

**Выводы.** 1. Электронные аксиографические исследования позволяют выявить наличие мышечно-суставной дисфункции, показать взаимосвязь динамической окклюзии и функциональных изменений траектории движения условной шарнирной оси суставных головок височно-нижнечелюстных суставов. Эта методика необходима в диагностике функциональных нарушений жевательного аппарата, оценке эффективности проведения комплексной реабилитации стоматологического пациента и контроле изменений в ВНЧС на этапах лечения и протезирования.

2. При отсутствии клинических проявлений нарушения деятельности ВНЧС электронная аксиография позволяет проследить положительную динамику в состоянии суставов и улучшение по сравнению с первичной ситуацией до 42 .

3. Функциональный анализ и ЕРА-тест подтверждают правильность выбранного комплекса лечебно-профилактических мероприятий на этапах лечения пародонтологических больных различных возрастных групп.



УДК 616.311:669.18.-052.2/6-057

*А. А. Груздева, Т. П. Кравец*

ГУ “Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины”

### **ИНДЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У РАБОЧИХ ЖЕЛЕЗОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА**

Производственные условия железорудной промышленности способствуют возникновению патологических изменений слизистой оболочки полости рта (СОПР) (51,52%). В структуре заболеваний СОПР лейкоплакия встречается в 15,51% случаев. Целью исследования явилась индексная оценка нарушений созревания эпителия СОПР у рабочих железорудного производства в зависимости от стажа работы шахтеров и пристрастия к курению.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 68 рабочих с плоской формой лейкоплакии, которые были распределены на две подгруппы: I подгруппа – курящие рабочие (52 чел.), II подгруппа – некурящие рабочие (16 чел.). Стаж работы на производстве составлял 5-20 лет. Клиническое обследование проводили по общепринятой методике с максимальной детализацией очага поражения. Выполняли подсчет индекса распространенности (ИР) лейкоплакии (Педорез О.П., 1996), лабораторные методы обследования включали цитологическое исследование с определением индекса кератинизации (ИК) (Данилевский Н.Ф., Урбанович Л.И., 1979).

**Результаты исследований.** Исследования показали, что у некурящих рабочих ИР в среднем составлял  $4,69 \pm 0,56$  балла. У курящих рабочих ИР значительно ( $P < 0,001$ ) превосходил показатели группы сравнения, достигая  $6,7 \pm 0,3$  балла. По мере увеличения производственного стажа у рабочих отмечалось повышение значений ИР с  $3,5 \pm 0,5$  балла до  $7,09 \pm 0,54$  балла в I подгруппе и с  $2,5 \pm 0,5$  до  $6,2 \pm 0,72$  балла во II подгруппе. Результаты цитологического исследования элементов поражения показали у больных плоской формой лейкоплакии преобладание эпителиальных клеток (до 75,6 %), среди которых преобладали роговые чешуйки и поверхностные клетки (49,5 % и 32 % соответственно), отмечено низкое содержание промежуточных клеток (18,5 %). ИК у больных с плоской формой лейкоплакии в среднем составил  $69,7 \pm 1,85$  %.

**Выводы.** Сопоставление полученных результатов выявило прямопропорциональную зависимость ИР лейкоплакии от курения и производственного стажа рабочих. Анализ цитологического исследования показал наличие хронического воспаления, гиперкератоз и нарушение созревания эпителия.



УДК 616-036.12+616.71-018.46-002+616.716.4:616-036.12+615.015.6

*Н. Н. Давыдов, В. Э. Ткаченко, Ю. П. Матросов, А. А. Венту*

КУ «Городская клиническая больница» №2, челюстно – лицевое отделение  
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НАРКОМАНИИ**

Больная Ш.О.Б 29 лет госпитализирована в ЧЛЮ ГБ.№2 30.11.11 с диагнозом: хронический остеомиелит нижней челюсти, осложненный абсцессом щеки справа. Больная неоднократно находилась на стационарном

лечении по поводу данного заболевания. Из анамнеза: страдает хр. наркоманией (до октября 2011 г. длительно принимала препарат «Винт») страдает язвенной болезнью желудка.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. В день поступления под местной анестезией произведено вскрытие абсцесса. Назначена противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия. Больная отмечала улучшение самочувствия. После нескольких дней относительного благополучия состояние ухудшается, из раны появляются обильные некротические выделения.

