

7. Голиков А.П., Полумисков В.Ю., Овчинников В.Л., Давыдов Б.В. Антиоксиданты в патогенетической терапии инфаркта миокарда. // Респ. сб. науч. трудов НИИ СП им.Н.В. Склифосовского. – 1992.- С. 12-23.
8. Лукьянова Л.Д. Метаболические эффекты 3-оксипиридина сукцината. // Хим. фарм. Журнал.- 1990.- 8.- С. 8-11.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Заруцький Я.Л.

УДК 617.52

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ТИТАНОВИХ МІНІПЛАСТИН ПРИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТУ В КЛІНІЦІ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ ТА СТОМАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ «ГВКГ» МО УКРАЇНИ

І.В.Федірко, підполковник медичної служби, начальник клініки щелепно-лицевої хірургії та стоматології Головного військового медичного клінічного центру «ГВКГ»

І.А. Лурін, доктор медичних наук, доцент, полковник медичної служби, заступник начальника Головного військово-медичного клінічного центру – Головний хірург Міністерства оборони України, доцент кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії

С.М. Козловський, підполковник медичної служби, старший ординатор клініки щелепно-лицевої хірургії та стоматології Головного військового медичного клінічного центру «ГВКГ»

П.А. Шмідт, ординатор клініки щелепно-лицевої хірургії та стоматології Головного військового медичного клінічного центру «ГВКГ»

Резюме. В статті висвітлено досвід лікування переломів кісток лицевого черепа 20 хворих, яким було застосовано титанові мініпластини. Результатом використання мініпластин є швидке досягнення функціональних та естетичних показників, а також суттєве скорочення терміну лікування хворих та попередження виникнення ускладнень.

Ключові слова: перелом кісток лицевого скелету, титанові мініпластини, остеосинтез.

Вступ. Кількість випадків травматичних ушкоджень кісток лицевого скелету залишається на високому рівні та складає 3-4% від числа пошкоджень кісток скелету людини. Тому питання їх своєчасної діагностики та правильного лікування залишається актуальним [1, 2, 4].

Метою лікування переломів кісток лицевого скелету є анатомічне та функціонально правильне відновлення (реконструкція) зламаних ділянок та відновлення правильної оклюзії. Естетичні та функціональні результати відновленої анатомічної ділянки лицевого скелету мають однаково важливе значення. Передумовами для

функціональної та анатомічної реконструкції є точна репозиція зміщених фрагментів та їх кінцева фіксація.

Відомо багато способів репозиції та фіксації зламаних фрагментів. Репозиції уламків можна досягти, як шляхом їх одномоментного ручного вправлення (з накладанням шин, лігатурного та міжщелепового зв'язування для їх фіксації), так і поступового вправлення за допомогою апаратів. В окремих випадках для фіксації уламків використовують хірургічний метод з'єднання відламків – остеосинтез. Залежно від пристроїв для його реалізації розрізняють остеосинтез непрямий (позавогнищевий) та прямий (черезвогнищевий) [2, 3, 7].

Консервативне лікування традиційно застосовують при вивихах зубів, переломі альвеолярного паростка без зміщення, гілки нижньої щелепи, переломі суглобового відростка та у дитячому віці. При даному методі лікування накладається жорстка міжщелепова фіксація уламків, за якої пацієнт може приймати тільки рідку їжу протягом усього терміну лікування, що складає в середньому 21 – 28 днів. У випадку багатоуламкового перелому, консервативні методи лікування часто не дають задовільного результату, оскільки навіть наявність добрих видимих ознак співставлення, як наприклад, відновлений прикус, не завжди має місце правильна репозиція відламків [4, 6, 9].

Всі ці недоліки зникають при застосуванні оперативного втручання (остеосинтезу), особливо при переломах зі зміщенням уламків, з інтерпозицією м'яких тканин, при наявності часткової або повної адентії щелеп, при множинно-уламкових переломах вилицево-орбітальної ділянки, а також при чисельних переломах середньої зони обличчя.

Результатом застосування оперативних методів лікування переломів кісток лицевого скелету є значно кращі функціональні та естетичні результати. Важливим є також скорочення термінів консолідації переломів на 10 – 12 днів [5, 7, 8].

