).

Проаналізувавши дослідження дизестезії зони іннервації нижнього альвеолярного нерва ми спостерігали значну регресію симптомів порушення мандибулярного рефлексу, температурної теплової гіпералгізії, температурної холодової гіпералгізії, механічної статичної гіпералгізії, механічної динамічної гіпералгізії.

Одним із об'єктивних даних, що нами використовувались, був метод дослідження площі порушення тактильної, температурної та больової чутливості. Провівши порівняння площ порушення чутливості та динаміку їх змін, виявлено наступні показники (таблиця 3, рис. 1, рис. 2, рис.3).

Табл. 3.

ОБ'ЄКТИВНО	Група порівняння площа, см ²			Основна група площа, см ²		
	1-й день	7-й день	14-й день	1-й день	7-й день	14-й день
порушення тактильної чутливості	9,08±0,32	8,43±0,49	7,85±0,46	9,15±0,28	6,42±0,29	3,27±0,30
порушення температурної чутливості	9,01±0,32	8,47±0,45	7,75±0,35	9,1±0,24	6,28±0,24	3,11±0,32
порушення больової чутливості	8,95±0,34	8,35±0,28	7,71±0,34	9,03±0,21	6,25±0,22	2,95±0,30

Як видно з дослідження, в основній групі спостерігається значне зменшення площі порушень чутливості, тоді як в групі порівняння такого не спостерігається.

Висновки:

Таким чином, провівши аналіз динаміки скарг та об'єктивних даних при переломах нижньої щелепи в ділянці кута, що супроводжується пошкодженням нижнього альвеолярного нерва, було виявлено що:

Використання препарату Нуклео ЦМФ форте повністю знімає такі неприємні суб'єктивні симптоми, як відчуття печіння, алодинії (спотворені болі), відчуття поколювання, крампії (посмикування).

Даний препарат значно зменшує інтенсивність проявів всіх видів порушення чутливості в зоні іннервації нижнього альвеолярного нерва. Разом з цим мінімізує дізестезії в зоні іннервації (мандибулярного рефлексу, температурної теплової гіпералгезії, температурної холодової гіпералгезії, механічної статичної гіпералгезії, механічної динамічної гіпералгезії).

Наряду зі зменшенням інтенсивності, при використанні препарату Нуклео ЦМФ форте значно прискорюється зменшення площі порушення чутливості.

Отже, використання препарату Нуклео ЦМФ форте є оправданим в комплексній терапії переломів нижньої щелепи, що супроводжується клінічними проявами пошкодження нижнього альвеолярного нерва.

Планується розширити обсяг подальших досліджень використання препарату Нуклео ЦМФ форте при переломах нижньої щелепи, дослідивши його вплив на інші симптоми перелому щелепи з ушкодженням нижнього альвеолярного нерва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркер Р., Базади С., Нил М. Наглядная неврология: Учебное пособие / Р. Баркер, С. Базади, М. Нил / Пер. с англ. Г. Л. Левицкого; под ред. В. И. Скворцовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 136с.: ил.
2. Гусев Е. И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия: учебник в 2-х томах, том 1, с приложением на компакт-диске, 2-е изд., испр. и доп./ Е. И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 608с.: ил.
3. Карлов В. А. Неврология. Руководство для врачей. Издание 2-е, переработанное и дополненное. / В. А. Карлов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2002. – 638с.
4. Кенбаев В.О. Травматология челюстно-лицевой области. / В.О. Кенбаев–Шымкент, 2006 г.- 118 с.
5. Леснухин В.Л. Особенности диагностики, клінічного перебігу і лікування переломів нижньої щелепи, що супроводжуються пошкодженням нижнього альвеолярного нерва: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Л. Леснухин.- Київ, 2005. - 20 с.
6. Рыбалов О. В. Характеристика переломов костей лицевого скелета (по данным Полтавской областной клинической больницы) / О.В. Рыбалов, Мохаммед Эйд // Вопр. эксперим. и клинич. стоматологии. - 2003. - №6. - С. 130 - 131.
7. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Киев, 2012. - 1062 стр.
8. Тимофеев О.О., Весова О.П. Клініко-патофізіологічні підходи до класифікації уражень в системі трійчастого нерва / О.О. Тимофеев, О.П. Весова // Совр. стоматол. – 2010. №4 - С. 100-102



Рис. 1. Площа порушення чутливості. 1-й день.

