

ЧЕЛЮСТНО - ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

В.В. Бурдин, В.А. Петренко, И.А. Туманов, С.А. Чеканов

В последние годы в результате повышения уровня технической оснащенности общества и производства отмечаются тенденции к значительному росту травматизма. При этом наблюдается увеличение числа повреждений челюстно-лицевой области. В многочисленных публикациях отражается повышенный интерес исследователей к проблеме лечения переломов челюстно-лицевого скелета [3,4]. Это обусловлено серьезными функциональными и косметическими нарушениями, возникающими в результате травмы. Наряду с ростом числа пострадавших отмечается увеличение количества тяжелых, множественных и сочетанных повреждений, числа осложнений и неблагоприятных исходов лечения.

Лечение повреждений подбородочного отдела нижней челюсти представляет сложную задачу, связанную с необходимостью компрессии в области линии перелома при применении внутривитового способа остеосинтеза. Наиболее часто применяемым методом остеосинтеза является способ с использованием стандартных мини-пластин, укрепляемых на костно шурупами из титана. Однако данный метод не позволяет создать компрессию отломков в линии перелома.

С этой точки зрения наиболее надежным нам представляется метод стабильного закрепления переломов подбородочного отдела нижней челюсти, предложенный М. С. Назаровым в 1966 году. Способ заключается в производстве разреза мягких тканей подподбородочной области, скелетировании подбородочного отдела, репозиции отломков, введении спицы М. Киршнера и накладывании экстраосальной петли. Сложность, заключающаяся в проведении спицы через все кортикальные пластинки и одновременном удержании отломков при соблюдении направления, побудило нас упростить методику оперативного вмешательства для устранения данного недостатка.

Нами, в 2003 году предложено осуществлять фиксацию подбородочного отдела с помощью двух внутрикостных шурупов (рационализаторское предложение № 97 от 10.10.02., выданное БРИЗом ЦГБ № 23 г. Екатеринбурга), введенных по обе стороны от линии перелома и соединенных при помощи проволоочной петли, позволяющей создать необходимую компрессию отломков (рис. 1) [3].

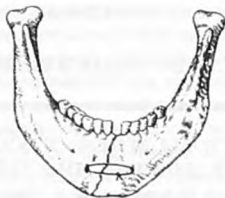


Рис. 1. Схема остеосинтеза переломов подбородочного отдела нижней челюсти

Методика применения. Под местной проводниковой и инфильтрационной анестезией производится разрез слизистой по переходной складке нижней челюсти длиной 4см. Слизисто-надкостничный лоскут отслаивается книзу и обнажается линия перелома. Отступая от линии по обе стороны на 20-30мм, через предварительно просверленные отверстия, с помощью отвертки в кость перпендикулярно вводятся по одному титановому шурупу. Под головки шурупов вводится титановая проволока, и концы ее скручиваются. Лоскут возвращается на место, накладываются швы.

Для лечения пациентов с повреждениями нижней челюсти осложненных небольшими дефектами, нами разработана и применена конструкция, выполненная в виде мини-пластины с отверстиями под внутрикостные винты, при этом пластина выполнена в виде скобы, состоящей из наkostной части и жестко соединенных с нею под прямым углом с двух сторон цилиндрических внутрикостных элементов (рис. 2) [1, 2].

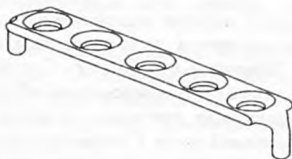


Рис. 2. Накостная мини-пластина-скоба остеосинтеза повреждений нижней челюсти

Такая форма наkostной пластины повышает ее прочность, что в сочетании с наличием отверстий под внутрикостные винты, позволяет надежно закрепить несколькими винтами отломки в двух взаимно перпендикулярных плоскостях.

Таким образом, предложенные методы лечения переломов костей лица, с сохранением анатомической целостности и функций создают оптимальные

условия для консолидации повреждений. Широкое применение указанных методов лечения, в работе отделений челюстно-лицевой хирургии в МУ «Центральная городская клиническая больница № 23» г. Екатеринбурга, ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1» и в ММУ «Демидовская центральная городская больница» г. Нижний Тагил, позволило качественно улучшить результаты лечения пациентов повреждениями челюстно-лицевой области.

Литература

1. Бурдин В. В., Петренко В. А. Накостная мини-пластина для лечения повреждений нижней челюсти. Пат. № 54763 Рос. Федерации: 2006 МПК А 61 В 17 / 58. «Патенты. Полезные модели» Бюл. № 21. – С. 916. Оpubл. 27.07.2006.
2. Петренко В. А., Бурдин В. В. Лечение повреждений нижней челюсти осложненных дефектами наkostными пластинами // Институт стоматологии. – 2006. – № 4 (33). – С. 54.
3. Петренко В. А. Лечение пострадавших с повреждениями челюстно-лицевой области. – Екатеринбург: изд-во Урал. ун-та, 2009. – 206 с.
4. Kellman R. M., Marentette L. G. Atlas of Craniomaxillofacial Fixation. New York: «Raven Press», 1995. – P. 9 – 337.

НОВЫЕ СПОСОБЫ И УСТРОЙСТВА ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

С.А. Чеканов, А.Ю. Клевакин, В.А. Петренко, А.С. Дубров

В последние годы отмечается рост бытовой и жестокой криминальной травмы, её утяжеление, что связано с плохой социально-экономической обстановкой в обществе, исчезновением культурных ценностей, распространением наркотиков, напряженностью транспортного движения. Вместе с общим ростом травматизма определяется увеличение частоты и тяжести челюстно-лицевых травм и сочетанных повреждений. Количество пострадавших с травмой лица в структуре стационарных стоматологических больных, по материалам отдельных авторов различно и составляет от 21 до 40% [1, 2].

Нами предложен способ остеосинтеза верхней челюсти, осуществляемый с помощью лигатур и внутрикостных винтов, вводимых в близлежащей к линии перелома участок кости верхней челюсти и в альвеолярный отросток между первым и вторым молярами в полости рта [3]. На винты накладывают лигатуру в виде проволоочной петли и с помощью сосудистой иглы проводят ее под скуловой костью в преддверие полости рта и после репозиции отломков верхней челюсти концы лигатур фиксируют к введенным винтам в участки кости верхней челюсти и лобной кости.

Аналогичное оперативное вмешательство проводят с противоположной стороны челюсти. В результате конструкция, фиксирующая отломки, пред-