



**ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Запорізький державний медичний університет**



Асоціація стоматологів Дніпропетровської області

Асоціація стоматологів Запорізької області

**П'ята (V) Міжнародна науково-практична
конференція
«Стоматологія Придніпров'я»**

19 квітня 2019

Дніпро-Запоріжжя

ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*Присвячено 80-ти річчю заслуженого діяча
науки і техніки України, д. мед.н. проф. Ігоря Сергійовича Мащенко.*

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

П'ята (V) МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«СТОМАТОЛОГІЯ ПРИДНІПРОВ'Я»

Збірник наукових праць

Дніпро
Запоріжжя
2019

УДК 616.31

Редакційна колегія: проф. А.В.Самойленко (відп. ред.), проф А.А. Гудар'ян, проф. О.А. Глазунов, проф. І.В. Ковач, проф. О.А. Фастовець, проф. Н.Г. Баранник, д.мед.н. доц. О.В. Возний, доц.Н.Г. Ідашкіна, ас. Матвеєнко Л.М.

П'ята (V) Міжнародна науково-практична конференція «Стоматологія Придніпров'я»: зб.наук.пр. /Редкол.: А.В. Самойленко (відп. ред.) та ін.; ДЗ «Дніпропетровська мед. академія МОЗ України». – Дніпро; ДЗ «ДМА МОЗУ», 2019. –с.190

У збірнику наукових праць наведені матеріали Першої (V) Міжнародної науково-практичної конференції «Стоматологія Придніпров'я», яка відбулась 19 квітня 2019 року. Представлені роботи присвячені питанням профілактики, діагностики та лікування основних стоматологічних захворювань з відображенням еспериментальних, теоретичних, клінічних та науково-методичних питань сучасної стоматології.

Наукові дослідження були виконані на кафедрах стоматологічного профілю та суміжних дисциплін медичних ВНЗ, а також в закладах практичної охорони здоров'я.

УДК 616.31

© ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 2



Получен хороший косметический и функциональный результат.

Следующий случай:

Больная З., прооперирована 04.03.13.г



Выполнена операция – тотальная резекция нижней губы, углов рта, с одномоментной пластикой нижней губы кожно-жировыми лоскутами со щек по нашей методике.

Заживление протекало без осложнений как снаружи, так и в полости рта.

Получен хороший клинический результат.

Заключение : При субтотальных и тотальных поражениях нижней губы раком после экстирпации нижней губы с опухолью с успехом могут применяться как кожно-мышечно-слизистые лоскуты, так и кожно-подкожножировые широкие лоскуты, полностью возмещающие послеоперационный изъян, причем качество жизни пациентов после операций по нашей методике предпочтительнее.

**Комок А.А., Комок А.С., Москаленко Я.И., Вихрова В.В., Книга Т.А.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕННЫХ В ЗОНЕ АТО В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВУЮ
ОБЛАСТЬ.**

КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Огнестрельные ранения в области лица и шеи в большинстве своем носят тяжелый характер и сопровождаются возникновением обширных дефектов мягкой и костной ткани. Такие повреждения не могут не сказаться на эмоционально-психическом состоянии раненых, а сопутствующие функциональные нарушения жевания, глотания, дыхания и речи еще больше усугубляют тяжесть травмы, и требует профессиональной тактики челюстно-лицевого хирурга.

Создание современных видов оружия привело к тому, что даже при малых размерах входного отверстия разрушения достаточно серьезны, а выходное отверстие в несколько раз превышает входное. При травме кости образуются крупно- и мелкооскольчатые переломы, от которых расходятся трещины. Эффект внутритканевого взрыва приводит к формированию зоны нежизнеспособных тканей вдоль раневого канала, что требует более радикальной хирургической обработки.

Наличие зубов в зоне повреждения, которым ранящий снаряд передает кинетическую энергию, превращая их осколки во «вторичные снаряды», которые разлетаются в разные стороны, образуя множественные слепые карманы в окружающих тканях. Наличие патогенной микрофлоры на поверхности зубов, в кариозных полостях и в составе зубодесневых отложений обуславливает инфицирование мягких тканей и осложняет течение раневого процесса.

