

## СТАН МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ДТЕЙ ІЗ СЕНСОРНИМИ ДЕФЕКТАМИ

Редька І.В., Шмалей С.В.

Встановлено, що при сенсорному дефекті спостерігаються зміни мозкового кровоотоку, які можуть бути як неспецифічними, так і модально-специфічними. Найбільших змін зазнає церебральна гемодинаміка у вертебро-базиллярному басейні і правій гемісфері.

Ключові слова: слабозорі та слабочуючі діти, мозковий кровообіг.

Стаття надійшла 24.02.2011 р.

## CONDITION OF BRAIN BLOOD CIRCULATION AT CHILDREN WITH SENSORY DEFECTS

Redka I.V., Shmalyey S.V.

Sensory defect is accompanied by variations of a brain blood-groove which can be both nonspecific, and modal-specific. The greatest variations undergoes cerebral hemodynamics in vertebro-basilar area and right hemisphere.

Keywords: visually impaired and children with hearing defect, brain blood circulation.

УДК 616.716. 4 – 001.5 – 089.84

І.І. Дзаченко, Н.І. Міланська  
ВДНЗ України „Українська медична стоматологічна академія” м. Ілзав, Дніпропетровська державна  
медична академія, м. Дніпропетровськ

## НЕДОЛІКИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В МЕЖАХ ЗУБНОГО РЯДУ ДРОТЯНИМИ ШИНАМИ

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів з переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду та їх рентгенологічних плівок. На підставі узагальнення отриманих результатів виявлено ряд недоліків, що виникають при застосуванні двощелепного шинування дротяними шинами з зачіпними гачками, що слід враховувати в повсякденній клінічній практиці.

**Ключові слова:** перелом нижньої щелепи, лікування, недоліки.

Робота виконана в рамках науково-дослідної роботи ВДНЗ України „Українська медична стоматологічна академія”: „Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації та профілактики вроджених та набутих захворювань, дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки”, (номер державної реєстрації 0105U004081).

Кількість хворих із переломами нижньої щелепи (НЩ) постійно зростає та складає 72-91% серед усіх травм кісток обличчя - слід звернути увагу що це найбільш працездатна група населення (переважний вік від 18 до 45 років) [1,3,4]. Однак, незважаючи на розвиток сучасних методів діагностики, лікування та реабілітації кількість ускладнень у хворих із переломами нижньої щелепи залишається досить високою [5,6]. Насамперед, це пов'язано з недосконалістю методів репозиції та закріплення відламків нижньої щелепи, певними медичними та соціально-економічними факторами. У цьому форматі значно підвищується роль постійного аналізу досвіду застосування існуючих методів лікування та обґрунтування оптимальних шляхів їх удосконалення.

**Метою** роботи було визначення недоліків в діагностиці та лікуванні хворих з переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду.

**Матеріал та методи дослідження.** Ми здійснили ретроспективний аналіз історій хвороб та рентгенограм травмованих пацієнтів зі зломом НЩ в межах зубного ряду, які знаходились на лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії Дніпропетровської обласної лікарні ім. І.І. Мечникова з 1997 по 2006 роки. Діагностика травматичних ушкоджень НЩ складалась з рентгенографічного обстеження у прямій та бічній проекціях [2]. В 24 % випадків здійснювали первинне панорамне рентгенографічне дослідження, а в сумнівних і складних випадках виконували комп'ютерну томографію (КТ). Контрольне рентгенівське обстеження виконували на 3-7 добу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За десятирічний період загальна кількість хворих з переломами НЩ склала 2711 і у 668 пацієнтів (24,6%) були діагностовані однібічні переломи НЩ в межах зубного ряду, частота яких наведена в табл. 1. У більшості випадків переломи відбувались внаслідок побутової травми - до 68 %. На другому місці - травми, набуті під час ДТП (до 28%). Виробничі та спортивні травми склали однакову кількість спостережень (по 2%). Переважна більшість хворих з переломами НЩ були госпіталізовані в гострому періоді - 96 % (2603 хворих) і проліковані консервативно 2521(93%), у 190 хворих (7%) вдалися до хірургічного втручання (остеосинтезу). Консервативне лікування складалося з двощелепного шинування дротяними шинами Тігерштедта з зачіпними гачками та міжщелепною гумовою тягою - у 2244 хворих (89%). У 277 хворих (11%) шинування здійснювали стандартними стрічковими шинами Васильєва.

