

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Бараннік Н.Г., Мосейко О.О., Манухіна О.М.

Науковий керівник – проф. Н.Г. Бараннік

*Запорізька медична академія післядипломної освіти,
кафедра хірургічної та терапевтичної стоматології*

Лікування постраждалих з переломами кісток обличчя залишається однією з актуальних проблем у сучасній стоматології. Значний термін втрати працездатності, а також тяжкі функціональні та косметичні наслідки надають великої соціальної значимості удосконаленню методів лікування переломів кісток обличчя.

У клініці щелепно-лицевої хірургії ЗМАПО протягом 2006-2011 років оперативним шляхом проліковано 684 (27,9%) хворих з переломами щелеп. Остеосинтез екстраоральним доступом виконували за загальноприйнятими методиками, з використанням поліамідної нитки, титанового дроту. Остеосинтез інтраоральним доступом виконували з використанням міні-пластин та кортикальних гвинтів з цирконієвого сплаву. У більшості випадків додатково проводили міжщелепну іммобілізацію дротяними шинами з зачепними петлями. Це позбавляло нижню щелепу функціонального навантаження, призводило до зниження регіонального кровопостачання, що, в свою чергу, уповільнювало регенерацію кістки, подовжувало термін лікування за рахунок реабілітаційного періоду. У 25 випадках при лікуванні переломів щелепи в межах зубного ряду застосували розроблений на кафедрі назубний компресійно-дистракційний апарат, що виключало міжщелепну іммобілізацію. Використання цієї методики забезпечувало можливість корекції співставлення уламків під час репозиції та їх надійну фіксацію і дозволяло створити оптимальні умови загоєння кісткової рани, які сприяють відновленню гемодинаміки на мікроциркуляторному рівні в зоні пошкодження, здійснити раннє функціональне навантаження.

При використанні запропонованого компресійно-дистракційного апарату спостерігалось прискорення регенерації кістки, скорочення термінів стаціонарного лікування, що підтверджувалось вищими показниками біоелектричної активності жуйних м'язів у порівнянні з аналогічними показниками при міжщелепній іммобілізації на етапах лікування, а також даними рентгенологічного, комп'ютерного томографічного та клінічного дослідження.