

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ОСТЕОСИНТЕЗА

Кравцова Г.Н. Левенец А.А. Игумнов Б.В., Матвеев А.И., Брагинский А., Селиверстов С.Г., Астапенко В.В., Шишлов П.А., Третьяков Е.А.

Красноярская государственная медицинская академия, кафедра хирургической стоматологии и челюстно – лицевой хирургии г, Красноярск

Лечение больных с переломами челюстей продолжает оставаться актуальной до настоящего времени. За последние годы в лечении травм нижней челюсти достигнуты определенные успехи. Предложены новые методы оперативного лечения (Бернадский Ю.И. 1999., Шаргородский А.Г. 2000.)

Цель исследования: Провести сравнительный анализ эффективности внеротового и внутриротового методов остеосинтеза при переломах нижней челюсти.

Материалы и методы исследования: Клинические исследования были проведены у 652 больных с переломами нижней челюсти, из которых 300 больным остеосинтез проводили внеротовым методом, а 352 больным - внутриротовым.

Сроки с момента получения травмы до поступления в клинику составили от 7 до 10 суток.

Диагноз перелома нижней челюсти подтверждался рентгенологическими исследованиями нижней челюсти в прямой и боковой проекциях, а также ортопантограммой.

Результаты исследования и их обсуждения. Всем больным помощь оказывалась в день поступления. При внеротовом методе у 157 человек остеосинтез осуществлялся проволочной лигатурой, у 17 человек – титановыми мини-пластинками и у 26 человек – скобой из никелид – титана (металл обладающий памятью формы).

При внутриротовом методе у 225 человек остеосинтез осуществлялся проволочной лигатурой, у 127 человек – скобой из никелид- титана (Табл.1).

Метод	Проволочная лигатура	Титановые мини-пластинки	Никелид-титановые скобы
Внеротовой	157	17	26
Внутриротовой	225	0	127

Нами проведен анализ исходов оперативного лечения больных с переломами нижней челюсти в зависимости от доступа остеосинтеза -внеротового и внутриротового с применением новых технологий. При внеротовом доступе остеосинтеза проволочной лигатурой 13 больных имели осложнённое течение, в виде нагноения костной раны, с последующим развитием травматического остеомиелита, что составило 8%. При остеосинтезе с применением новых технологий :никелид – титановой скобой 1 человек имел осложнение в виде нагноения костной раны, что составило 7%, и при остеосинтезе титановыми мини- пластинками, осложнения имели 2 больных, что составило 11% процентов.

При внутриротовом доступе остеосинтеза проволочной лигатурой осложнения в послеоперационном периоде имели 5 человек, что составило 2%, а остеосинтезе скобой из никелид – титана 1 человек имел осложнение в послеоперационном периоде, что составило 1%.

Выводы:

Анализ лечения больных с переломами нижней челюсти показал, что при остеосинтезе внеротовым доступом наносится значительная дополнительная травма мягких тканей, которая приводит к нарушению экстраоссального кровообращения и соответственно к значительным осложнениям.(нагноению костной ткани с последующим развитием травматического остеомиелита). Остеосинтез внутриротовым доступом является более эффективным и приемлемым, не сопровождается широкой отслойкой мягких тканей в области перелома, а следовательно не приводит к нарушению экстраоссального кровообращения. При внутриротовом доступе остеосинтеза не нарушается целостность кожных покровов лица тем самым повышается эстетический эффект лечения.

Анализ лечения больных с переломами нижней челюсти также показал, что применение современных новых технологий для остеосинтеза: мини-пластинки, скобы из никелид-титана являются наиболее эффективными по сравнению с проволочным швом(шов кости) независимо от внеротового или внутриротового доступа