07.12.11 произведена ревизия раны, удаление некротизированных тканей под общей анестезией. Назначения скорректированы. 08.12.11. появляются жалобы на постоянную головную боль. Больная осмотрена неврологом, нейрохирургом, произведена люмбальная диагностическая пункция. Ds: Вторичный гнойный менингит. Назначения скорректированы в соответствии с рекомендациями специалистов. 09.12.11 на фоне прочих жалоб увеличивается отечность правой щеки и век, экзофтальм. Установлен диагноз: ретробульбарная флегмона справа. 09.12.11 операция: вскрытие ретробульбарной флегмоны. Состояние больной ухудшилось. 14.12.11 была переведена в ОАИТ. 15.12.11 2:35 на кардиомониторе зафиксирована изолиния. 15.12.11 3:05 в связи с безуспешностью проведенных реанимационных мероприятий констатирована биологическая смерть.

Заключительный диагноз: Основной: хронический диффузный остеомиелит нижней челюсти в стадии обострения. Осложнение основного: флегмона правой половины лица и ретробульбарной клетчатки. Вторичный гнойный менингит. Сепсис. Сопутствующий: хроническая наркомания. Патологоанатомический диагноз: Основной: хронический остеомиелит нижней челюсти.

Осложнение основного: Флегмона правой половины лица и ретробульбарной клетчатки. Вторичный гнойный менингит. Абсцесс правой височной доли. Сепсис. Отек легких, отек оболочек и вещества головного мозга. Сопутствующий: хроническая наркомания, милиарный туберкулез селезенки. Причины смерти: а) сепсис, б) гнойный менингит, в) хронический остеомиелит нижней челюсти имеет место совпадения заключительного клинического и патанатомического диагнозов.

Данный случай наглядно демонстрирует тяжесть и непредсказуемость течения хр. остеомиелитов челюстей у больных, ранее принимавших наркотические препараты кустарного производства, относящихся к группе производных эфедрина (винт, первертин, первертин - синоним).

К сожалению, количество подобных больных, среди госпитализированных в ЧЛО городской больницы № 2 неуклонно растет. Это означает, что эти больные могут быть выделены в отдельную группу, требующую особого диагностического и лечебного подхода.



УДК 616-08:616-00.5+616716.4

*Н. Г. Ідашкіна, Д. Ю. Терешков, С. І. Шандиба, Г. О. Черемісін, С. В. Ширінкін*

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
КЗ «Міська стоматологічна поліклініка №1» м. Дніпропетровська

### **НОВА МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ДВОБІЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

За даними різних авторів, переломи нижньої щелепи зустрічаються у 74-95% усіх травм обличчя. З них 38,7 % випадків – це подвійні та двобічні переломи нижньої щелепи. Не зважаючи на велику кількість існуючих в даний час методів лікування цих травм, не існує єдиного алгоритму надання спеціалізованої допомоги таким хворим.

Загальноприйнятою світовою практикою при лікуванні двобічних та подвійних переломів нижньої щелепи в межах зубного ряду та поза ним є комбінування двостороннього внутрішньокісткового або накісткового остеосинтезу з двощелепним шинуванням. Але при цьому має місце широке скелетування нижньої щелепи та обширна травма м'яких тканин. Задля зменшення цих негативних моментів необхідно відмовитися від хірургічного скріплення фрагментів хоча б у ділянці перелому в межах зубного ряду та замінити його використанням ортопедичного методу лікування, тобто комбінувати однобічний остеосинтез із двощелепним шинуванням. Зазвичай для цього використовують дротяні шини С. С.Тігерштедта, стандартні стрічкові шини В. С. Васильєва, шини Erich, Schuchardt, Dautrey, Winter та інші, які належать до жорстких фіксуючих пристроїв. Але всі вони мають загальний недолік: за стандартної методики мануальної репозиції під мандибулярною анестезією з подальшим накладенням шини неможливо досягти якісного зіставлення відламків, в результаті чого фіксується невірне положення фрагментів щелепи. При подальшому міжщелепному витягуванні складові елементи цих шин працюють як активний ортодонтичний апарат, наслідком дії якого є висування опорних зубів з альвеол. В подальшому ці зуби повертаються в початкове положення, і ми не отримуємо основного критерію якісного лікування – правильного відновлення прикусу зубів. Крім того, багатьма авторами вважається, що при нежорсткій фіксації відламків репаративний остеогенез відбувається в більш короткий термін та більш якісно.

Враховуючи недоліки жорсткої фіксації та мануальної репозиції дротяними та стрічковими шинами, на кафедрі хірургічної стоматології, імплантології та пародонтології ДЦМА розроблена нова дротяна шина з