



**ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Запорізький державний медичний університет**



Асоціація стоматологів Дніпропетровської області

Асоціація стоматологів Запорізької області

**П'ята (V) Міжнародна науково-практична
конференція
«Стоматологія Придніпров'я»**

19 квітня 2019

Дніпро-Запоріжжя

ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*Присвячено 80-ти річчю заслуженого діяча
науки і техніки України, д. мед.н. проф. Ігоря Сергійовича Мащенко.*

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

П'ята (V) МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«СТОМАТОЛОГІЯ ПРИДНІПРОВ'Я»

Збірник наукових праць

Дніпро
Запоріжжя
2019

УДК 616.31

Редакційна колегія: проф. А.В.Самойленко (відп. ред.), проф А.А. Гудар'ян, проф. О.А. Глазунов, проф. І.В. Ковач, проф. О.А. Фастовець, проф. Н.Г. Баранник, д.мед.н. доц. О.В. Возний, доц.Н.Г. Ідашкіна, ас. Матвеєнко Л.М.

П'ята (V) Міжнародна науково-практична конференція «Стоматологія Придніпров'я»: зб.наук.пр. /Редкол.: А.В. Самойленко (відп. ред.) та ін.; ДЗ «Дніпропетровська мед. академія МОЗ України». – Дніпро; ДЗ «ДМА МОЗУ», 2019. –с.190

У збірнику наукових праць наведені матеріали Першої (V) Міжнародної науково-практичної конференції «Стоматологія Придніпров'я», яка відбулась 19 квітня 2019 року. Представлені роботи присвячені питанням профілактики, діагностики та лікування основних стоматологічних захворювань з відображенням еспериментальних, теоретичних, клінічних та науково-методичних питань сучасної стоматології.

Наукові дослідження були виконані на кафедрах стоматологічного профілю та суміжних дисциплін медичних ВНЗ, а також в закладах практичної охорони здоров'я.

УДК 616.31

© ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 2

Гудар'ян О. О., Ідашкіна Н. Г., Маджді Аліакбар.
НЕДОЛІКИ СТАНДАРТНОГО ВИКОРИСТАННЯ БРЕКЕТ-ТЕХНІКИ В
ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра хірургічної стоматології, імплантології та пар одонтології. Україна

Актуальність. Загальновідомо, що назубні шини мають широке застосування в світовій практиці і до 90 % переломів нижньої щелепи в межах зубного ряду лікують методом двощелепного шинування [1,2]. Останнього часу все більшої популярності набувають методи лікування переломів нижньої щелепи з використанням адгезивної брекет-техніки для фіксації відламків [3,7]. Не викликають сумнівів певні переваги, що пов'язані зі зменшенням травматичності, кращою гігієнічністю [4,8], однак відсутність всебічного аналізу результатів застосування цієї методики лікування у хворих з переломами нижньої щелепи, невизначеність показань та протипоказань до використання адгезивної брекет-техніки під час фіксації відламків, значно обмежують можливість її практичного впровадження [5].

Загальновідомо що існуючі рекомендації проведення ручної репозиції відламків нижньої щелепи та подальшого накладення назубних шинуючих пристроїв будь-якої конструкції не дозволяють зберегти вірне зіставлення відламків, через те що під час шинування відламки знов зсуваються [6]. Закріплені шини стабілізують невірне положення відламків з утворенням сходинки по нижньому краю щелепи. Як наслідок, ми спостерігаємо недостатню репозицію відламків та порушення прикусу, яке неможливо виправити неінвазивними методиками. Нажаль даних що стосуються якості репозиції відламків під час використання саме брекет-техніки в сучасній літературі ми не знайшли.

Мета роботи: визначення недоліків в лікуванні хворих з переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду при стандартному використанні брекет-техніки та розробка показань для її застосування.

Матеріал і методи дослідження: У 26 хворих, віком від 18 до 58 років з переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду провели лікування методом двощелепного шинування із застосуванням стандартної методики з використанням брекет-техніки. Методика передбачала фіксацію брекетів на зуби верхньої та нижньої щелепи, одномоментну ручну репозицію відламків нижньої щелепи із подальшим накладенням ортодонтичної дуги, співставлення оклюзії та міжщелепне еластичне витягування. Клінічне обстеження хворих здійснювали за схемою, до якої увійшли збір та вивчення скарг, анамнезу життя, анамнезу захворювання, проведення зовнішнього огляду обличчя, порожнини рота, зубів, прикусу, пальпація, оцінка прикусу за восковими шаблонами (окклюзіограма), панорамне рентгенографічне обстеження, фотореєстрація. Всі пацієнти звернулися по допомогу в строки до 3 днів після

травми. Шинування здійснювали у першу добу після звернення. Обстеження проводили в три етапи. В день госпіталізації (до шинування), на 2 та 21 дні після репозиції.