Таблиця 1

**Частота однібічних ушкоджень нижньої щелепи**

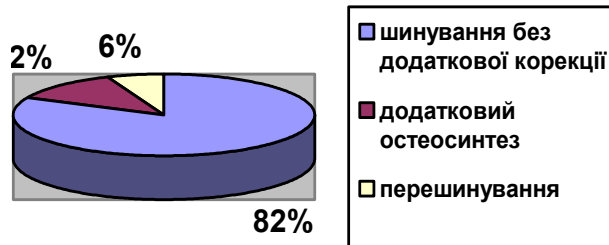
Рік	Кількість зламів НЩ за	Кількість зламів НЩ в межах зубного ряду за рік
-----	------------------------	---

	рік	абс.	%
	1997	266	111 (41,7%)
	1998	245	80 (32,6%)
	1999	293	72 (24,6%)
	2000	294	83 (28,3%)
	2001	262	83 (31,6%)
	2002	273	43 (15,7%)
	2003	247	44 (17,8%)
	2004	261	30 (11,5%)
	2005	296	63 (21,2%)
	2006	274	59 (21,5%)
загалом	2711	668	(24,6%)

Під час контрольного рентгенологічного обстеження були виявлені випадки неефективної репозиції відламків НЩ і превальювали наступні клінічні недоліки: недостатнє зміщення одного з фрагментів доверху, заходження відламків по вертикальній площині та утворення кісткового уступу по нижньому краю щелепи. На рентгенограмах визначалася явна щілина перелому, зміщення фрагментів нижньої щелепи та відсутність контакту зубів малого фрагменту з зубами верхньої щелепи (рис. 1 – 3). В таких випадках вдавалися до перешинування у 151 хворого (6%) або до хірургічного методу лікування в 302 випадків (12%) (діаг. 1).



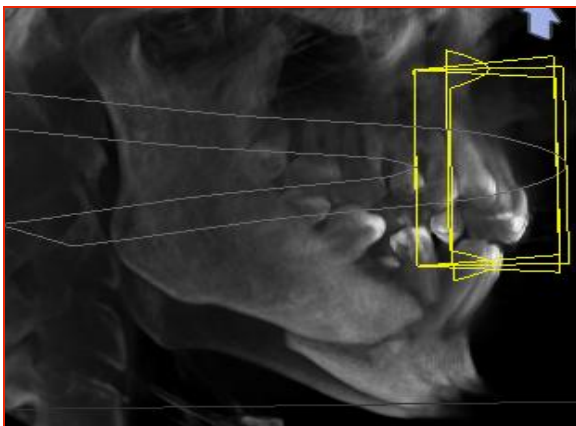
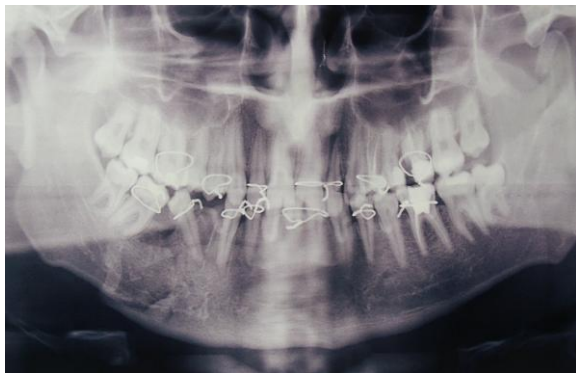
Розподіл хворих, пролікованих з використанням назубних шин



