

1. Доказано повышение качества пломб в 1,6 раза при выборе методики восстановления композитами повышенной конверсии по сравнению с традиционной, при этом результаты коррелируют с методом реставрации.

2. Применение композиционных материалов повышенной конверсии при восстановлении утраченных твёрдых тканей зубов позволяет повысить качество пломбирования, удовлетворенность больных реставрацией, снизить риск осложнений и стабилизировать клиническое состояние на протяжении 2 лет наблюдения.

Литература:

1. Критерии оценки композитных реставраций зубов / А.И.Николаев, Э.М.Гильмияров, А.В.Митронин, В.В.Садовский. – М. : МЕДпресс-информ, 2015. – 96 с. : ил.

2. Lucas PW, van Casteren A. The wear and tear of teeth. Med Princ Pract. 2015;24 Suppl 1:3-13. PubMed PMID: 25427777.

УДК 617-089.844

**А.Б. Ирикбаева, А.Т. Токбергенова, А.Ф. Остапенко
КЛИНИКО – РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ И
ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЖЕСТКОЙ ФИКСАЦИИ
НАЗУБНЫМИ ШИНАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии
Карагандинский государственный медицинский университет
Караганда, Казахстан

**A.B. Irikbayeva, A.T Tokbergenova, A.F. Ostapenko
CLINICAL - RADIOLOGICAL AND ELECTROMYOGRAPHICAL
GRADE OF RIGID FIXATION ON A DENTEL TYRE IN PATIENTS WITH
MANDIBULAR FRACTURES**

Department of Pediatric Dentistry and Operative Dentistry
Karaganda State Medical University
Karaganda, Kazakhstan

Контактный e – mail: gera_irikbayeva@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрено сравнение лечения больных с переломами нижней челюсти с помощью индивидуальных шин с зацепными петлями, резиновой тягой и назубными шинами с жесткой фиксацией.

Annotation. The article deals with the comparison of treatment of patients with fractures of the lower jaw with the help of individual tires with toe loops, rubber traction tires and tooth with a rigid fixation.

Ключевые слова: жесткая фиксация назубными шинами, электромиография.

Keywords: rigid fixation on dental tires, electromyography.

Лечение больных с переломами нижней челюсти была и остается одной из основных проблем хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, поскольку этот вид травмы составляет до 96,5% от общего числа повреждений костей лицевого скелета [1,2,3,4,5].

В последние десятилетия достаточно подробно определены принципы оптимизации репаративных процессов в кости, разработаны многочисленные методы лечения переломов нижней челюсти [6,7,8,9,10].

Цель исследования – изучить эффективность применения жесткой фиксации в комплексном лечении больных с переломом нижней челюсти.

Материалы и методы исследования

Проведено эпидемиологическое исследование 200 больных находившихся на стационарном лечении в областной челюстно-лицевой больнице города Караганды. Аналитическое ретроспективное и проспективное исследование 64 больных с переломами нижней челюсти.

Критерии для включения:

- мужчины и женщины от 22 до 55 лет с переломами нижней челюсти;
- больные, давшие согласие на участие в исследовании.

Критерии для исключения:

- больные, с системными заболеваниями в стадии обострения;
- больные, отказались от участия в исследовании;

Методы исследования

Клинико-рентгенологический метод.

Для оценки гигиенического состояния полости рта мы использовали упрощенный индекс гигиены полости рта (ОНИ-S), который заключался в оценке площади поверхности зуба, покрытой налетом и/ или зубным камнем, не требующий использования специальных красителей.

Для уточнения диагноза, выявления смещения костных отломков нижней челюсти, направления линии перелома, динамического контроля процессов репаративной остеорегенерации всем больным проводили рентгенологическое исследование в прямой и боковых проекциях. Данная процедура назначалась в день поступления, на 3, 14, 22 сутки после оказания специализированной квалифицированной помощи, и через три месяца с момента полученной травмы. Всем больным проводилась обзорная рентгенография костей лицевого скелета в прямой (нозолобной) проекции. [11, 12].

Электромиографический метод

Электромиографическое исследование проводили больным обеих групп в день поступления, через 7, 14 сутки и через 1 и 3 месяца.

