



**Cuiavian University in Wloclawek**

International scientific and practical conference

**PROSPECTS FOR THE DEVELOPMENT OF MEDICINE  
IN EU COUNTRIES AND UKRAINE**

December 21–22

**Wloclawek,  
Republic of Poland  
2018**

International scientific and practical conference «Prospects for the development of medicine in EU countries and Ukraine» Włocławek, Republic of Poland, December 21–22, 2018. Włocławek: Izdevniecība «Baltija Publishing», 2018. 140 pages.

#### ORGANISING COMMITTEE

dr **Marek Zieliński**, Dean of the Faculty of Health Sciences of Cuiavian University in Włocławek;

prof. dr hab. **Waldemar Jędrzejczyk**, Faculty of Health Sciences of Cuiavian University in Włocławek;

prof. dr hab. **Ludwik Malendowicz**, Faculty of Health Sciences of Cuiavian University in Włocławek.

Each author is responsible for content and formation of his/her materials.  
The reference is mandatory in case of republishing or citation.

## **СПОВІЛЬНЕНА КОНСОЛІДАЦІЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ: ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ**

**Ідашкіна Н. Г.**

*кандидат медичних наук, доцент,  
завідувач кафедри хірургічної стоматології, імплантології  
та пар одонтології*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
м. Дніпро, Україна*

Як показав аналіз сучасної літератури, увагу дослідників все частіше прикуто до питань, що пов'язані з лікуванням переломів нижньої щелепи (ПНЩ) та профілактикою ускладнень їх репарації. Не може не викликати занепокоєння той факт, що протягом останніх 30-40 років строки консолідації переломів зросли у 1,5-2 рази. Це призводить до подовження термінів непрацездатності та збільшення витрат на лікування [1, с. 22-24; 2, с. 63-64 ].

В цьому форматі слід зазначити, що розв'язання даної проблеми ще дуже далеко від свого остаточного вирішення. Місцеві причини сповільненої консолідації (СК) виникають, як правило, в момент травми або на початкових етапах лікування, але адекватна медична допомога часто запізнюється і починає надаватися в той момент, коли процеси регенерації кістки виснажені і порушені [5, с.30-32]. В той же час загальним чинником виникнення ускладнень репарації у клініці щелепно-лицевої хірургії приділяється недостатня увага [3, с. 257-258]. Комплекс обстеження хворих з даною патологією за існуючими протоколами в більшості випадків включає клінічне та рентгенологічне дослідження, що не дозволяє зробити достовірний прогноз виникнення ускладнень консолідації ПНЩ та забезпечити адекватний та своєчасний вибір методу лікування [4, с. 197]. Вважаємо, що тільки персоніфікований підхід до пацієнтів з ПНЩ та багатофакторна оцінка ризиків виникнення СК, з подальшим диференційованим вибором послідовності, строків та методів лікування зможуть забезпечити неускладнений перебіг репаративного остеогенезу на всіх етапах загоєння кісткової рани.

В нашому дослідженні ми дотримувалися наступної мети: покращення ефективності лікування хворих з переломами щелеп шляхом комплексного аналізу системних факторів розвитку СК ПНЩ, визначення особливостей патогенезу та основних напрямків по вдосконаленню діагностичних, профілактичних та лікувальних заходів.

Для визначення структури та частоти виникнення ускладнень, а також встановлення злободенності проблеми СК у пацієнтів з ПНЩ, нами проведено ретроспективний аналіз 1647 історій хвороб пацієнтів з такою патологією, які знаходились на лікуванні в щелепно-лицевому відділенні КЗ «Дніпропетровська обласна лікарня ім. Мечникова» у 2008-2012 роках.

Клінічний матеріал ґрунтується на дослідженні у 74 пацієнтів із проблемною консолідацією ПНЩ, які були відібрані за період з 2010 по 2016 рр. на

прийомі у стоматологічному відділенні поліклініки ДЗ «ДМА МОЗ України», куди вони були скеровані з клінічних установ за місцем мешкання по закінченні терміну лікування ПНЩ, тобто через 1 місяць після здійсненої в стаціонарних умовах репозиції та фіксації відламків, але з збереженою рухливістю відламків в зоні перелому. Таким чином, діагноз сповільнення зрощення ПНЩ за таких умов був результуючим та встановлювався на момент закінчення іммобілізаційного періоду. Лікування 54 хворих здійснювали методом двощелепного шинування, у 20 хворих було використано метод остеосинтезу титановими мініпластинами. До вибірки увійшли тільки хворі із задовільною якістю первинної репозиції (підтвердженої на рентгенограмах відразу після шинування). Серед досліджуваних було 71 чоловік та 3 жінки, віком від 21 до 60 років (середній вік  $29 \pm 5,9$  років).

Також клінічний матеріал ґрунтується на обстеженні 72 пацієнтів з ПНЩ віком від 22 до 63 років, що перебували на стаціонарному лікуванні у щелепно-лицевому відділенні КЗ «Дніпропетровська обласна лікарня ім. Мечникова» у 2010-2016 рр., серед яких було 64 чоловіка (88,9 %) та 8 жінок (11,1 %).

