

Flegmon mostly caused by *Staphylococcus aureus* (47%) and *Staphylococcus epidermicus* (33%). The causative agents are sensitive to clafaroni, gentamycin, erythromycin antibiotics.

Литература

1. Воложин А.М., Агапов В.С., Сашкина Т.И. Осложненное течение острого воспалительного процесса: ранняя диагностика и принципы лечения // Стоматология, 1995. - №1. - С.35-37.
2. Каршиев Х.К. Анализ смертности больных с гнойно-воспалительными заболеваниями 4J10 // Стоматология, 1997. - №5. - С.9-12.
3. Робустова Т.Г., Губин М.А., Хаританов Ю.М. Диагностика и лечение контактного одонтогенного медиастенита // Стоматология, 1996. — №6. - С.28-31.
4. Робустова Т.Г., Губин М.А., Царев В.Н. Пути профилактики и лечения распространенных воспалительных заболеваний 4J10 и их осложнений // Стоматология, 1995. - №1, - С.31-33.
5. Соловьев М.М. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. - М.: Медицина, 1985. - С.245-259.
6. Ушаков Г.М. Диагностика и лечение гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи: Автореф. дисс. ... д-ра. мед наук: Москва, 1992.
7. Bulman J.S., Osbam J.F. Statistics in dentistry. - London, 1989. - P.86-95.
8. Daniel M., Laskin Oral and maxillofacial surgery. - 1980. - Vol.1. - P.219-251.
9. Mecurdy J.A, Macinnis F.L. Fatal mediastinitis after a dental infection // J. Oral surg. - 1987. - P.35-72.

© ХЭНТИЙ Л., ДАВААНЫМ Л., ГАНБААТАР Ю., ОЮУНБАТ Б. -
УДК 616.716.4-001.5

ВОПРОСЫ О РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МИНИПЛЕЙТОМ

А. Хэнтий, А. Давааням, Ю. Ганбаатар, Б. Оюунбат.

(Монгольский государственный медицинский университет, ректор - проф. Ц. Лхагвасурэп, кафедра челюстно-лицевой хирургии; зав. - мастер Л. Давааням, Центральная республиканская клиническая больница, глав. врач - д.м.н. Ц. Мухар)

Резюме. Представлено описание методики операции остеосинтеза миниплейтом, фото и рентгенограмми, и результаты ее применения у 28 больных с переломом нижней челюсти со смещением.

От общего числа госпитализированных в последний год больные с переломом нижней челюсти составили 13,3%, что значительно больше чем в предыдущие годы среди населения Монголии. На основе изучения результатов исследования, анализов, методики применения миниплейта в зарубежных странах, в нашей стране успешно применяется миниплейт для лечения перелома нижней челюсти со смещением. Зарубежные ученые Rotter J. и Ellis E. 3rd (1996), опубликовали данные о результатах лечения миниплейтом, и о возможных последствиях [1]. Heibel H., Alt K.W. (1996), охарактеризовали тонкий и толстый слой кортикальной пластинки нижней челюсти [2,3,4]. Из всех методов, используемых при остеосинтезе (проволок, спиц) использование миниплейта, в настоящее время является наиболее совершенным как для хирургов, так и для больных [5,6,7,10].

Материалы и методы

Переломы нижней челюсти со смещением в 2001 году среди 452 пролеченных в отделении че-

люстно-лицевой хирургии при Центральной республиканской клинической больницы наблюдались у 72 (15,9%) больных.

Из общего количества больных с переломом нижней челюсти мужчин было 64 (88%) и 8 (12%) - женщин. Соотношение больных обоего пола составляло 8:1. Из 72 больных с переломом нижней челюсти зарегистрировано со смещением у 55 (76%). Операция остеосинтеза миниплейтом выполнялась 28(51%) из 55 больных. Из всех прооперированных 29 (53%) были с переломом нижней челюсти по углу со смещением и 26 (47%) - по шейке мыщелкового отростка со смещением.

Методика операции

Положение больного на спине. Наркоз эндотрахеальный с ИВЛ. Кожный разрез на 2 см ниже нижней челюсти длиной около 5 см (фото 2).

Подлежащие мягкие ткани послойно рассекают до костей. Потом рассекают надкостницу прямым распатором до обнаружения кости нижней челюсти (фото 3,5).

Таблица 1.

Частота встречаемости переломов нижней челюсти разной локализации

Год	Кол-во больных			Локализация переломов нижней челюсти							
	всего	переломы	%	угол	%	по шейке мыщелкового отростка	%	тело	%	подбородка	%
2001	452	72	15,9	29	40,0	24	33,0	11	16,0	8	11,0



Фото 1. Общий вид больного прикус открытый



Фото 2. Перед операцией



Фото 3. Вид малого отломка со смещением вниз кнаружи (перелом нижней челюсти по шейке мыщелкового отростка справа)



Фото 4. После применения миниплейта



Фото 5. Вид малого отломка со смещением вверх и кнаружи (перелом нижней челюсти по углу слева)



Фото 6. После применения миниплейта

Освобождение от интерпозиции, приведение отломков в правильное положение. Налаживание миниплейта па отломках костей нижней челюсти, сверление бором только наружной кортикальной пластинки. Укрепление шурупом миниплейта (рис.2,4; фото 4, 6).

