

В итоге больной обращает внимание только на сохраняющиеся в течение года кожный зуд и сухость кожных покровов. На МСКТ ОБП, выполненной с болюсным контрастированием: размеры печени и положение типичное, паренхима накапливает контрастное вещество равномерно. Толщина стенки желчных протоков не определяется. Их просвет содержит газ, распространяющийся по протокам до корковых отделов паренхимы

печени. Размеры просвета главных желчных протоков в области анастомоза 5,9-7,9мм с расширением до 12,1мм. На ФКС: осмотр выполнен до купола слепой кишки, патологии не выявлено.

На сегодняшний день больной чувствует себя удовлетворительно, ведет активную трудовую деятельность, имеет домашнее хозяйство, строит планы на будущее и живет полноценной жизнью.

Сведения об авторах статьи:

Фаткуллин Оскар Зуфарович – врач-онколог онкологического отделения ГБУЗ КБ № 1. Адрес: 453263, г. Стерлитамак, ул. Комсомольская, 97.

Булатов Ильдар Халыфович – к.м.н., зав. онкологическим отделением ГБУЗ КБ № 1. Адрес: 453263, г. Стерлитамак, ул. Комсомольская, 97.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазебник, Л.Б. Первичный склерозирующий холангит/ Л.Б.Лазебник, В.С.Рыбак, Л.Ю.Ильченко //CONSILIUM medicum. – 2003. – Т. 05, №3. – с. 28–30
2. Руководство по хирургии желчных путей/ под ред. Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева. 2-е изд.- М., ВИДАР, 2009. – 568 с.
3. Авдеев, В.Г. Первичный склерозирующий холангит //Гепатологический форум. – 2009. – № 1. – С. 24-32.
4. Григорьева, Г.А. Первичный склерозирующий холангит и воспалительные заболевания кишечника: современное состояние проблемы и собственные наблюдения /Г.А. Григорьева, Н.Ю. Мешалкина// Фарматека для практикующих врачей. –2006. – №12. – С. 17–22.
5. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. – М.: ГЭОТАР, 1999. – 899 с.

УДК 616.716.4-005.4-089.22

© Р.А. Хасанов, А.В. Добжанский, И.А. Батыршин, 2013

Р.А. Хасанов, А.В. Добжанский, И.А. Батыршин
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОРТИКАЛЬНЫХ ФИКСИРУЮЩИХ ВИНТОВ
В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ГБУЗ «Клиническая больница № 1», г. Стерлитамак

Проведено клиническое наблюдение у 276 пациентов эффективности и безопасности применения кортикальных фиксирующих винтов при переломах нижней челюсти в сравнении с назубными проволочными шинами. Оценивались эффективность иммобилизации, частота осложнений, сроки лечения. При применении кортикальных фиксирующих винтов отмечается меньшее число осложнений.

Ключевые слова: перелом нижней челюсти, кортикальные фиксирующие винты, назубные проволочные шины.

R.A. Khasanov, A.V. Dobzhansky, I.A. Batyrshin
EXPERIENCE OF APPLICATION OF CORTICAL FIXING SCREWS
IN THE TREATMENT OF LOWER JAW FRACTURES

276 patients have been clinically observed for the efficacy and safety of cortical screw fixation in fractures of the mandible, in comparison with the tooth arch bars. The efficacy of immobilization, the frequency of complications, and duration of treatment has been evaluated. The use of cortical locking screws showed fewer complications.

Key words: fracture of the mandible, cortical locking screws, arch bar.

На современном этапе развития хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии консервативное лечение переломов челюстей проводится назубными проволочными шинами (НПШ), различными вариантами теменно-подбородочной повязки, межчелюстным лигатурным скреплением, кортикальными фиксирующими винтами (КФВ) [1]. Используя положительный опыт применения кортикальных фиксирующих винтов для иммобилизации челюстей на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета и Науч-

но-исследовательского института скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, нами было решено внедрить этот новый метод и провести сравнительный анализ двух способов иммобилизации челюстей: КФВ и НПШ.

НПШ отличаются малой травматичностью и простотой при наложении, дешевизной используемых материалов, но имеют ряд существенных недостатков: они громоздки, особенно для срочного открывания рта при черепно-мозговой травме, неудобны для осуществления приема пищи и поддержания гигиены полости рта; приводят к повреждению слизистой оболочки губ, десен, щек и смеще-

нию, вытяжению и расшатыванию зубов на 3-4-й неделе [3]. Обработка преддверия полости рта салфетками, смоченными антисептиками сложна, так как марля цепляется за крючки и концы проволочных лигатур. Применение внутриротовых назубных шин приводит к негативному отношению пациентов к ним. В процессе эксплуатации шин требуются регулярная их коррекция, обработка образовавшихся пролежней. Все это ухудшает качество жизни пациентов.