Сочетанное повреждение жизненно важных органов головы и шеи (головной мозг, органы зрения и слуха, глотка, гортань, трахея, крупные сосуды и нервные стволы шеи) часто сказывается на тяжести ранений и приводит к тяжелым осложнениям, включая развитие шока. Ранение крупных сосудов может вызвать обильное кровотечение, требующее немедленных мер для его остановки, вплоть до перевязки наружной сонной артерии. Более у 25% раненых в челюстно-лицевую область отмечается потеря сознания вследствие травмы головного мозга (сотрясения и ушибы, переломы основания черепа, субдуральные гематомы).

Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области определяют ряд особенностей в состоянии ран и раненого. К главным из них относятся: вероятность развития различных видов асфиксии (дислокационной, obturационной, клапанной, аспирационной); трудности при остановке кровотечений, несоответствие внешнего вида раны и истинной тяжестью ранения и состояния пострадавшего.

Правильный учет этих особенностей носит принципиальное значение для успешного оказания полноценной помощи раненым в челюстно-лицевую область.

Основной принцип хирургической обработки огнестрельных ран лица - одномоментная радикальная первичная хирургическая обработка (ПХО) раны с фиксацией костных фрагментов и использованием приемов пластической

хирургии для устранения дефектов тканей. Высокие регенеративные способности тканей челюстно-лицевой области позволяют проводить первичную хирургическую обработку ран в течение первых 48 часов после травмы. ПХО должна оказываться в максимальном объеме и при этом быть не только ранней, но и, по возможности, окончательной.

«Вооруженных сил недостаточно для защиты страны, между тем как защищаемая народом страна - непобедима.» Наполеон Бонапарт.

За последний год, столкнулись с тяжелыми ранениями лицевого скелета. С мая 2014 года в наш стационар с челюстно-лицевой травмой поступили 65 раненных бойцов, среди которых встречались травмы различной локализации:

- повреждения мягких тканей головы, шеи, лица - 45
- ожоги мягких тканей лица – 5
- многооскольчатые переломы нижней челюсти с обширными ранениями мягких тканей – 17
- сочетанные повреждения костей лицевого скелета с повреждением мягких тканей - 22

Следует отметить сочетанность повреждений челюстно-лицевой области, осложняющие возможность раннего хирургического лечения.

Удельный вес раненных в челюстно-лицевую область, сопровождающихся амнезией, тяжелым психоэмоциональным статусом – 2; поражения других частей тела - 15; удельный вес челюстно-лицевых раненных в сочетании с контузионным синдромом, открытой или закрытой черепно-мозговой травмой, сотрясением или ушибом головного мозга – 20; удельный вес минно-взрывных осколочных поражений лица и челюстей вызвавших стойкие нарушения функций: глотания, дыхания, речи, зрения – 5.

Приводим клинические случаи:

Больной И. 39лет, поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии 23.02.15 с диагнозом: «Огнестрельное ранение нижней трети лица, открытый множественный многооскольчатый перелом нижней челюсти в области ветви и суставного отростка справа, фронтального отдела и тела челюсти слева. Рваные раны правой зачелюстной области и левой подчелюстной области. Закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга I степени»



Больному произведена операция – металлоостеосинтез нижней челюсти во фронтальном отделе, в области тела челюсти слева и в области правого суставного отростка, двучелюстное шинирование шинами Тигерштедта, вторичная хирургическая обработка ран лица.





Спустя 3 недели, в удовлетворительном состоянии переведен в военный госпиталь, для дальнейшей реабилитации.

Больной С. 42года, поступил 18.03.15 с диагнозом : «Закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга I ст, огнестрельное ранение нижней трети лица слева, рваная рана левой щеки. Многооскольчатый открытый перелом нижней челюсти слева. Иностранное тело верхней челюсти слева».





