



УКРАЇНА

(19) UA (11) 47871 (13) A

(51) B A61C5/02, A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ**  
**НА ВИНАХІД**Видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

1

2

(21) 2001106971

(22) 12 10 2001

(24) 15 07 2002

(46) 15 07 2002, Бюл. № 7, 2002 р.

(72) Рузін Геннадій Петрович, Чередніченко Ана-  
толій Іванович, Гапич Микола Миколайович(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ(57) Спосіб профілактики гнійно-запальних уск-  
ладнень лікування переломів нижньої щелепи, що

включає трепанацію з наступною екстирпацією пульпи та пломбування каналу зуба, який знаходиться на лінії перелому, який відрізняється тим, що трепанують і пульпекстирпують канал кореня, який знаходиться в щілині перелому, додатково його дрениують протягом 3-5 діб, а пломбування здійснюють після повного припинення виділення запального ексудату та при відсутності клінічних ознак травматичного періодонтиту

Винахід відноситься до медицини, а саме до стоматології і може бути використаний для профілактики гнійно-запальних ускладнень при лікуванні переломів нижньої щелепи

Лікування переломів нижньої щелепи і профілактика гнійно-запальних ускладнень представляють собою одну з актуальних проблем щелепно-лицевої хірургії як в нашій країні так і в цілому світі

Ушкодження кісток лицьового черепу в умовах мирного часу складають 3,8% по відношенню до всіх зламів кісток скелету людини. Всі переломи нижньої щелепи, що проходять в області її тіла, через зубний ряд, завжди відкриті, інфіковані. Тому відсоток ускладнень запального характеру залишається від 12% до 30% (Швирков М. Б., 1999, Тимофеев А. А., 1998)

Основним завданням лікаря при лікуванні хворого з переломом щелепи є відновлення анатомічної форми ушкодженої кістки і забезпечення можливості відновлення в допустимо ранні строки функції ушкодженого органу

Спеціалісти незалежно від вибору методу імобілізації уламків нижньої щелепи, перш за все, вирішують питання про долю зуба, що знаходиться в щілині перелому прагнуть зберегти його. Така постановка питання пояснюється тим, що тільки за умови збереження зуба забезпечується повноцінне функціональне навантаження на периапикальні тканини і, відповідно, можна розраховувати на створення оптимальних умов для зажи-

вання кісткової рани. Існує виключне різноманіття співвідношення щілини перелому та коренів зуба. Тому точка зору про необхідність індивідуального вирішення питання про збереження зуба, що знаходиться в щілині перелому щелепи, є єдино правильною

Не торкаючись абсолютних показань до видавлення зуба із щілини перелому, а саме наявності периапикального вогнища запалення, рухливості зуба II – III степеня при пародонтиті (пародонтозі), інтерпозиція зуба в щілині перелому, у всіх інших випадках необхідно визначити можливість збереження зуба в щілині перелому

Основними діагностичними критеріями стану зуба і периапикальних тканин слугують рентгенологічні та ЕОД дослідження. Перше дозволяє визначити співвідношення щілини (площини) перелому та кореня зуба, друге – стан нейроциркуляторного апарату зуба, який забезпечує його життєздатність. Відомо, що при показаннях ЕОД в межах 30мкА зуби достатньо стійкі і можуть бути використані для фіксації шинуючих пристроїв (Кальбедін Н. А. Вакуум - електрофорез в комплексному ліченні больных с переломами нижней челюсти // Военно-медицинский журнал - 1983 - №1 - С 48 - 49)

Причинами видалення зуба можуть бути рухливість зубів третього-четвертого ступеня і ускладнення запального характеру, яке розвилось в результаті пізнього звертання за медичною допомогою. В щілині перелому можуть опинитись як

(13) A  
(11) 47871  
(19) UA

один, так і два зуба. При цьому відмічаються різні варіанти і лінія перелому може проходити через весь періодонт або його частину, можливе оголення в щілині перелому тільки апікальної частини зуба, іноді виявляється перелом кореня в різних його відділах або в області біфуркації. Зуб в щілині тому може знаходитись на більшому або меншому уламках. Говорити в ранньому періоді травми про життєздатність пульпи таких зубів не представляється можливим, так як електророзбуджувальність, що визначається за допомогою ЕОД, завжди значно знижується і відновлюється не раніше ніж через 10 - 14 діб від моменту травми, а іноді і пізніше. Тому показано ЕОД в динаміці.

Мирсаєва Ф. З. (1999) доводить, що в профілактиці травматичного остеомієліту важливим є своєчасне і якісне надання спеціалізованої допомоги та правильна тактика по відношенню до зуба, який знаходиться в площині перелому нижньої щелепи. Панкратов А. С. (1995) говорить, що видалення зуба із щілини перелому по - відповідним показникам не призводить до зниження частоти розвитку травматичного остеомієліту.

У зв'язку з вищевикладеним розробка способів профілактики гнійно-запальних ускладнень при лікуванні переломів нижньої щелепи набуває особливу актуальність.