На нашу думку, основною причиною неповної репозиції відламків була недосконалість існуючих методик двощелепного шинування. Мова йде про те, що при накладанні назубних шин С.С. Тігерштедта або стандартних шин В.С. Васильєва неможливо зберегти те положення відламків, якого намагаються досягти шляхом попередньої ручної репозиції. Під час накладання шин відбувається повторний зсув відламків щелепи. Надалі жорстко закріплені шини стабілізують невірне співвідношення відламків і зубів у прикусі. Для зменшення жорсткості фіксації у 20 пацієнтів нижню шину довелося розпилювати на рівні щілини перелому та повторно здійснювати репозицію кожного з фрагментів. Проте така методика, що заснована на роз'єднанні шин, не запобігає зсуву відламків нижньої щелепи у сагітальній площині та у більшості випадків потребує додаткової фіксації. Слід відзначити, що за допомогою традиційних стандартних методик рентгенографічного дослідження не завжди можливо достовірно встановити ступінь зміщення відламків та діагностувати заходження відламків у сагітальній площині. Вищенаведене наочно ілюструє наступний клінічний випадок. Хворий П., (і.х. №9417), 26 років. Госпіталізований до відділення щелепно-лицевої хірургії 2.12.2008 р. з діагнозом: Перелом нижньої щелепи в ділянці 44 зуба. Травма одержана в дорожньо-транспортній пригоді. 2.12.2008 р. була здійснена ручна репозиція відламків та накладені гнуті дротяні шини Тігерштедта з міжщелепними тягами. 6.12.2008 р. виконане контрольне рентгенографічне дослідження – ортопантограма (рис. 4), яка засвідчила, що стан відламків та репозиція на панорамному знімку задовільні. Хворий виписаний з відділення на амбулаторне лікування 11.12.2008 р. Назубні шини та міжщелепне еластичне витягування зберігалися 28 днів та по закінченні курсу лікування були зняті в поліклініці за місцем проживання, зроблена

ортопантограма (рис. 5), але вже 20.01.09 р. він звернувся до клініки хірургічної стоматології зі скаргами на порушення прикусу, відсутність контакту зубів-антагоністів в ділянці 44, 46, 47 зубів. Зроблена КТ, на підставі результатів якої діагностовано відсутність правильної репозиції відламків та їх зміщення в сагітальній площині (рис. 6, 7).

Дані ретроспективного аналізу архівних історій хвороб та наведений клінічний випадок демонструє, що використання стандартних рентгенографічних методів не надає точної картини зміщення відламків, а загальноприйнята методика лікування переломів НЩ з використанням назубних дротяних шин Тігерштедта та Васильєва не дозволяє в повній мірі здійснити чітку репозицію фрагментів нижньої щелепи та відновити повноцінний прикус зубів. Віддалені результати лікування за термін від 3 до 6 місяців оцінити досить складно через те, що у разі порушення прикусу та відсутності контакту зубів-антагоністів після зняття шин пацієнти звичайно звертаються до стоматологів за місцем проживання та відновлення прикусу здійснюється в амбулаторних умовах. За таких обставин щілину між зубами-антагоністами найчастіше ліквідують шляхом пришліфовування горбків зубів на протилежній стороні щелепи. Такий підхід надалі шкідливо відбивається не тільки на стані твердих тканин зубів, але й може призводити до перерозподілу навантаження на пародонт і дисфункції з боку СНЩС. У разі розвитку у пацієнтів ускладнень у вигляді запальних процесів вони потрапляли до стаціонару вже з діагнозом травматичний остеомієліт, що не входило у вибірку нашого аналізу.



Базуючись на аналізі історій хвороб, даних рентгенограм та комп'ютерної томографії хворих з переломами НЩ в межах зубного ряду ми визначили такі типові клінічні випадки:

- первинне рентгенологічне обстеження хворих з переломами нижньої щелепи проводиться лише у 24% випадків, що негативно позначається на якості репозиції кісткових відламків при шинуванні;
- переломи нижньої щелепи в межах зубного ряду, із заходженням відламків по вертикальній площині та утворення кісткового уступу по нижньому краю щелепи;
- переломи нижньої щелепи в межах зубного ряду, з розходженням відламків у горизонтальній площині та утворенням хибного дефекту зубного ряду;
- переломи нижньої щелепи в межах зубного ряду, із заходженням відламків у сагітальній площині за рахунок чого один з відламків вивертається «назовні», тоді як другий відламок зміщується в язичний бік, відламки заходять один за один.

**Висновки**

1. Існуючі методики проведення ручної репозиції відламків щелепи не дозволяють зберегти вірне зіставлення відламків при наступному накладенні назубних шин С.С. Тігерштедта або стандартних шин В.С. Васильєва через те, що під час накладення шин відламки знов зсовуються;
2. Жорстко закріплені шини стабілізують невірне співвідношення відламків і зубів в прикусі та не дають змоги в подальшому керувати репозицією в процесі лікування;
3. Зменшення жорсткості фіксації за рахунок роз'єднання шини на рівні щілини перелому дозволяє провести

додаткову корекцію положення фрагментів щелепи та отримати задовільне зіставлення відламків, але не попереджає зміщення відламків щелепи в сагітальній площині;

4. Стандартні рентгенографічні методи дослідження в більшості випадків не надають точної картини зміщення відламків при переломах НЩ в межах зубного ряду. Найбільш складно визначити заходження відламків у сагітальній площині, тому доцільно визначити чіткі показання до використання додаткових методів дослідження, зокрема комп'ютерної томографії.