Результати: У 20 (76,9 %) пацієнтів, лікування яких здійснювали із застосуванням стандартної методики з використанням брекет-техніки, ефективність репозиції була неповною. Були виявлені наступні клінічні недоліки: зміщення одного з фрагментів донизу, заходження відламків по вертикальній площині та утворення кісткового уступу по нижньому краю щелепи, відсутність контакту с антагоністами для зубів одного з відламків. У всіх цих випадках залучалися до додаткової репозиції та фіксації або шляхом перешинування (у 6 пацієнтів), або з використанням остеосинтезу (у 14 пацієнтів), залишаючи брекети як засіб тимчасової іммобілізації.

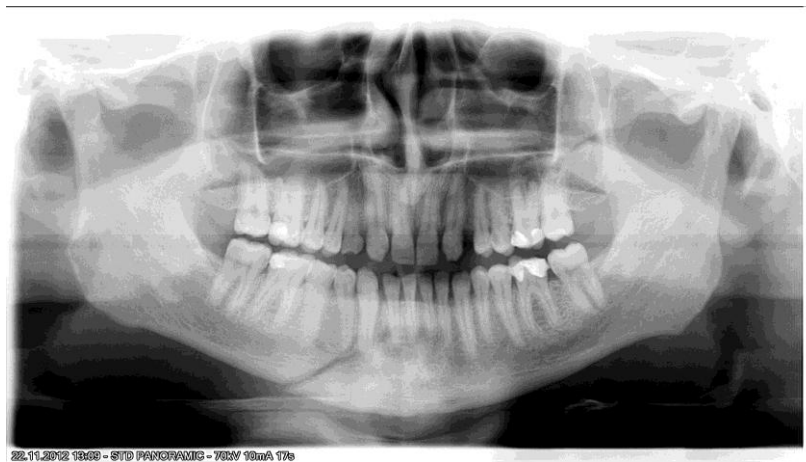


Рис. 1. Ортопантограма пацієнта Т., 26 років до шинування. Спостерігається зміщення відламків з формуванням «сходи́нки» по нижньому краю щелепи

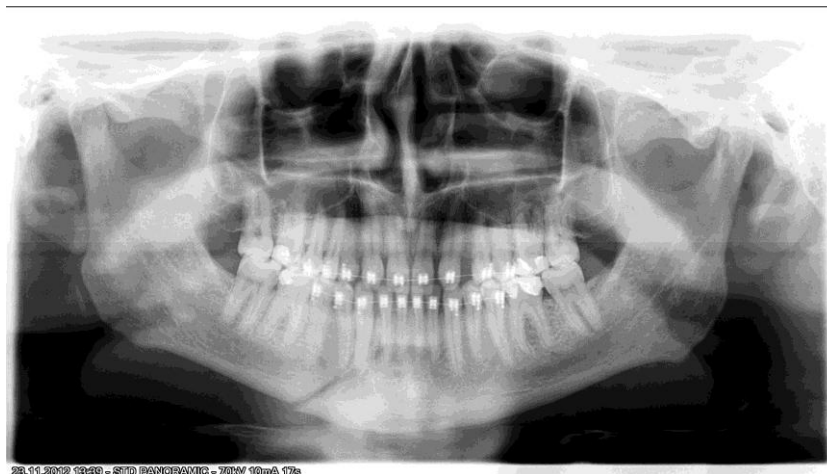


Рис.2. Ортопантограма того ж пацієнта, на 2-гу добу після шинування з використанням брекет-техніки. Репозиція недостатня, «сходи́нка» по нижньому краю щелепи зберігається

Лише у 6 (23,1 %) пацієнтів репозиція виявилася задовільною, однак слід відзначити, що значного зсуву відламків в цих випадках не спостерігалось.

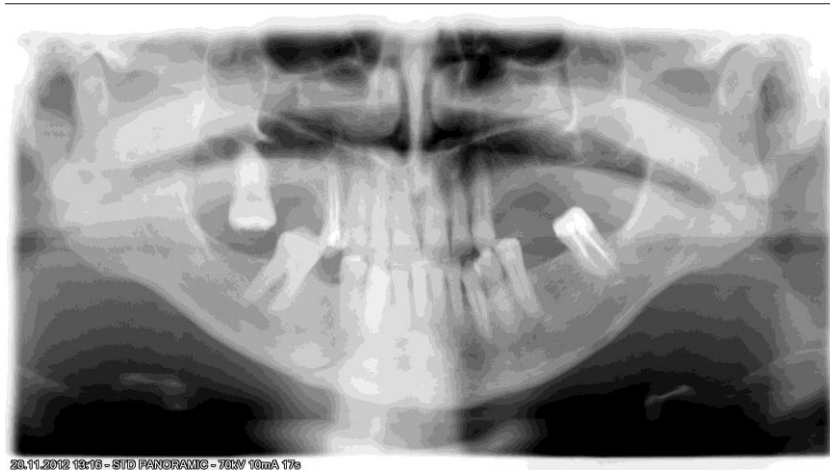


Рис.3. Ортопантограма пацієнта С., 37 років до шинування. Зсув відламків відсутній, значних порушень прикусу немає

