

УДК 616.31-001

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕНЕННЫХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВУЮ ОБЛАСТЬ

Е.Д. Бабов, Е.В. Кулибаба, В.П. Мазур, Б.В. Литвинский
Военно-медицинский клинический центр Южного региона

Проблема возмещения травматических дефектов различной этиологии за время проведения антитеррористической операции остается крайне актуальной, из-за достаточного количества пострадавших. Особенности дефектов челюстно-лицевой области является не только обезображивание пациента, но и стойкое нарушение функций жевания и речи. Современная тактика лечения данной патологии включает в себя комплекс хирургических вмешательств, с последующим восстановлением жевательной функции при помощи ортопедических конструкций. В то же время, на данный момент, отсутствуют данные современной литературы по срокам и последовательности полной комплексной реабилитации травмированных в челюстно-лицевую область

Целью работы, является определение последовательности и сроков хирургических вмешательств и ортопедического стоматологического лечения военнослужащих с травмами челюстно-лицевой области.

Под наблюдением находилось 50 пациентов с травмами челюстно-лицевой области (20 с огнестрельными; 30 с неогнестрельными). Всем пациентам до оперативного вмешательства проводилось стандартное соматическое обследование, с обязательным включением КТ-исследования зоны поражения и консультациями смежных специалистов (отоларинголог, нейрохирург, офтальмолог, невропатолог).

К сожалению, вмешательства при огнестрельных травмах челюстно-лицевой области мы были вынуждены проводить в 3 – 10 сутки после получения ранения из-за несоблюдения адекватных сроков эвакуации. При неогнестрельных травмах нами проводились вмешательства в сроки до 14 суток после получения ранения. При необходимости многоэтапных оперативных вмешательств на мягких тканях и костях лицевого скелета, каждую последующую операцию мы проводили не ранее 90 дней после предыдущей. При замещении костных дефектов и фиксации костных отломков мы использовали титановые мини-пластины и титановые мини-винты («И-плант», «Мегамед»). При значительных костных дефектах мы производили забор костного трансплантата с подвздошной кости. Дефекты мягких тканей перекрывали за счет пластики мягкими тканями (V - Y техника, техника на сосудистой ножке, перемещение лоскутов по Лимбергу, по Шимановскому, аутоPRF мембраны).

Не ранее чем через 6 месяцев после последнего хирургического вмешательства, было произведено восстановление функции жевания посредством имплантации с последующим зубопротезированием.

Особенности ортопедической реконструкции у травмированных в челюстно-лицевую область обусловлены:

1. Неудовлетворительным состоянием слизистой протезного ложа
2. Рубцовой контрактурой языка
3. Ксеростомией
4. Недостаточным количеством опорных зубов
5. Смещением челюсти из-за нарушения функции мышц или рубцовой контрактуры
6. Ограниченным открыванием рта
7. Длительным отсутствием фиксированной межальвеолярной высоты
8. Недостаточной высотой трансплантированной кости, снижающей эстетические нормы
9. Неудовлетворительным соотношением в системе “имплантат-супраструктура”
10. Необходимостью восстановления контуров массива мягких тканей лица
11. Посттравматическим и послеоперационным уменьшением глубины преддверия полости рта

Несъемными протезами с опорой на дентальные имплантаты мы восстанавливали как незначительные дефекты зубных рядов, так и достаточно большие по протяженности беззубые участки при достаточном количестве опорных имплантатов. Большое количество дентальных имплантатов повышает стоимость реконструктивного лечения, однако протезирование несъемными протезами является психологически предпочтительным вариантом. Другими показаниями могут быть неудовлетворительное состояние слизистой протезного ложа. Несъемный протез контактирует со слизистой оболочкой протезного ложа только в области головок дентальных имплантатов, позволяя избежать операции вестибулопластики и раздражающего действия протезных материалов на слизистую оболочку. Для нормального функционирования несъемного протеза с опорой на дентальные имплантаты необходимо тщательное поддержание хорошей гигиены полости рта. В связи с этим несъемные протезы противопоказаны пациентам, которые не способны удалять зубной налет со всех поверхностей протезов самостоятельно из-за инвалидности или нарушенной координации движений рук. Клинико-лабораторные этапы изготовления несъемных конструкций достаточно сложны и нередко требуют цифровой трехмерной реконструкции на основании данных компьютерной томографии (3D-модели) и системы

позиционирования вводимых имплантатов на основании систем компьютерной навигации.

Для оценки непосредственных и отдаленных результатов лечения (через 3 месяца, 6 месяцев, 1 год) применялись лучевые методы (компьютерная томография, конусно-лучевая компьютерная томография).

