

8. Weiss C.W., Judy K.W.M. Severe mandibular atrophy: biological considerations of routine treatment with complete subperiosteal implants // J. Oral Implant. – 2007. – Vol. 4. – P. 431-469.

9. Weiss C.W. A comparative analysis of fibre-osteal and osteal integration and other variables that affect long term bone maintenance around dental implants. // J. Oral Implantol. – 2008. – Vol. 13, №3. – P. 467-487.

Юқори лаб ва танглай нуқсони билан туғилган ва хейло-уранопластика операцияси ўтказилган 54та бемор текширилди. Ўтказилган клиник-функционал текширувлар беморларга альвеолопластика операциясини ўтказиш заруриятини аниқлади. Альвеолопластика операциясини ўтказишда таклиф қилинаётган киндик тўқимасини қўллаб юқори натижа олингани исботланди.

У 54 больных с врожденной расщелиной верхней губы и нёба, ранее перенесших операцию хейло-и уранопластики, клинико-функциональными исследованиями выявлена нуждаемость в операции альвеолопластики и доказана более высокая эффективность предложенного авторами метода альвеолопластики с использованием пуповины.

We surveyed 54 patients with a congenital cleft lip and palate which had operated heylo-and palatoplasty. Needs in operation alveoloplasty are revealed by the kliniko-functional researches conducted by us. Also higher efficiency of a method offered by us alveoloplasty with umbilical cord use is proved.

В помощь практикующему врачу

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

О.М. Умаров, З.А. Жилонова

Отделение политравмы Ферганского филиала РНЦЭМП, Ташкентская медицинская академия

Медицинская реабилитация сочетанных травм занимает важное место в современной хирургии, травматологии, челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии. Это можно объяснить постоянным увеличением числа пострадавших с

сочетанной травмой, трудностями ее диагностики и лечения, а также неудовлетворительными результатами лечения [2,3].

Бурное развитие промышленности, строительства и транспорта привело к

значительному увеличению частоты травматизма, что подчеркивает социально-экономическую значимость проблемы [1,4,5]. Тяжелый характер травмы, разнообразие клинических проявлений у больных с сочетанными травмами требует постоянного совершенствования методов хирургического лечения повреждений челюстно-лицевой области и других областей организма.

Арсенал хирургических методов фиксации переломов костей лицевого скелета при сочетанных травмах включает практически все известные способы остеосинтеза. Их применение определяется как объективными критериями – локализацией, характером перелома, состоянием пациента, так и субъективными факторами [5,6]. Однако, несмотря на различие во взглядах, существует единство требований к различным хирургическим методам лечения. А именно, прочность фиксации костных отломков, позволяющая приступить к ранней активизации пострадавшего и начать ранние движения нижней челюсти, малая травматичность операции, которая не должна сопровождаться большой кровопотерей, эндотоксикозом, минимальное отрицательное влияние применяемых фиксаторов на процессы остеорепарации [1,6].

эффективность и целесообразность срочного специализированного лечения сочетанных повреждений доказана многими авторами. Но пока единое

мнение относительно сроков, объема и способа специализированного лечения отсутствует, не разработаны оптимальные показания к стационарному и амбулаторному лечению, лечению протезированию, не определены средние сроки нетрудоспособности, а также формы последующего восстановительного лечения пострадавших с данной патологией.

Цель исследования. Анализ результатов лечения сочетанных травм челюстно-лицевой области в зависимости от срока оказания специализированной медицинской помощи.

Материал и методы

Под наблюдением были больные, находившиеся на стационарном лечении в отделении политравмы Ферганского филиала РНЦЭМП и отделении челюстно-лицевой хирургии ТМА в 2005-2009 гг.

155 больным с сочетанными травмами было выполнено 186 операций остеосинтеза. Несмотря на преобладание в общей структуре переломов челюстно-лицевой области переломов верхней челюсти, внутрикостный остеосинтез с использованием различных видов проволоочного материала применен в всего 38% случаев. Внеочаговый остеосинтез спицей Киршнера по методике М.А. Макиенко использовался у 31% пострадавших в основном с переломами нижней челюсти, у 7% пациентов применялось сочетание способов остеосинтеза с

использованием аппаратов Я.М. Збаржа, В.Ф. Рудько и др.

Как показывает ретроспективный анализ, средний срок остеосинтеза составил $8,33 \pm 0,58$ суток после поступления больных в стационар.

В зависимости от срока выполнения остеосинтеза больные были разделены на 4 группы. 1-ю группу составили 29 (18,8%) пострадавших, которым остеосинтез был выполнен при поступлении в клинику, т.е. в первый период травматической болезни, характеризующийся наличием острых нарушений функций жизненно важных органов. Во 2-ю группу включён 31 (19,8%) пациент, у которых остеосинтез осуществлен на 2-3-й день на фоне относительной стабилизации функции жизненно важных органов, составляющем суть II периода травматической болезни. В период максимальной вероятности развития осложнений, продолжающийся от 4-х до 10-х суток и соответствующий III периоду травматической болезни, был прооперирован 61 (38,6%) пострадавший – 3-я группа. Еще у 34 (22,8%) больных остеосинтез выполнен в IV периоде

травматической болезни, характеризующимся полной стабилизацией жизненно важных органов и начинающимся с 11-х суток после получения травмы.