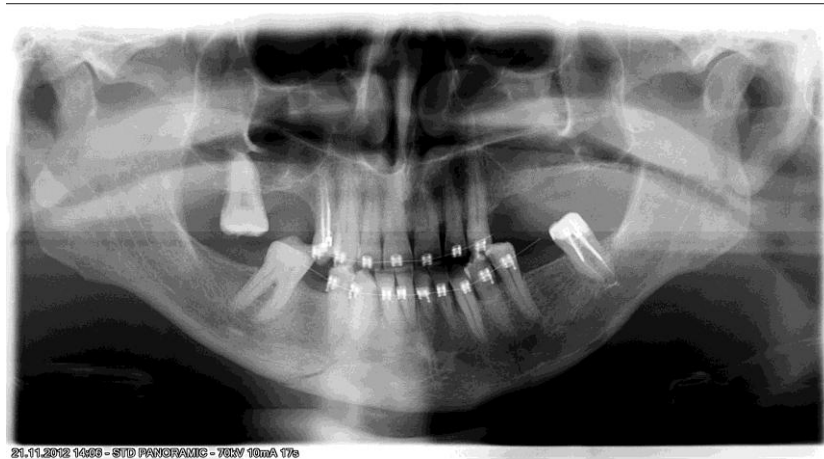


Рис. 4. Ортопантограма того ж пацієнта, на 2-гу добу після шинування з використанням брекет-техніки. Репозиція задовільна.

Загалом використання брекет-техніки для двощелепного шинування довело безперечні переваги. На відміну від традиційних назубних шин, за такий

спосіб скорочується тривалість шинування, покращуються гігієнічні показники, конструкція не торкається до слизової оболонки коміркового відростку, ясенних сосочків, не травмує, не стискує та не подразнює їх, не сприяють каріозному та не каріозному пошкодженню твердих тканин зубів, запальним захворюванням тканин пародонту або загостренню пародонтиту. Але за такий спосіб існує високий ризик повторного зміщення відламків під час накладання шин та подальшої фіксації відламків у невірному співвідношенні, не можливо здійснити післяопераційну корекцію положення відламків, що заважає достатній клінічній ефективності. Саме тому перспективним виглядає шлях удосконалення двощелепного шинування із застосуванням методики з використанням брекет-техніки.

Висновки: 1. При лікуванні переломів нижньої щелепи із застосуванням стандартної брекет-техніки неможливо зберегти чітку репозицію під час фіксації шинуючої конструкції, а закріплені шини стабілізують невірне співвідношення відламків і зубів в прикусі та не дають змоги в подальшому керувати репозицією в процесі лікування.

2. Стандартне використання брекет-техніки показано для лікування хворих з переломами нижньої щелепи лише за умов відсутності зсуву відламків та порушень прикусу.

Демчина Г. Р.

КОРЕКЦІЯ ЗАГОЄННЯ ПЕРІАПІКАЛЬНОГО РОЗРІДЖЕННЯ КІСТКИ ПІСЛЯ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ОСНОВІ ТРАНСДУКЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра терапевтичної стоматології, Львів, Україна

Актуальність. Репаративні процеси в кістковій тканині мають багаторівневу організацію, і залежать, в першу чергу, від метаболічних процесів, контрольованих гормонами та гуморальними речовинами – естрогенами, тироїдними гормонами, паратгормоном, 1,25-дигідрокальциферолом, гормоном росту, інсуліном та інсуліноподібним фактором росту-I. Регенерацію кісткової тканини в періапикальній ділянці альвеолярних відростків щелеп головним чином пов'язують з якістю ендодонтичного лікування зубів. Полімікробна флора кореневих каналів, побічні продукти метаболізму, які зумовлюють виділення протеолітичних ензимів, ліпополісахаридів, коротколанцюгових жирних кислот, здатні безпосередньо або опосередковано через стимуляцію продукції інтерлейкіну-1 спричиняти резорбцію кістки. Тому повна діагностика системи кореневих каналів, механічне усунення інфікованих тканин ендодонту, повноцінна ірригація антисептиками з наступною обтурацією кореневих каналів створює умови до загоєння періапикального розрідження. На цьому етапі кістка може