Электромиографические исследования у больных проводили на 4-х канальном электромиографе МГ - 42 "Медикор" (Венгрия) при усилении 10-50

мкВ/мм со скоростью движения фотобумаги 50 мм/сек. Использовали биполярные накожные электроды размером 6x12 мм с межэлектродным расстоянием 15 мм. Биоэлектрическую активность жевательных мышц регистрировали в покое и при максимальном произвольном сжатии челюстей.

Лечение больных с переломами нижней челюсти

В группе сравнения лечение больных проводилось индивидуальными шинами с зацепными петлями и резиновой тягой.

В основной группе лечение проводилось назубными шинами с жесткой фиксацией.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты клинико-рентгенологических исследований



Рис. 1. Фото больного основной группы (жесткая фиксация шин).



Рис. 2. Фото больного основной группы после снятия шин.

Рентгенологическое исследование в прямой и боковой проекциях, проводилось всем больным в день поступления в стационар, на 3, 14, 22 сутки и через 3 месяца после травмы

В день поступления при рентгенологическом исследовании у всех больных определялись одинаковые показатели рентгенологического снимка.

На третьи сутки всем больным проводилась контрольная рентгенография в прямой и боковой проекциях на которых определялась линия перелома в виде полосы просветления в пределах тела нижней челюсти без смещения костных отломков.

На 14 сутки у всех больных основной группы определялось уменьшение щели перелома, в виде полосы просветления, состояние костных отломков удовлетворительное. При анализе рентгенологических снимков больных группы сравнения у 17 больных отмечается уменьшение щели перелома, в виде полосы просветления, у 13 больных уменьшение щели не определялось.

На 22 сутки у всех больных основной группы состояние костных отломков было удовлетворительное, в щели перелома определялась нежная облаковидная равномерная тень костной мозоли, более четкой в области альвеолярного отростка. У больных группы сравнения в щели перелома определялась тень нежная облаковидная не равномерная тень костной мозоли.

Через 3 месяца с момента госпитализации у всех больных основной группы хорошо прослеживается новообразованная костная мозоль, полная костная рентгенологическая консолидация отломков. У больных группы сравнения в щели перелома хорошо прослеживалась новообразованная мозоль. У 7 больных наступила полная костная рентгенологическая консолидация отломков.

Включение в комплексную терапию жесткой фиксации способствует нормализации показателей состояния гигиены полости рта:

- у больных в основной группе: хороший (низкий – 0,6) индекс гигиены полости рта (ОНИ-S), индекс РМА равен нулю;

- у больных группы сравнения – неудовлетворительный (высокий – 1,7-2,5) индекс гигиены полости рта (ОНИ-S), по пародонтальному индексу РМА – 2 балла.

Результаты электромиографии

Показатели электромиограммы обеих групп: в первые сутки после поступления – 90 ± 10 мкВ (поврежденная сторона), 130 ± 10 (здоровая сторона); на 7 сутки после поступления группа сравнения – 115 ± 10 мкВ (поврежденная сторона), 140 ± 10 (здоровая сторона), основная группа – 135 ± 10 мкВ (поврежденная сторона), 170 ± 10 (здоровая сторона); на 14 сутки после поступления группа сравнения – 145 ± 10 мкВ (поврежденная сторона), 220 ± 10 (здоровая сторона), основная группа – 195 ± 10 мкВ (поврежденная сторона), 290 ± 10 (здоровая сторона); через месяц после травмы группа сравнения – 290 ± 10 мкВ (поврежденная сторона), 360 ± 10 (здоровая сторона), основная группа – 360 ± 10 мкВ (поврежденная сторона), 430 ± 10 (здоровая сторона); через

3 месяца после травмы группа сравнения – 380 ± 10 мкВ (поврежденная сторона), 450 ± 10 (здоровая сторона), основная группа – 510 ± 10 мкВ (поврежденная сторона), 590 ± 10 (здоровая сторона). Статистическая значимость при $P < 0,05$. По результатам показателей электромиографии, мы выявили, что у больных основной группы, лечение которых заключалось в наложении жесткой фиксации назубных шин, более полное восстановление биоэлектрической активности собственно жевательных мышц. Анализируя результаты электромиографии больных обеих групп, мы выявили зависимость параметров от метода фиксации отломков нижней челюсти. У больных группы сравнения определялось достоверное снижение параметров ЭМГ по отношению к больным в основной группе. В ходе лечения больных обеих групп обобщая параметры ЭМГ, прослеживается наибольшая положительная динамика в лечении больных при раннем возобновлении активных движений нижней челюсти.