Результаты и их обсуждение

Данные о сроках выполнения остеосинтеза в зависимости от локализации повреждения представлены в таблице. Как видно из таблицы, основные оперативные вмешательства в области лицевого скелета производились в сроки до 10 суток – 78,2%. Из них всего 18,8% пострадавшим специализированная медицинская помощь была оказана при поступлении в лечебное учреждение, что указывает на необходимость отсрочки оперативного вмешательства из-за тяжелого состояния пострадавших, требующего безотлагательных реанимационных мероприятий. У 21,9% больных с сочетанными травмами хирургические методы лечения осуществлены спустя 10 суток, что было связано с сопутствующими соматическими заболеваниями, требующими дополнительных исследований и проведения предоперационной подготовки.

Таблица

Зависимость срока выполнения остеосинтеза от локализации травмы у пострадавших с сочетанными повреждениями челюстно-лицевой области, абс. (%)

Локализация повреждения	Сроки выполнения остеосинтеза костей челюстно-лицевой области				Всего
	при поступлении	2-3-и сут.	4-10-е сут.	позднее 10-х сут.	
Голова	4 (3,58)	3 (1,93)	7 (4,51)	2 (1,29)	16 (10,3)

ЛОР органы и орган зрения	6 (3,87)	3 (1,93)	8 (5,18)	4 (3,58)	21 (13,5)
Грудь	3 (1,93)	2 (1,29)	7 (4,51)	3 (1,93)	15 (9,67)
Органы брюшной полости	2 (1,29)	1 (0,64)	3 (1,93)	7 (4,5)	13 (8,38)
Органы таза	2 (1,29)	1 (0,64)	6 (3,87)	6 (3,87)	15 (9,67)
Позвоночник	1 (0,64)	-	4 (3,58)	2 (1,29)	7 (4,51)
Конечности	11 (7,01)	21 (13,5)	26 (16,7)	10 (6,45)	68 (43,9)
Итого	29 (18,8)	31 (20,0)	61 (39,4)	34 (21,9)	155 (100)

Так, при поступлении остеосинтез костей лицевого скелета наиболее часто выполнялся тогда, когда ведущим компонентом сочетанной травмы было повреждение головного мозга, а в группе пострадавших, которым остеосинтез выполнялся позднее 10-х суток, преобладали повреждения конечностей.

Несмотря на тяжесть общего состояния и характер повреждения у больных 1-1 и 2-1 групп результаты проведенного оперативного лечения были удовлетворительными. У 38% пострадавших, которым остеосинтез выполнялся позднее 10-х суток, в послеоперационном периоде отмечались осложнения воспалительного характера, а также замедленная консолидация костных отломков. Однако осложнения эти не были связаны с использованным способом остеосинтеза.

На 2-4-е сутки после поступления в стационар остеосинтез выполнялся преимущественно при доминирующем повреждении челюстно-лицевой области, то есть

у пострадавших с множественными переломами челюстно-лицевой области (42,5%), среди которых только переломы обеих челюстей были у 12,5%.

Таким образом, при сочетанных травмах челюстно-лицевой области своевременное оказание специализированной медицинской помощи способствует получению оптимального результата лечения.

Вывод:

Разработка и внедрение алгоритмов хирургических методов лечения повреждений челюстно-лицевой области при сочетанной травме позволяют оптимизировать результаты лечения, а также сократить число возможных осложнений.

Литература

1. Дацко А.А. Реализация современных принципов лечения повреждений челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2003. – №1. – С. 17-22.

2. Мыльникова Л.А. Лечебно-тактические аспекты организации оказания медицинской помощи

пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном этапе // Скорая мед. помощь. – 2001. – №2. – С. 7-10.

3. Трунин Д.А. Совершенствование системы оказания помощи больным с травмой челюстно-лицевой области // Актуальные вопросы в стоматологической практике: Межрегион. сб. тез. докл. и статей, посв. 35-летию создания стоматологического факультета. – Самара, 2001. – С. 124-126.

4. Boudrieau R. Miniplate reconstruction of severely comminuted maxillary fractures in two dogs // Vet. Surg. – 2004. – Vol. 33, №2. – P. 154-163.

5. Califano L. Morbidity by planning in maxillofacial surgery // Minerva Stomatol. – 2002. – Vol. 51, №6. – P. 241-245.

6. Mosbah M., Oloyede D., Koppel D. et al. Miniplate removal in trauma and orthognathic surgery - a retrospective study // Int. J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2003. – Vol. 32, №2. – P. 148-151.

7. Velich N., Nemeth Z., Suba C., Szabo G. Removal of titanium plates

coated with anodic titanium oxide ceramic: retrospective study // J.Craniofac. Surg. – 2002. – Vol. 13, №5. – P. 636-640.

Резюме

Изучена лечебная тактика сочетанных травм челюстно-лицевой области в зависимости от срока оказания специализированной медицинской помощи, разработан алгоритм методов диагностики и лечения.

The summary

Despite the considerable difficulties in the diagnosis and examination of patients with combined trauma of the maxillofacial region, the success of the treatment depends on the developed tactics of specialized medical assistance. In this research we have studied therapeutic tactics of combined traumas of the maxillofacial region depending on the term of rendering specialized medical assistance. The algorithm of diagnosis and treatment methods are developed.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФЛЕКСЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Х.К. Садикова, Д.Б. Сулейманов, Ж. Садиков, Ш.Ш. Солиев
Ташкентская медицинская академия

Одной из самых мучительных болей, известных человеку, является боль, которую причиняет невралгия тройничного нерва. Обычно эта боль

охватывает зоны иннервации тройничного нерва. Боль при невралгии тройничного нерва сильная, напоминает удар током. Причиной ее служит раздражение