

*Д.С. Демяник, Ю.М. Энтина*

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ  
ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА**

*(г. Харьков, Украина)*

Показатели травматизма челюстно-лицевой области остаются практически неизменными на протяжении многих лет. Однако, данные современных публикаций и собственные наблюдения свидетельствуют об его изменении в сторону утяжеления повреждений, вовлечения нескольких анатомических областей и структур. В связи с этим возникает необходимость постоянной модернизации существующих методов лечения таких пострадавших с учетом современных требований и достижений с одной стороны и доступности, эффективности их использования на практике с другой.

Сочетанные травматические повреждения костей лицевого скелета имеют, зачастую, множественный оскольчатый характер со смещением отломков, сегментарными дефектами челюстей, альвеолярных отростков и скуловых костей, что сопровождается ранами мягких тканей, а также прилежащих органов. Общее состояние таких больных, как правило, тяжелое. Комплексный подход к лечению таких пациентов подразумевает, в том числе, проведение

адекватной репозиции, фиксации отломков и иммобилизации челюстей. Применение доступных ортопедических методов ограничено недостаточным количеством устойчивых зубов, трудностями осуществления межчелюстного вытяжения на фоне выраженного смещения костных структур и повреждения головного мозга.

Хирургические способы связаны с дополнительной травмой, внутриочаговой инвазией при нарушении целостности мягких тканей, слизистой полости рта, развитием гнойно-воспалительных осложнений и, наконец, дороговизной. Учитывая эти обстоятельства, мы попытались на практике совместить преимущества этих методов с учетом современных стандартов качества лечения таких больных.

Наш успешный опыт оказания помощи подобным пострадавшим основывается на комбинации внеочагового внутрикостного введения винтов (элемент остеосинтеза) и одно- или двучелюстного шинирования (консервативно-ортопедический способ). Винты вводятся внутриротовым доступом без дополнительных разрезов и отслоения тканей в горизонтальной плоскости в отломки. Индивидуальная шина изгибается таким образом, чтобы охватывать сохранившиеся зубы, включая в себя распорочные изгибы в местах дефектов и вертикальные петли, лежащие на винты. Последние (петли вокруг винтов) могут при необходимости сжиматься и одновременно служить компрессионными, т.е. сближать костные фрагменты.

Таким образом, отломки репозируются и фиксируются с возможностью осуществления иммобилизации челюстей (двучелюстное шинирование с межчелюстным вытяжением).

Данный метод является малоинвазивным, позволяет проводить коррекцию на этапах лечения, доступен в повседневной практике, малозатратен с экономической точки зрения, не требует повторного хирургического вмешательства для извлечения каких-либо фиксаторов при развитии гнойно-воспалительных осложнений, его элементы легко извлекаются после успешного окончания лечения больного.