Выводы:

1. Для оценки клинического состояния и эффективности проводимого лечения перелома нижней челюсти рекомендуется использовать упрощенный индекс гигиены полости рта, рентгенологическое исследование, показатели электромиографии.

2. Применение жесткой фиксации в комплексном лечении больных с переломом нижней челюсти достоверно сокращает срок лечения у больных на 8 суток лечения по сравнению с традиционной методикой.

Литература:

1. Александров Н.М., Козлов В.А. Травмы челюстно-лицевой области и их лечение (Тр.VII Всесоюзного съезда стоматологов-М.,-2005.-с. 21-34).

2. Аржанцев П.З. Сравнительное изучение хирургических методов лечения переломов нижней челюсти в эксперименте (Стоматология. 2005.-№5. - с.62-64).

3. Байриков И.М. Электрофизиологические исследования при переломах нижней челюсти после межчелюстной иммобилизации (Куйбышевская областная конференция ВОИР. Куйбышев, 2006. стр 168-170).

4. Coode L., Shinn J., Alto P. Compression clamp for internal fixation of the mandible (arch. Otolaryngol. 2013. - Vol. 98, № 5. - P. 377 - 379).

5. Conover G.I., Crammond R.J. Tympanic plate fracture from mandibular (J. Oral Maxillofac. Surg. 2005. - Vol. 43, № 4. -P. 292-294).

6. Скарбунова Н.В., Верецагин А.Н. Электрографическое исследование динамики заживления переломов нижней челюсти. (Стоматология. 2007. - № 6. - с. 42-47).

7. Ткаченко С.С., Руцкий В.В. Электростимуляция остеорепарации.-Л., Наука, 2009.-208 с.

8. Тургунов К.А., Гафуров В.Г. Челюстно- лицевая реография как метод оценки эффективности комплексного лечения при переломах нижней челюсти. (Мед. жур. Узбекистана. 2011, № 8. -с.62-67).

9. Ярошевич А.В. Динамические изменения регионарного мышечного протока и интенсивность минерализации образующейся костной мозоли при различных способах лечения переломов нижней челюсти. Автореф. дис.. канд. мед. наук. -М., 2010. 19 с.

10. Crellet M. Preamble (Rev. Stomatol. 2013. - Vol. 74, № 3. - P. 211-213).

11. Champy M., Lodde J. P., Grasset D., Muster D., Mariano A. Osteosyntheses mandibulaires et compression (Ann. Chir. Plast. -2007. Vol. 22, № 2. - P. 165- 167).

12. Vigner J.C., Brami CI. Fractures mandibulaires. Les ecueils du traitement chirurgical a propos d une observation (Ann. Chir. -2010. Vol. 34, №2. - P. 118- 121).

УДК 616.31:616

Е.М. Казанцева, Е.С. Иощенко, Е.В. Брусницына
АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
Г. ЕКАТЕРИНБУРГА

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Россия

E. M. Kazantseva, E. S. Ioshenko, E. V. Brusnitsyna
ANALYSIS OF DENTAL MORBIDITY OF THE POPULATION OF
YEKATERINBURG

Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russia

Контактный e-mail: lena123ab1991@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрена стоматологическая заболеваемость населения г. Екатеринбурга.

Annotation. The article describes dental morbidity of the population of Yekaterinburg.

Ключевые слова: Анализ, стоматологическая заболеваемость, город Екатеринбург.

Keywords: analysis, dental morbidity, the city of Yekaterinburg.

Введение

Стоматологические заболевания занимают большой удельный вес среди общей заболеваемости человека. Несмотря на то, что этиология и патогенез основных стоматологических заболеваний во многом общеизвестны, на