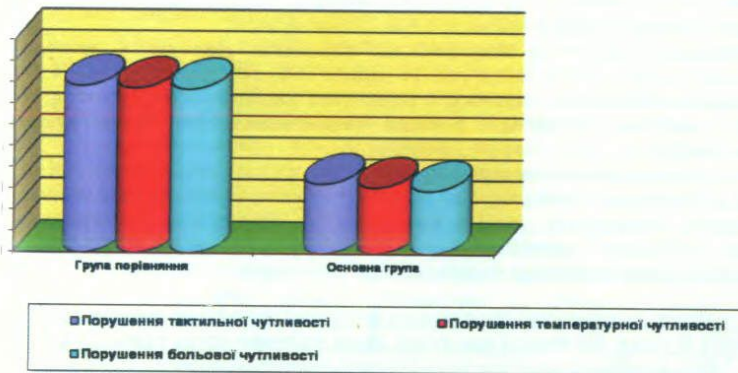


Рис. 2. Площа порушення чутливості. 7-й день.

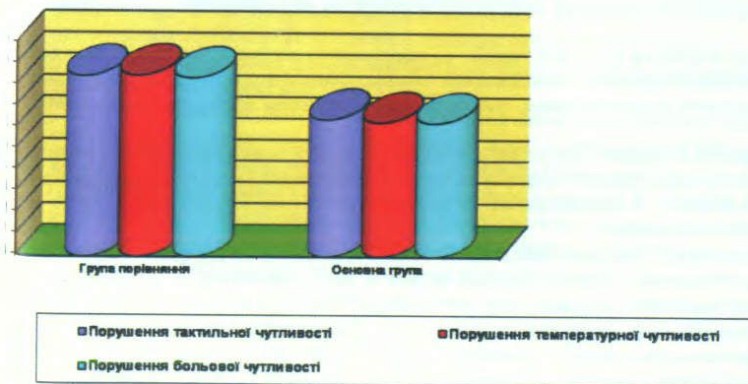


Рис. 3. Площа порушення чутливості. 14-й день.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА НУКЛЕО ЦМФ ФОРТЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ НЕЖНЕАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА.

А. С. Барило, Р. Л. Фурман

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова

Цель: сравнить клиническое течение и эффективность лечения переломов нижней челюсти, которые сопровождаются повреждением нижнеальвеолярного нерва, с использованием общепринятой схемы лечения, дополненной использованием препарата Нуклео ЦМФ форте.

Пациенты и методы: Проведено лечение 45 больных с ангулярными переломами нижней челюсти, которые сопровождались клиникой повреждения нижнеальвеолярного нерва. Клинический материал составили данные 45 пациентов, которые были разделены на 2 клинических группы: основная группа и группа сравнения. В основную группу вошли 25 пациентов, в группу сравнения - 20 пациентов. Разработан и внедрен ЛПК с использованием Нуклео ЦМФ форте в послеоперационном периоде.

Результаты: Обнаружена незначительная позитивная динамика в жалобах больных на дизестезивные симптомы в участке нижней челюсти в группе сравнения. В основной группе дизестезивные симптомы в конце срока наблюдения отсутствовали, а объективные симптомы нарушения функции нижнеальвеолярного нерва имели значительный регресс.

Выводы: Использование препарата Нуклео ЦМФ форте полностью снимает такие неприятные субъективные симптомы, как ощущение жжения, алодинии (искаженные боли), ощущение покалывания, крампии (подергивание). Рекомендованный препарат значительно уменьшает интенсивность проявлений всех видов нарушения чувствительности в зоне иннервации нижнего альвеолярного нерва.

КЛІНІЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ НУКЛЕО ЦМФ ФОРТЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ПОШКОДЖЕННЯМ НИЖНЬОЇ АЛЬВЕОЛЯРНОЇ НЕРВА.