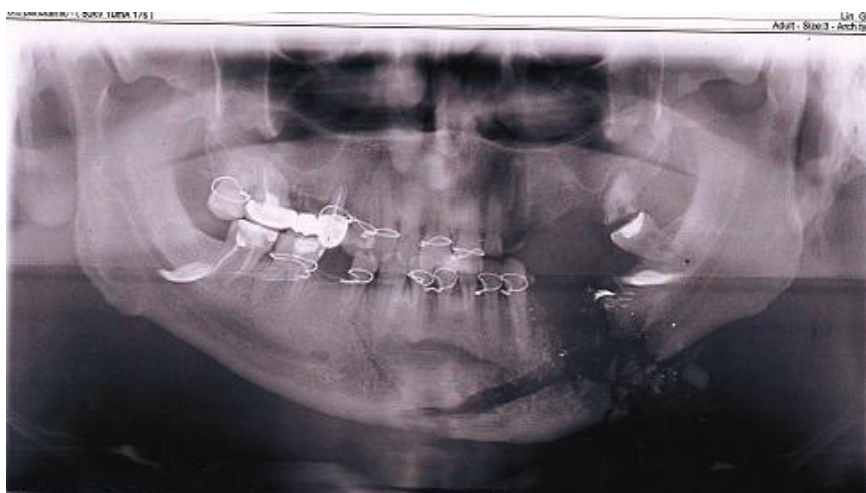
Больному произведена операция – двучелюстное шинирование шинами Тигерштедта, металлоостеосинтез нижней челюсти в области тела челюсти слева, удаление инородного тела в левой подглазничной области, вторичная хирургическая обработка ран лица, полости рта.



Через 2 недели больной С., в удовлетворительном состоянии переведен в военный госпиталь, для дальнейшей реабилитации.

Больной К. 38лет, поступил 20.08.14 с диагнозом : «Огнестрельное проникающее ранение нижней челюсти слева. Открытый многооскольчатый перелом нижней челюсти во фронтальном отделе и в области тела челюсти слева с дефектом кости. Огнестрельная рана в области боковой поверхности шеи слева. Сотрясение головного мозга.»



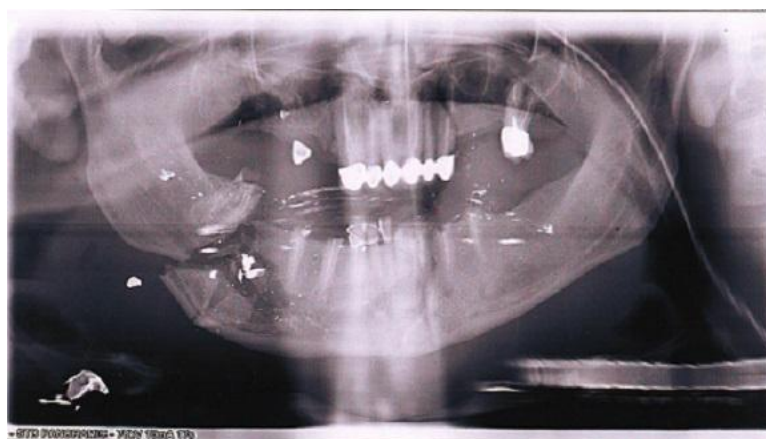


Больному произведена операция – двучелюстное шинирование шинами Тигерштедта, металлоостеосинтез тела нижней челюсти слева, вторичная хирургическая обработка ран.