В мировой практике метод имплантации в стоматологии применяется в течении тридцати лет. Все импланты представляют собой металлические конструкции из сплавов титана или никеля [1]. Так, в частности, при переломах челюстей используются кортикальные фиксирующие винты, изготовленные из чистого титана. КФВ для иммобилизации челюстей, соединения отломков и восстановления окклюзии является эффективным методом вследствие прямого силового воздействия на костную ткань, в то время как иммобилизация назубными ортопедическими конструкциями является опосредованным методом силового воздействия; вначале формируется влияние на ткань зуба, затем на корень зуба, далее на связочный аппарат корня зуба и через него на костную ткань челюсти, что приводит к отрицательным побочным последствиям. Максилло-мандибулярная фиксация внутриротовыми кортикальными фиксирующими винтами не оказывает повреждающего воздействия на парадонт и зубы, улучшает процесс приема пищи, делает полость рта доступной для обеспечения надлежащей гигиены [2].

Материал и методы

Анализировались истории болезни за период с 01.02.2011 г. по 01.02.2013 г. 276 больных, находящихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии клинической больницы № 1 г. Стерлитамака с переломами нижней челюсти. Больные были разделены на 2 группы.

В первую группу входило 132 пострадавших, у которых иммобилизация челюстей

была произведена ортопедическим способом – назубными проволочными шинами с зацепными петлями и межчелюстным вытяжением резиновыми кольцами.

Вторую группу составили 144 человека, которым для иммобилизации челюстей использовались внутриротовые кортикальные фиксирующие винты.

В группах оценивались: частота возникновения пролежней слизистой и гингивитов, эффективность иммобилизации отломков, сроки лечения, частота остеомиелита нижней челюсти в области перелома. Статистический анализ не проводился.

Результаты и обсуждение

Из первой группы у 26 (19%) человек на фоне ношения шин произошло расшатывание зубов первой степени и наблюдались явления гингивита. У 35 (26%) человек в месте давления крючками на слизистую губ, щеки образовались пролежни, которые требовали соответствующего лечения.

Во второй группе пациентов, которым проводилась иммобилизация челюстей КФВ, наблюдался мелкоочаговый остеомиелит челюстей в области винтов у 4(3%) больных. Пролежни и воспалительные явления слизистой полости рта и парадонта не наблюдались. Сроки лечения и качество иммобилизации не отличались в группах сравнения. Частота остеомиелита нижней челюсти в области перелома в первой группе – у 9 (7%) пациентов, во второй – у 3(2%).

Выводы

Проведенный нами сравнительный анализ способов иммобилизации челюстей показал преимущества применения внутриротовых кортикальных фиксирующих винтов над назубными шинами.

Применение КФК вызывает меньшее число осложнений в ходе лечения переломов нижней челюсти, что обуславливает повышение качества жизни пациентов.

Методика фиксации КФВ функционально эффективна, технически проста, занимает меньше времени, чем на изготовление и наложение назубных шин.

Сведения об авторах статьи:

Хасанов Руслан Альбертович – врач-хирург отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РБ КБ №1. Адрес: г. Стерлитамак, ул. Коммунистическая, 97. Тел. 8(3473)24-51-90.

Добжанский Александр Владиславович – зав. отделением челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РБ КБ №1. Адрес: г. Стерлитамак, ул. Коммунистическая, 97. Тел. 8(3473)24-51-90. E-mail: dobzaleksandr@yandex.ru

Батыршин Ильгиз Альтафович – врач-хирург отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РБ КБ №1. Адрес: г. Стерлитамак, ул. Коммунистическая, 97. Тел. 8(3473)24-51-90.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев, В.В. Травматология челюстно-лицевой области. – М., 2010. – С. 9-12.
2. Робустова, Т.Г. Иммобилизация челюстей при сочетанных черепно-лицевых повреждениях / Т.Г.Робустова, А.З. Шалумов, О.В. Левченко // Российский стоматологический журнал. — 2010. — N2. — С. 30-32
3. Швырков М.Б. Афанасьев В.В. Стародубцев В.С. Неогнестрельные переломы челюстей. – М.: Медицина, 1999. – 179 с.