О. С. Барило, Р. Л. Фурман

Винницкий национальный медицинский университет им. М. И. Пирогова

Мета: порівняти клінічний перебіг та ефективності лікування переломів нижньої щелепи, що супроводжується пошкодженням нижнеальвеолярного нерва, з використанням загальноприйнятої схеми лікування, доповненої використанням препарату Нуклео ЦМФ форте.

Пациенти і методи: Проведено лікування 45 хворих з ангулярними переломами нижньої щелепи, що супроводжувались клінікою пошкодження нижнього альвеолярного нерва. Розроблений та впроваджений ЛПК з використанням Нуклео ЦМФ форте в післяопераційному періоді.

Результати: Виявлено незначну позитивну динаміку в скаргах хворих на дизестезивні симптоми в ділянці нижньої щелепи в групі порівняння. В основній групі дизестезивні симптоми наприкінці терміну спостереження були відсутні, а об'єктивні симптоми порушення функції нижнеальвеолярного нерва мали значний регрес.

Висновки: Використання препарату Нуклео ЦМФ форте повністю знімає такі неприємні суб'єктивні симптоми, як відчуття печіння, алодинії (спотворені болі), відчуття поколювання, крампії (посмикування). Рекомендований препарат значно зменшує

інтенсивність проявів всіх видів порушення чутливості в зоні іннервації нижнього альвеолярного нерва.

ЗАЛЕЖНІСТЬ СТАНУ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ВІД АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОБЛИЧЧЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ.

О. С. Барило, Р. Л. Фурман

Винницкий национальный медицинский университет им. М. И. Пирогова

Вступ

Лікування переломів нижньої щелепи - одна з актуальних проблем щелепно-лицевої хірургії. В останні роки спостерігається тенденція не тільки до збільшення кількості таких хворих, але і до ускладнення перебігу травми. Кількість хворих з переломами нижньої щелепи залишається досить високою та складає 45- 90,9% серед ушкоджень кісток лицевого черепа [1, 6, 8]. Безумовно, така ситуація пов'язана з низкою причин: падіння життєвого рівня, зниження культурного рівня та загальносоматичного здоров'я населення, погіршення екологічного становища. Місцевий стан порожнини рота у людини, яка отримала перелом щелеп, також впливає на прогноз лікування. Гігієнічний стан порожнини рота, захворювання пародонту, карієс та його ускладнення - ось ті фактори, які впливають на ділянку перелома та погіршують стан хворих [4].

Загальновідомо, що у кожний хворий має особливість соматотипових антропометричних характеристик, таких як неповторна структура щелеп у відношенні розмірів, прикусу, особливості форми та величини зубів, дефектів та 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 антропологічного підходу до вирішення цих проблем значною мірою залежить від подальшого розвитку методів діагностики та лікування різних стоматологічних захворювань, зокрема лікування переломів щелеп. В наш час удосконалення методів діагностики, лікування та профілактики різноманітних стоматологічних захворювань не можливі без комплексного обстеження, які включають і антропометричні виміри [2, 9].

Поліпшення лікування хворих з переломами щелеп може бути досягнуте шляхом раннього прогнозування і попередження гнійно-запальних ускладнень та оптимізацією місцевої терапії. Це можливо досягти комплексом лікувальних заходів, які застосовують при госпіталізації пацієнта та суворим дотриманням особистої гігієни порожнини рота, що попереджує інфікування ділянки перелому. Основним джерелом інфікування залишається зубна бляшка та зубний наліт [3].

При наявності зубів, провідним методом лікування переломів щелеп залишається ортопедичний, а саме використання назубних шин. Відомо, що наявність шин та гумових кілець сприяють більшому утворенню та відкладенню зубного нальоту, а показники гігієнічного стану порожнини рота у хворих з переломами щелеп суттєво відрізняються від аналогічних показників здорових людей. Це стосується, як періоду користування шинами, так і 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 [5, 7].

Тому для досягнення бажаного успіху в терапії переломів щелеп, з метою попередження гнійно-запальних ускладнень, важливо налагодити систему гігієнічного догляду за порожниною рота протягом всього періоду лікування.