Головним критерієм включення до дослідження були клінічні ознаки ПНЩ за винятком локалізації зламу у ділянці виросткового та/або вінцевого відростків. Критеріями виключення були: наявність супутньої соматичної патології у нестабільній або декомпенсованій формі, наявність алергічних реакцій в анамнезі, психічні розлади, епілепсія, небажання пацієнта брати участь у дослідженні. Для точності порівняльної оцінки клінічних методів дослідження ушкоджених тканин до дослідження увійшли хворі тільки з одnobічними ПНЩ.

Комплексне клініко-лабораторне обстеження всіх хворих відповідало етичним принципам проведення наукових медичних досліджень за участю людини, які визначені у декларації Гельсінкської Всесвітньої медичної асоціації (1964-2000). Добровільна письмова інформована згода на участь у проведенні обстеження була обов'язковою для всіх пацієнтів.

В ході проведених досліджень були сформульовані наступні практичні рекомендації:

1. Базисна програма з догляду за хворими із СК ПНЩ повинна включати оптимізацію процесів остеогенезу остеотропними препаратами, усунення підвищення процесів вільнорадикального окиснення ліпідів антиоксидантами і корекцію синтезу цитокінів та імуноглобулінів імуномодуляторами.

2. До комплексної терапії та профілактики СК ПНЩ слід залучати збагачений тромбоцитами фібрин (ЗТФ). Для його виготовлення в скляну пробірку проводять забір 10-20 мл венозної крові пацієнта і піддають одноразовому центрифугуванню протягом 10,0-10,5 хв з відцентровим прискоренням 400-450 g. При заборі з пробірки в шприц відбирають рідку плазму, змішуючи її з фібрином, багатим на тромбоцити, таким чином їх концентрація стає середньою для двох фракцій і отримують багатий тромбоцитами фібрин в обсязі 1,0 – 2,0 мл. Ін'єкції 1,0 мл ЗТФ здійснюють після антисептичної обробки порожнини рота розчином 0,02 % хлоргексидину біглюконату та вводять під слизову оболонку на протязі щілини ПНЩ.

3. Для забезпечення сприятливого перебігу репаративного остеогенезу за типом первинно відтермінованого зрощення слід залучати додаткове

ін'єкційне введення rhBMP-2 (Bone Morphogenetic Protein). Розчин rhBMP-2 готують відповідно до інструкції, дотримуючись вимог стерильності: за допомогою одноразового шприцу додають 0,2 мл фізіологічного розчину у флакон з 0,25 г порошку BMP до повного розчинення, набирають отриману рідину до шприцу. Після антисептичної обробки порожнини рота розчином 0,02 % хлоргексидину біглюконату, ін'єкційним шляхом, під окістя, уздовж щілини ПНЩ одноразово вводять 0,2 мл розчину rhBMP-2.

4. У пацієнтів з ПНЩ для визначення ступеня ризику виникнення СК доречно використовувати розроблені карту-опитувальник та бальну систему оцінки. У разі поєднання загальних та місцевих чинників порушень репаративного остеогенезу у одного хворого під час оцінки ступеня ризику виникнення СК ПНЩ висновок слід робити за гіршим з показників.

5. У пацієнтів із запальними ускладненнями ПНЩ для зниження антибіотиконавантаження слід використовувати фотодинамічну терапію, яка має виражену бактеріостатичну та місцеву імуномодельюючу дію.

6. У пацієнтів груп ризику розвитку СК ПНЩ слід використовувати ін'єкції 0,5 мл 3,5% гіалуринової кислоти під окістя, уздовж щілини зламів, одноразово, на 7-му добу після травми.

7. Для своєчасної діагностики та профілактики СК у пацієнтів з ПНЩ слід використовувати розроблений персоніфікований алгоритм, що передбачає клініко-лабораторний моніторинг при зверненні та на 3-ю, 7-у, 14-у, 21-у добу.

8. У пацієнтів з ПНЩ з групи ризику розвитку СК слід надавати перевагу малоінвазивним хірургічним методикам операцій (внутрішньоротовому полімеростеосинтезу, трансальвеолярній системі фіксації за допомогою розробленої Ш-подібної пластини за умов часткової або повної адентії НЩ).

### Література:

1. Матрос-Таранец І.Н., Алексеев С.Б., Калиновский Д.К., Абу Халиль М.Н., Дадонкин Д.А. Осложнения травматических повреждений челюстно-лицевой области: инфраструктура, предпосылки возникновения, лечение. *Вестник гигиены и эпидемиологии*. 2001. Т. 5. № 1. С. 21-25.

2. Аветіков Д.С., Локес К. П., Ставицький С. О., Яценко І. В., Розколупа О. О. Переломи нижньої щелепи: аналіз частоти виникнення, локалізації та ускладнень. *Вісник проблем біології та медицини*. 2014. Т. 3. № 3. С. 63-64.

3. Нагірний Я.П. Шляхи оптимізації репаративного остеогенезу у хворих з травматичними переломами нижньої щелепи: дис. ... доктора мед. наук: 14.01.22 / Тернопіль, 2008. 298 с.

4. Дорохин А.И. Комплексное лечение переломов костей у детей, осложненных нарушениями консолидации (клинико-экспериментальное исследование): дис. ... доктора мед. наук: 14.00.22 / Москва, 2005. 227 с.

5. Петров М.А. Прогнозирование и лечение нарушений репаративного остеогенеза у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.35 / Москва, 2006. 34 с.