В останні 20 років все ширшого застосування набуває використання титанових міні-пластин та шурупів при лікуванні переломів щелепно-лицевої ділянки [1, 2].

Матеріали та методи дослідження. В клініці щелепно-лицевої хірургії та стоматології Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» Міністерства оборони України у 2006-2008 роках були проліковані 93 хворих з переломами кісток лицевого черепу, переважно чоловічої статі, що склало 5,7% від загальної кількості стаціонарних хворих.

73 (78,5%) хворих були проліковані із застосуванням консервативних методів: ручної репозиції уламків, шинкування щелеп стандартними шинами Васильєва.

У 20 (21,5%) хворих ми застосовували титанові мініпластини: 7 випадків при -

переломі верхньої щелепи та 11 - при переломі нижньої щелепи, 2 пацієнтів було прооперовано з використанням кісткового шва. Середній вік склав 27 років.

З метою уточнення діагнозу, диференційної діагностики хворих нами було проведено рентгенографію нижньої щелепи в двох проекціях, КТ придатків пазух носа та ортопантомограма.

При лікуванні виконували комбіноване втручання: консервативне (за допомогою назубного шинкування) та оперативне (за допомогою остеосинтезу). Шинкування щелеп було здійснено під провідниковою анестезією з накладанням стандартних шин Васильєва та міжщелеповим гумовим витягненням. При оперативному методі ми використовували репозицію та фіксацію титановими мініпластинами під загальним знеболенням, з інтубацією трахеї. Хірургічний доступ виконувався шляхом пошарового розтину м'яких тканин над кісткою в ділянці перелому, після чого з метою закріплення міні пластин титановими шурупами проводилася репозиція та фіксація уламків з двох боків.

Середній ліжкодень при оперативному методі лікування скоротився до 16 днів, тоді як при консервативному середній ліжкодень досягав 26 днів.

Клінічне спостереження

Солдат Т. доставлений 18/06-2008 року до приймального відділення Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України із підозрою на перелом нижньої щелепи.

Зі слів хворого, 18/06-2008 близько о 12:00 підчас занять з фізичної підготовки впав та отримав травму нижньої щелепи, свідомість не втрачав. Відчув різкий біль у ділянці тіла нижньої щелепи та неможливість закрити рот.

При поступленні стан хворого був відносно задовільний. Температура тіла складала 36,7°C. Скарги на болісні відчуття у нижній щелепі в ділянці тіла справа та в ділянці кута зліва, порушення прикусу, набряк обличчя.

Місцевий статус: асиметрія обличчя за рахунок набряку щічної ділянки справа та зліва.

Визначаються підшкірні гематоми з обох сторін в щічних ділянках. Обмеження відкривання рота за рахунок набряку, також визначалося порушення прикусу, рухомість фронтального відділу нижньої щепи, порушення цілості слизової порожнини рота справа між 4 та 5 зубами. Пальпація болісна в ділянці тіла

нижньої щелепи справа, піборідкова проба різко болісна в ділянці кута зліва.

На представленій ортопантограмі визначається перелом нижньої щелепи в ділянці тіла між 44 та 45 зубами справа та в ділянці кута зліва зі значним зміщенням уламків на 0,5 см (рис.1).