Відомий спосіб, коли при розвитку запальних ускладнень переломів нижньої щелепи в межах зубного ряду в навколощелепних областях розкривають вогнище з наступним дрениванням ран (внутрішньоротових або зовнішніх). Ускладнення розвиваються на 3 - 5 добу й більше незалежно від виду фіксації (Козлов В. А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь //Л. Медицина - 1988 - С 244 - 265).

Відомий також спосіб профілактики таких ускладнень, який включає використання ЕОД, трепанацію з наступною екстирпацією пульпи та пломбуванням каналу в різні строки від 2 - 3 до 8 тижнів. З метою збереження рекомендують використовувати динамічне рентгенологічне дослідження зуба в щілині перелому (Кручинський Г. В., Стефанович С. Н., Криштоненко Л. С. Профилактика воспалительных осложнений в системе реабилитации больных с переломами нижней челюсти //Актуальные вопросы реабилитации в стоматологии - Труды ЦНИИС - Т 16 - М 1986 - 91 - 94).

Даний спосіб профілактики гнійно-запальних ускладнень при лікуванні переломів нижньої щелепи є найбільш близьким по технічній суті та по результату, що досягається, тому він вибраний нами як прототип.

Збільшення числа стійких до антибіотиків патогенних штамів мікроорганізмів, токсичні та алергічні реакції, дизбактеріоз - все це погіршує результати антибактеріальної терапії, яка є обов'язковим компонентом комплексного лікування переломів нижньої щелепи. Це забезпечує актуальність пошуку нових способів введення антибіотиків. Загальновідомо, що травма провокує видання в кров катехоламінів. У відповідь на це підвищується тиск в венулах та капілярах, посилюється транссудація рідини в інтерстицій, що в кін-

цевому рахунку веде до збільшення продукції лімфи та посилення лімфовідтоку. Лімфатична система одна з перших реагує на запальний процес будь-якої локалізації та етіології. У зв'язку з цим не викликає сумніву, що послаблення дренажної, детоксикаційної та імунологічної функції регіонарного лімфатичного апарату щелепно-лицевої області є одним із патогенетичних ланцюгів розвитку запалення в щілині перелому нижньої щелепи.

В основу винаходу покладено задачу підвищення ефективності профілактики гнійно-запальних ускладнень при лікуванні переломів нижньої щелепи.

Задачу, покладену в основу винаходу, вирішують тим, що в відомому способі профілактики гнійно-запальних ускладнень при лікуванні переломів нижньої щелепи, який включає трепанацію з наступною екстирпацією пульпи і пломбування каналу зуба, що знаходиться в щілині перелому, згідно з винаходу після трепанації і екстирпації пульпи з каналу кореня зуба, який знаходиться в щілині перелому, канал додатково дрениують протягом 3 діб, а пломбування здійснюють після повного припинення виділення запального ексудату та при відсутності клінічних ознак травматичного періодонтиту.

Трепанацію зуба проводять за допомогою бора турбінної установки на 2 - 4 добу після травми при наявності явищ гострого періодонтиту в зубі, що знаходиться в щілині перелому. Зуб, який підлягає трепанації не включають в шини або, у випадку його використання - для фіксації шини до появи клінічних симптомів, звільнюють від лігатури.

Трепанацію зуба проводять під провідниковою або інфільтраційною анестезією. Після трепанації проводять ретельну екстирпацію вмісту каналу (в багатокореновому зубі - каналу кореня, що знаходиться в щілині перелому). Дренування каналу здійснюють за допомогою ватних турунд та багаторазового прошивання каналу до повного зникнення запальних явищ, що відбувається на протязі 3 - 5 діб.

Після припинення дренивання та контрольної герметизації зуба на добу проводять його пломбування відомим способом з наступним рентгенологічним контролем.

Клінічний приклад. Хворий Ч., 32 роки надійшов в клініку з приводу травматичного перелому нижньої щелепи в області 6 зуба через 2 доби після травми. В день надходження був шинований. На рентгенограмі дистальний корінь 6 зуба в щілині йому, яка проходить через верхівку кореня.

На третю добу після шинування відмічені явища гострого періодонтиту 6 зуба. Під провідниковою і апікальною підкістною анестезією проведена трепанація 6 зуба і пульпекстирпація каналу дистального кореня. Видалена пульпа сірого кольору з прожилками гною. Після п'ятиденного дренивання і введення антибактеріальних препаратів та контрольної герметизації зуба явища запалення були відсутні. Зуб запломбований.

Виписаний на 18 добу, зуб збережений, відмічається кінчна консолідація уламків.

Висновки. Забезпечення череззубного дрени-

вання з можливим введенням через канал зуба в щілину перелому лікарських, в тому числі і антибактеріальних, препаратів дозволяє попередити розвиток запальних після травматичних ускладнень, знизити ризик розвитку після травматичного остеомієліту, покращити умови регенерації

Череззубне дронування при малій кількості зубів на фрагменті дозволяє зберегти зуб до початку консолидації, забезпечуючи умови для фіксації шини. Після наступлення консолидації зуб може бути видалений

---

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)  
вул. Сім'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна  
(044) 456 – 20 – 90

---

ТОВ «Міжнародний науковий компет»  
вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна  
(044) 216 – 32 – 71