При соблюдении адекватных сроков и последовательности хирургического и ортопедического лечения осложнений не отмечали. К сожалению несоблюдение адекватных сроков эвакуации пострадавших и неправильная первичная хирургическая обработка ран на ранних этапах эвакуации приводит к развитию гнойных осложнений и изменению сроков и последовательности реконструктивных операций. В 100% был получен хороший функционально-эстетический результат, как непосредственный, так и отдаленный. При лучевых методах исследования во время обследования через 6 месяцев у всех пациентов определяли признаки остеоинтеграции титановых фиксирующих мини-пластин с краями костного дефекта, что позволяло провести имплантацию зубов и последующую ортопедическую нагрузку для восстановления функций жевания. В 50% случаев проводили удаление титановых мини-пластин, из-за риска прорезывания в полость рта. Приживаемость зубных имплантатов, поставленных в ранее травмированные участки кости составила около 75%, преломов постоянной ортопедической конструкции не наблюдали. Дальнейшее совершенствование клинических этапов и технологий реконструктивного комплексного лечения позволило обеспечить восстановление утраченных функций в большей степени и в сокращенные сроки. Несомненно, что высокая стоимость реконструктивного лечения не должна ограничивать его доступность для пациентов, что должно предусматривать участие государства в организации помощи такой категории больных.

Таким образом можно сделать вывод о том, что соблюдение сроков эвакуации, этапности и комплексности лечения при травмах челюстно-лицевой области приводит к полному восстановлению пациента, как эстетически, так и функционально. Своевременное планирование должно проводиться на этапе первичного поступления сразу после травмы и рассчитываться на период до 1.5 лет.

Список использованной литературы

1. «Регенерация пародонта» под редакцией Скулеана А. 2012
2. «Хирургия пародонта» Сато Н. 2010
3. «Эстетика мягких тканей в области зубов и имплантов» Саадун А. 2013
4. «Подготовка и проведение хирургических вмешательств при генерализованном пародонтите» Шторина Г. Б. Караева А.Ю. 2014

5. «Пластическая хирургия мягких тканей полость рта» Джованни Дзукели, 2014
6. «Пластическая и эстетическая хирургия в пародонтологии и имплантологии» Цур Отто Хюрцелер Марк, 2014
7. «Пьезохирургия. Клинические преимущества применения в стоматологии» Варчеллоти Татьяна, 2013
8. «Военная стоматология» А.Н.Лихота, В.В. Коваленко, 2016.
9. «Оценка нарушений гемодинамики тканевого кровотока в тканях десны в норме и при заболеваниях пародонта по данным ультразвуковой доплерографии» Кречина Е.К., Рахимова Э.Н. 2015
10. «Военная ортопедическая стоматология» П.В. Ищенко, В.А. Кльомин, Р.Х. Камалов, А.Н. Лихота. 2013

УДК 617.581:617.5-001](045)

ВАРИАНТИ ЕКСТРЕНОЇ ЗОВНІШНЬОЇ ФІКСАЦІЇ У ПОСТРАЖДАЛИХ З НЕСТАБІЛЬНИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ ТАЗА ПРИ ПОЛІТРАВМІ

В.В. Бурлука

Українська військово-медична академія, Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги (КМК ЛШМД)

Резюме. Проведений аналіз лікування 406 хворих з нестабільними пошкодженнями тазу при політравмі ($ISS \geq 17$ балів), які знаходились на стаціонарному лікуванні у КМК ЛШМД з 2000 по 2014 роки. Ротаційно нестабільні переломи (тип В) були у 303 (74,6%) пацієнтів, вертикально нестабільні пошкодження (тип С) - у 103 (25,4%). Екстрена зовнішня фіксація нестабільних пошкоджень тазу, включаючи і С – скобу з метою гемостазу проведена у 134 (33%) постраждалих: у 86 (54,8%) тих, які вижили і у 48 (19,3%) померлих. Передньо-верхній варіант вентральної рами використаний у 71 (53,8%) випадку, передньо-нижній – у 35 (26,5%), підгребневий – у 3 (2,3%), комбінований – у 23 (17,4%), С – скоба накладена у 14 (13,6%) пацієнтів з переломами типу С, тампонада порожнини тазу – у 5 (1,2%). У 76 (56,7%) хворих стабілізація тазу виконана в перші 3 години після поступлення, у 3 (2,2%) - у строки більше 10 годин. У постраждалих з нетяжкою і тяжкою травмою відбувалося статистично достовірно ($p < 0,05$) підвищення систолічного АТ на 10-15 мм. рт. ст. на 1 – 3 годину після виконання екстреної зовнішньої фіксації і адекватної