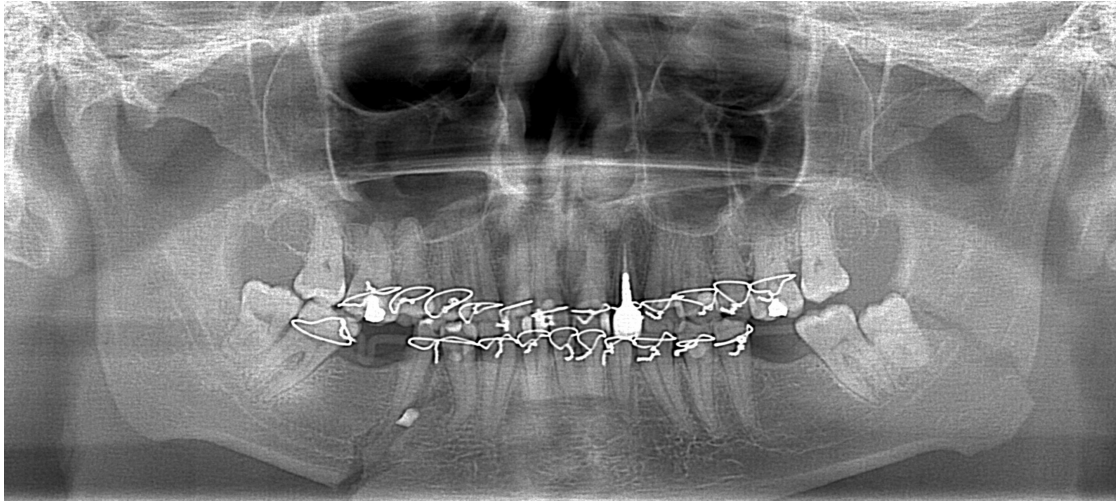


Рис.1. Ортопантомограма хворого Т. від 18.06.08. Визначається двобічний перелом нижньої щелепи в ділянці тіла справа та кута зліва

Діагноз: відкритий двобічний перелом нижньої щелепи в ділянці тіла між 44 та 45 зубами справа та в ділянці кута зліва зі зміщенням уламків.

Хід операції

Хворому перед операцією були накладені назубні шини Васильєва.

Під комбінованим ендотрахеальним наркозом з інтубацією трахеї через лівий носовий хід, після антисептичної обробки, операційного поля зроблено розріз слизової оболонки перехідної складки нижньої щелепи зліва від рівня 35 зуба до лівої ретромолярної ділянки. Відшаровано слизово-окісний клапоть. Гемостаз. Виділена лінія перелому в ділянці кута щелепи, з якої видалено згустки крові та дрібні кісткові уламки. Проведена репозиція відламків. На відламки припасовано та фіксовано за допомогою 4 гвинтів титанову мініпластину. Рану промито розчином антисептиків та ушито вікрил 3/0.

Проведено розріз слизової перехідної складки нижньої щелепи справа на рівні 43 –

46 зубів. Відшаровано слизово-окісний клапоть. Гемостаз. Виділена лінія перелому між 44, 45 зубами. 45 зуб рухомий, IV ст. З лінії перелому видалено 45 зуб, інтерпоновані м'які тканини, та стороннє тіло (частина коронки зуба), що було виявлено на ортопантограмі (18.06.08). Проведено репозицію відламків. На відламки припасовано та фіксовано за допомогою 4 гвинтів титанову мініпластину. Рану промито розчином антисептиків, ушито вікрил 3/0.

Встановлення міжщелепної тяги.

Післяопераційний період: протікав гладко, без ускладнень. Проведено курс антибактерійної терапії, симптоматичного лікування. Післяопераційна рана загоїлась первинним натягом, шви зняли на 8-й день, на 16-й день були зняті назубні шини.

Хворому через 6 місяці було зроблено повторну ортопантомограму (рис.2). Стан уламків задовільний, скарги відсутні. Титанові мініпластини видалені.