*Перспективи подальших розробок в даному напрямку. Врахування виявлених недоліків в діагностиці та лікуванні хворих з переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду за допомогою назубних дротяних шин може забезпечити, в певній мірі, оптимізацію діагностично-лікувального процесу у повсякденній клінічній практиці хірургів-стоматологів.*

#### Література

1. Алексеев С.Б. Реабілітація постраждалих з переломами нижньої щелепи із застосуванням пелоідотерапії: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / С.Б. Алексеев. - Полтава, 2003. - 22 с.
2. Рабухина Н.А., Чупрынина М.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М., 1991. – 368с.
3. Bakardjiev A. Maxillofacial fractures in Southern Bulgaria – A retrospective study of 1706 cases / A. Bakardjiev, P. Pechalova // J. Cranio-Maxillofac. Surg. – 2007. - Vol. 35, Issue 3. - P. 147-150.
4. Sakr K. Review of 509 mandibular fractures treated at the University Hospital, Alexandria, Egypt / K. Sakr, I.A. Farag, I.M. Zeitoun // Br. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2006. - 44(2). – P. 107-111.
5. Dodson T.B. Complication rates associated with different treatments of mandibular fractures / T.B. Dodson // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2000. – V. 58, № 3. – P. 280-281.
6. Moreno J.C. Complication rates associated with different treatments for mandibular fractures / J.C. Moreno, A. Fernández, J.A. Ortiz // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2000. – V. 58, № 3. - P. 273-280.

#### Резюме

#### НЕДОСТАТКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПРЕДЕЛАХ ЗУБНОГО РЯДА ПРОВОЛОЧНЫМИ ШИНАМИ

Ткаченко П.И., Идашкина Н.Г.

Проведен ретроспективный анализ архивных историй болезни пациентов с переломами нижней челюсти за десять лет, которые находились на лечении в Днепропетровской областной больнице им. И.И. Мечникова за период с 1997 по 2006 годы. Результаты исследований позволили установить, что частота переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда составляет 24,6 % и 2521 больной (93%) пролечен консервативно. Проведенные рентгенологические исследования в динамике наблюдения позволили выявить наиболее часто встречающиеся недостатки метода двучелюстного шинирования проволочными шинами с зацепными петлями.

Ключевые слова: перелом нижней челюсти, лечение, недостатки.

Стаття надійшла 25.02.2011 р.

#### DISADVANTAGES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF MANDIBLE FRACTURES WITHIN A DENTITION WIRE SPLINTS

Tkachenko P.I., Idashkina N.G.

The retrospective analysis of archival case history of patients with mandible fractures for ten years which were on treatment in the Dnepropetrovsk regional hospital of I.I. Mechnikova from 1997 for 2006 is made. Results of the spent researches have allowed to establish, that frequency of fractures of a mandible within a dentition makes 24,6 % and 2521 patients (93 %) is treated conservatively. The spent X-ray inspections in dynamics of observation have allowed to tap most often meeting disadvantages of a method inter maxillary trecture with loops.

Key words: mandible fractures, treatment, disadvantages.

УДК 616.716.4-002-001.2-053.4

П.І.Ткаченко, К.С.Липовий, С.О.Волокоть, О.В.Гуржін, Н.Г.Идашкина,  
ВІСНІВ України - Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

#### КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАГОЄННЯ ШКІРИ ТА ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ ПРИ ГНІЙНІЙ РАНІ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОДОНТОГЕННИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ ТІЛА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

В статті представлено клініко-морфологічні закономірності перебігу гнійного ранового процесу м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки у дітей, хворих на гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи. Наведені дані можуть стати підґрунтям для подальших досліджень щодо оптимізації лікування гнійних ран різної локалізації.

**Ключові слова:** діти, остеомієліт щелепи, гнійна рана, шкіра.