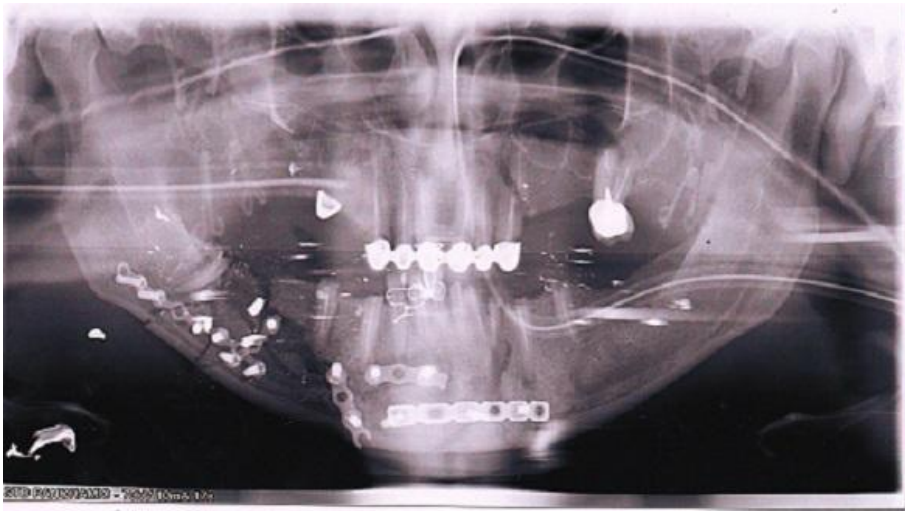
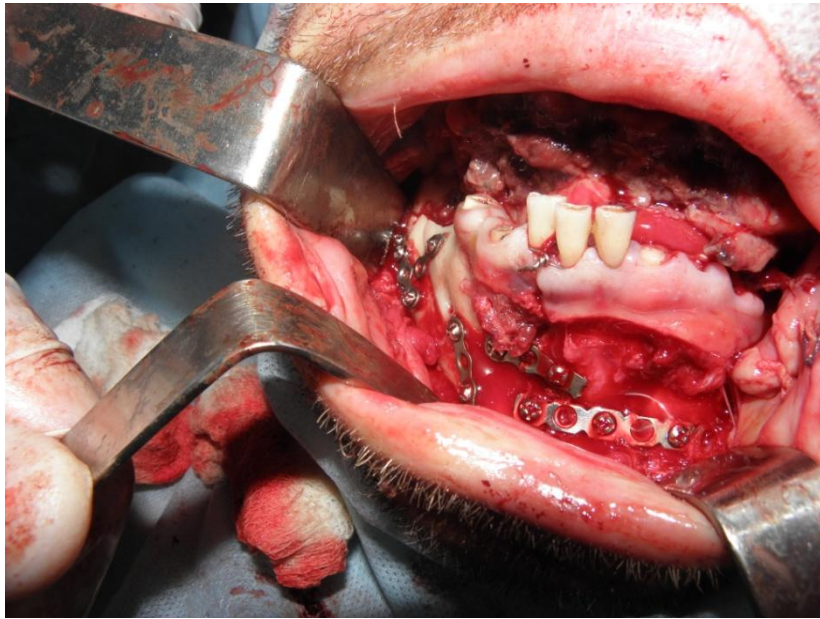


29.08.14 больной К., в удовлетворительном состоянии переведен в военный госпиталь, для дальнейшей реабилитации.

Больной Т. 45лет, поступил 20.08.14 с диагнозом «Огнестрельное ранение верхней и нижней челюстей. Открытый многооскольчатый перелом нижней челюсти во фронтальном отделе, в области тела и угла справа. Перелом верхней челюсти Ле-Фор II. Множественные инородные тела нижней трети лица, шеи справа. Отрыв и размозжение правой половины языка. Ушиб шеи и гортаноглотки. Ушиб головного мозга I ст.»



Больному произведена операция – металлоостеосинтез тела нижней челюсти справа, вторичная хирургическая обработка ран.



29.08.14 больной К., в удовлетворительном состоянии переведен в военный госпиталь, для дальнейшей реабилитации.

Больной Г. 30лет, поступил в клинику 29.07.14 с диагнозом : «Огнестрельное ранение средней зоны лица. Оскольчатый перелом верхнечелюстной кости слева и справа. Огнестрельное ранение правой щеки. Инородное тело в левой крыло-челюстной ямке».



Больному проведена операция – гайморотомия слева, удаление инородного тела в левой крыло-челюстной ямки, ПХО ран правой щеки.



11.08.14 больной Г., в удовлетворительном состоянии переведен в военный госпиталь, для дальнейшей реабилитации.

Заключение :

- Огнестрельные, осколочные, минно-взрывные ранения в челюстно-лицевую область являются тяжелыми травмами, сопровождающимися нарушениями жизненно-важных функций организма и угрожающими жизни раненного.
- Оценка и коррекция витальных функций должна проводиться начиная с момента осмотра больного , т.е. незамедлительно.
- Пластика больших изъянов мягких тканей лица должна проводиться даже при отсроченной, вторичной хирургической обработке.
- Металлоостеосинтез титаном, является методом выбора , даже при обширных дефектах и многооскольчатых переломах челюсти.
- Многоплановая консервативная терапия должна включать в себя рекомендации психолога или психиатра для коррекции психоэмоционального состояния пострадавших.

Комок А.А., Бондаренко Г.К., Терешков Д.Ю.
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИКЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