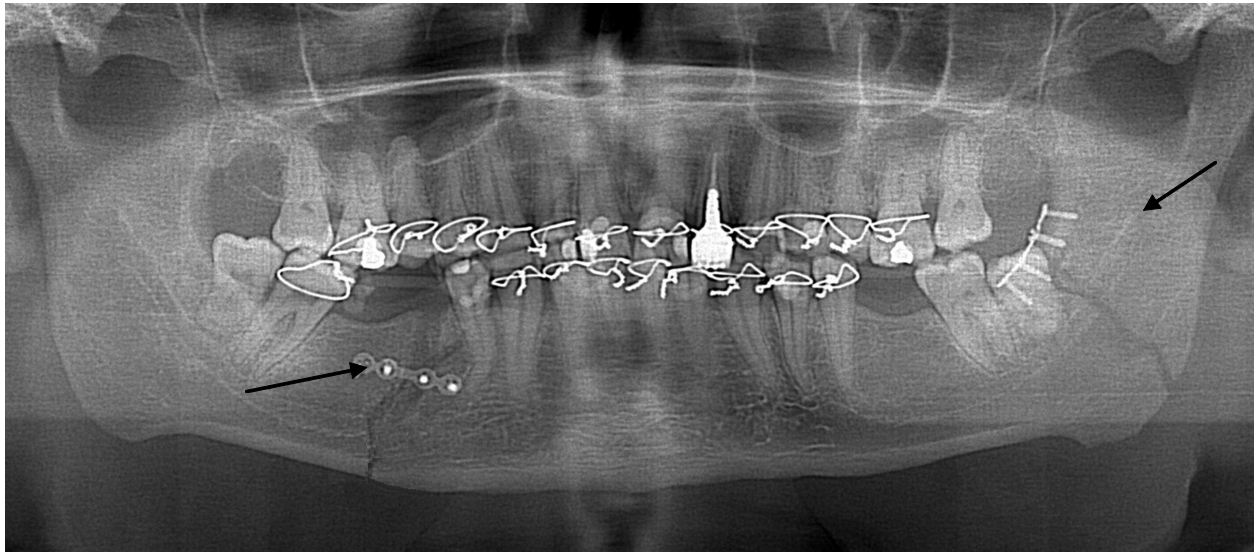


Рис.2. Ортопантомограма хворого Т. після проведеного оперативного лікування. Після відкритої репозиції внутрішньо-ротовим доступом, уламки фіксовані міні-пластинами (стрілки)

Результати дослідження та їх обговорення. Всі хворі, котрим був проведений остеосинтез із застосуванням титанових мініпластин, виписані з клініки із позитивним результатом.

Ускладнень під час проведення хірургічних втручань, в ранньому та пізньому післяопераційному періодах не спостерігалось.

Література

1. Александров Н.М. Травмы челюстно-лицевой области, - Москва, 1986. – 92с.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 1998. – 41 с.
3. Матрос-Таранец И.Н. Функционально-стабильный остеосинтез нижней челюсти. – Донецк, 1998. – 242с.
4. Челюстно-лицевой травматизм в промышленном мегаполисе: современный уровень, тенденции, инфраструктура / Матрос-Таранец И.Н., Калиновский Д.К., Алексеев С.Б., Абу Халиль М.Н., Дадонкин Д.А. - Донецк, 2001.- 193 с.
5. Локальные мышечные дисфункции при переломах костей лицевого черепа / Матрос-Таранец И.Н., Альавамлех А.И., Дуфаш И.Х., Хახелева Т.Н., Никаноров Ю.А., Абед Этер А.Р. - Донецк, 2003. – 142с.

Висновки

Використання титанових мініпластин дозволяє значно зменшити об'єм хірургічного втручання, досягнути більш надійної фіксації уламків, скоротити терміни післяопераційної реабілітації та перебування у стаціонарі.

Більшість оперативних втручань проводиться внутрішньоротовим доступом, що дає можливість отримати високі естетичні показники.

6. Левенець О.К., Матрос-Таранець І.М., Калиновський Д.К. Медико-соціальна експертиза при травмі щелепно-лицевої ділянки. Військово-лікарська експертиза в збройних силах України.- Донецьк, 2002.- 170 с.
7. Комелягин Д.Ю., Рогинский В.В. Набор титановых имплантатов для черепно-челюстно-лицевого остеосинтеза. Руководство по применению. – М.: ЗАО «Конмет», 2001.- 18с.
8. Патент 5389 А Україна, МКИ А61В17/32 Пристрій для внутрішньокістково-накісткового остеосинтезу суглобового відростка нижньої щелепи / Матрос-Таранець І.М., Калиновський Д.К., Дадонкін Д.О., Абдель Гані Ібрахім Аль Авамлех - № 2002010565; Заявл. 22.01.2002; Опубл. 17.02.2003; Бюл. №2.
9. Поляков И.В., Соколова Н.М. Практическое пособие по медицинской статистике. - Л.: Медицина, 1975. - 352 с.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Заруцький Я.Л.