

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 ЧЛЮ 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 ДДМА розроблена нова дротяна шина з коригу-

ючим пружним елементом і методика її клінічного застосування, (Патенти України на корисну модель № 33699 і 33700, Патент України на винахід № 86716 та № 89837), при використанні якої нівелюються вище перелічені недоліки за рахунок використання керованої репозиції за допомогою еластичних тяг та відмови від жорсткої фіксації фрагментів.

Як метод вибору хірургічного скріплення відламків в ділянці перелому поза зубним рядом нами рекомендується накістковий остеосинтез титановими мініпластинами як найменш травматичний та економічно привабливий.

Таким чином, ми рекомендуємо обмежити використання остеосинтезу при лікуванні двобічних та подвійних переломів нижньої щелепи за рахунок його заміни в ділянці перелому в межах зубного ряду двощелепним шинуванням запропонованою дротяною шиною, що покращує якість репозиції та скорочує часові та фінансові затрати.



УДК 616.314.9- 001- 002.1

И. В. Ковач, В. И. Гончар, В. Г. Голубка, Е. М. Женилова

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

АНАЛИЗ ОСТРОЙ ТРАВМЫ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ

Травма зубов - вторая после кариеса причина их потери. В связи с этим, диагностика, лечение и профилактика осложненной является актуальной проблемой детской стоматологии. Оказание квалифицированной медицинской помощи данному контингенту больных зависит от знаний врачом особенностей диагностики и лечения многообразных форм травмы зубов. Так, в молочном прикусе травма зубов чаще всего случается в 2.5-3 года, а в сменном и постоянном прикусе пик травматизма приходится на 8-9 лет.

Нами обследовано 85 больных с травмой зубов, которое состояло из опроса, клинических и дополнительных методов (рентгенографии, электроодонтодиагностики). Наиболее часто в молочном прикусе отмечались вывихи молочных зубов 73 человек. При неполном вывихе (25 больных) происходило частичное повреждение периодонтальной связки, что приводило к смещению зуба, которое зависело от силы и направления удара. В большинстве случаев при неполном вывихе смещение зуба происходило в сторону полости рта.

При внедренном (интрузивном) вывихе (19 больных) определялось его смещение в сторону лунки, периодонтальная щель сужена, иногда отсутствовала. Режущий край и эмалево-дентинная граница находилась выше, чем у соседних зубов. При так называемом, экстррузивном вывихе (29 больных) отмечалось расширение периодонтальной щели, а коронка была ниже чем у соседних зубов. Неравномерность периодонтальной щели на всем протяжении, проекционное укорочение зуба с одновременным выдвиганием его из лунки были характерны для орального или вестибулярного смещения.

Перелом коронки молочных зубов встречался у 12 человек. При переломе коронки в зоне эмали жалобы заключались на наличие косметического дефекта и болезненности при приеме пищи.



УДК 616.31- 053.2:616.33- 008.1

И. В. Ковач, О. А. Синьковская, А. В. Книш, Ю. Г. Благинина

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

СТРУКТУРА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

Актуальность исследования. Необходимость изучения стоматологического статуса у детей с целиакией обусловлена функциональными, органическими изменениями как твердых тканей зубов с нарушением их структуры и порядка прорезывания, так и со стороны слизистой оболочки полости рта, тканей пародонта. Анатомическая и функциональная взаимосвязь между желудочно-кишечным трактом и его начальным отделом - органами и тканями полости рта, обуславливает проявление тяжелой стоматологической патологии, особенно в условиях целиакии, сопровождающейся нарушением всасывания кальция, фосфора, белков, жиров, дисахаров, фолиевой кислоты, витамина В12 и многих других нутриентов.