Промывание ран с антисептическим раствором и послойное сшивание раны. Наложение дренажа

и асептической повязки. В ходе операции внутривенно было введено 2,0 мл 30% линкомицин гидрохлорида. После операции шины закрепляют с зацепными петлями резиновым тягом.

После операции через 1-2 дня удаляют дренаж, а через 7 дней снимают швы и больной выписывается для дальнейшего амбулаторного наблюдения.



Рис.1. На прямой рентгенограмме показан перелом нижней челюсти по шейке мыщелковых отростков с обеих сторон



Рис.2. На прямой рентгенограмме показан вид после операции

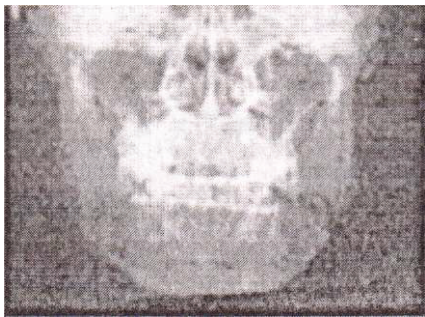


Рис.3. На прямой рентгенограмме показан перелом нижней челюсти по углу слева

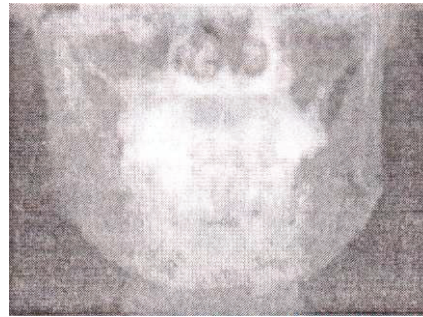


Рис.4. На прямой рентгенограмме показан вид после операции

По данным наших исследований остеосинтез нижней челюсти со смещением с использованием миниплейта является качественной и надежной операцией, позволяет сократить сроки пребывания больного на койке. Нами полученные результаты подтверждают исследования выше указанных ученых.

Кроме того, операция остеосинтеза миниплейтом перелома нижней челюсти дает снять шины с

зацепными петлями в пределах 8-10 дней, за более краткие сроки восстановить функции жевательных мышц, и при этом не обнаруживаются фиброзные ткани в последних.

Больной принимал обычную еду через 14 дней после операции. После операции мы не наблюдали такое тяжелое осложнение, как остеомиелит нижней челюсти.

THE PROBLEMS OF TREATMENT RESULTS OF MANDIBULAR FRACTURES WITH MINIPLATE OSTEOSYNTHESIS

L. Khentii, L. Davaanyam, Yu. Ganbaatar, B. Oyunbat

(Mongolian National Medical University)

The surgical methods of osteosynthesis with miniplate, photo and X-ray, the results of application on 28 patients suffering from fractures of low jaw with displacement are presented.

Литература

1. Александров Н.М., Аржанцев П.З., Вихриев Б.С. и др. Травмы челюстно-лицевой области. - М.: Медицина, 1986. - С.5-30.
2. Вернадский Ю.И., Гершуни Ю.Д. Хирургические методы лечения переломов мышечковых отростков нижней челюсти // Стоматология. - 1986. - №4. - С.35-37.
3. Bondar VS. (Russian) Simplified method of performing closed intraosseous osteosynthesis in mandibular fractures // Stomatologiya (Mosk), 1978. - №5. - P.92-93.
4. Ellis E. 3rd. (USA) Treatment methods for fractures of the mandibular angle // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. - 1999. - Vol.28, №4. - P.255-261.
5. I-leibel H., Alt K.W., Wachter R., Bahr W. (German) Cortical thickness of the mandible with special reference to miniplate osteosynthesis. Morphometric analysis of autopsy material // Fortschr Kiefer Gesichtschir. - 1996. - Vol.41. - P.91-94.
6. Johansson B., Krekmanov L., Thomsson M. (Sweden) Miniplate osteosynthesis of infected mandibular fractures // Br. J. Oral Maxillofac. Surg. - 1991. - Vol.29, №5. - P.308-311.
7. Nikitin P.V. (Russian) Biomechanical substantiation of osteosynthesis of certain fractures by the method of octahedral wire cerclage // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. - 1999. - Vol.8, №4. - P.243-252.
8. Potter, Ellis E. 3rd. (USA) Treatment of mandibular angle fractures with a malleable noncompression miniplate // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. - 1996. - Vol.54, №7. - P.864-871.
9. Raymond Jio, Fonseca and Robert V. Walker Rigid fixation of facial fractures. - Oral and maxillofacial trauma. - 1991. - Vol.2. - P. 1214-1224.
10. Rix L., Stevenson A.R., Punnia-Moorthy A. (Australia) An analysis of 80 cases of mandibular fractures treated with miniplate osteosynthesis // J. Craniomaxillofac. Surg. - 1988. - Vol.16, - №1. - P.22-27.

О ОДОНЧИМЭГ Д. -
УДК 616.314.4

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НОРМАЛЬНОГО И АНОМАЛЬНОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВЕРХНЕГО ПОСТОЯННОГО КЛЫКА

Д. Одончимэг.

(Монгольский государственный медицинский университет, ректор - проф. Ц. Лхагвасурэн, кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии, зав. - к.м.н., доцент Н. Пурэвжав)

Резюме. Для сравнения аномального и нормального прорезывания верхнего постоянного клыка исследовали 217 панорамных снимков детей в возрасте от 6 до 12 лет, имеющих зубочелю-