

Գ. Հ. ՎԱՐԴԱՆՅԱՆ

ՍՏՈՐԻՆ ԾՆՈՏԻ ԲԱԶՄԱՐԵԿՈՐԱՅԻՆ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐԻ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ
ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԻ ՔԱՆԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՀԱՐՑԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

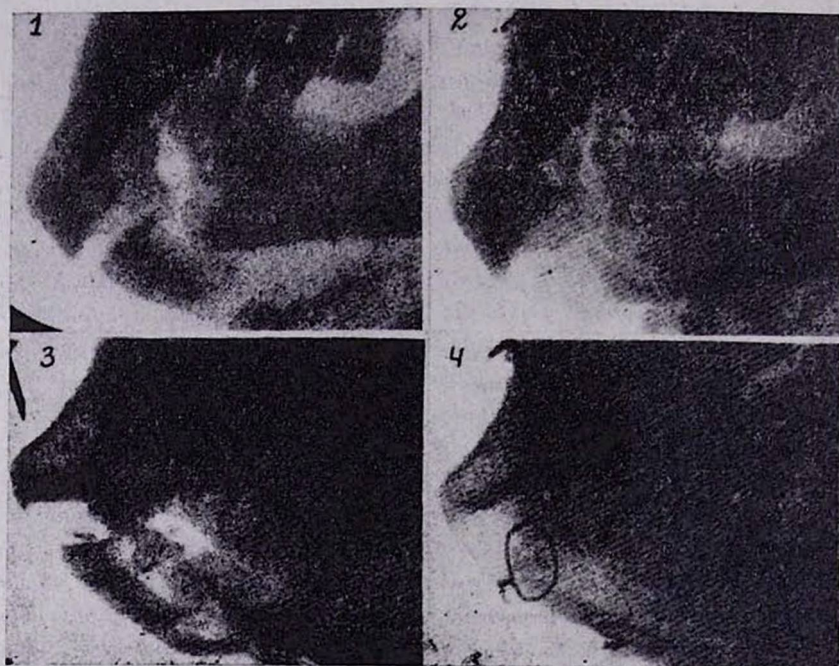
Բազմաբեկորային կոտրվածքներն անհամեմատ ավելի ծանր տրավմայի արդյունք են և առավելապես բնորոշ են հրազենային տրավմաներին: Բազմաբեկորային կոտրվածքներն ավելի մեծ չափով են բարդանում օստեոմիելիտով: Այս հարցի ուսումնասիրությանը հիմնականում զբաղվել են հետպատերազմյան ժամանակաշրջանում: Բազմաբեկորային կոտրվածքներ հաճախ պատահում են նաև խաղաղ ժամանակներում՝ արդյունաբերական և տրանսպորտային տրավմայի հետևանքով: Այսպիսի կոտրվածքների համար բնորոշն այն է, որ շուրջծնոտային փափուկ հյուսվածքներն այս կամ այն չափով փշրվում են, որի հետևանքով կոտրվածքը լինում է բաց: Օրգանիզմի ընդհանուր դրուժյունը լինում է ավելի ծանր, հյուսվածքների արյունալեցման կամ այտուցվելու դեպքում խանգարվում են շնչառական ակտը և սնուցման պրոցեսները: Այսպիսի դեպքերում հիվանդների բուժումը պետք է տարվի կոմպլեքսային եղանակով [1, 5, 6 և ուրիշներ], այսինքն, վերքի վիրաբուժական մշակումից հետո կատարվում է օստեոսինթեզ, դրվում է միջծնոտային ձգում, երբեմն լրացուցիչ դրվում է նաև կզակակապ: Նման հիվանդներին անհրաժեշտ է վաղ հոսպիտալացնել և ժամանակին սկսել բուժումը:

Նախկինում գոյություն ունեւր այն կարծիքը, որ ոսկրակարը հնարավոր է դնել միայն զծային կոտրվածքների դեպքում [4]: Հետագայում կլինիկական փորձը ցույց տվեց, որ բազմաբեկորային կոտրվածքների դեպքում նույնպես նպատակահարմար է մեկ կամ մի քանի ոսկրակարերով ամուր ֆիքսել ոսկրաբեկորները՝ ծայրը-ծայրին, սեղմման մեթոդով: Որոշ հեղինակներ խորհուրդ չեն տալիս մանր ոսկրաբեկորների հեռացման հետևանքով ստեղծված անգամ փոքրիկ ոսկրային դեֆեկտի դեպքում օգտագործել ոսկրակար [5]: Սակայն, ինչպես երևում է ստորև ցուցադրված նկարներից, եթե մեծ ոսկրաբեկորները ֆիքսելուց հետո դրանց միջև մնում է որոշ ոսկրային դեֆեկտ, ապա դա հետագայում վերականգնվում է ոսկրի ռեգեներացիայի հաշվին: Միայն հարկավոր է ժամանակին բերանի խոռոչը մեկուսացնել կոտրվածքի գծից և հետագա բուժումը տանել ակտիվ ձևով: Ինչպես վկայում են մի շարք կլինիկաների պրակտիկան և բազմաթիվ փորձերը, մետաղյա ոսկրակարը մեր օրերում համարվում է ամենավստահելի ձևը ոսկրերի ամուր և կայուն ֆիքսման համար [3, 4 և ուրիշներ]: Մեր կլինիկայի փորձը նույնպես ցույց է տալիս, որ մետաղյա ոսկրակարն ամենահուսալի ձևն է ոսկրաբեկորների ֆիքսման համար. այն հնարավոր է դնել և մեկգծանի, և կրկնակի, և եռակի, և բազմաբեկորային կոտրվածքների ժամանակ: Բուժող բժիշկը պետք է խնայող լինի ոսկրաբեկոր-

ների հեռացման հարցում, քանի որ բուժումից հետո մնում են ֆունկցիոնալ և կոսմետիկ խանգարումներ: Մեր կարծիքով, շատ մանրացած այն ոսկրաբեկորները, որոնց օթյակը գտնել և տեղադրել հնարավոր չէ, պետք է հեռացվեն, իսկ միջին և մեծ չափերի ոսկրաբեկորները պետք է ֆիքսվեն իրենց տեղում՝ ծայրերը մետաղալարով ֆիքսելով ստորին ծնոտին: Իհարկե, այդ հնարավորությունը կախված է կոտրվածքի տեսակից և տեղակայությունից, սակայն բոլոր դեպքերում պետք է աշխատել պահպանել մեծ ոսկրաբեկորները:

Ստորև ցուցադրվում է 2 դեպք, երկուսն էլ ստորին ծնոտի ձախ մարմնի բաղմամբ կտրվածքով:

1. Հիվանդ Պողոսյան Մ., 35 տ. հ/պ № 468, ընդունվել է 26/5—68 թ., վերքի վիրաբուժական մշակման ժամանակ հեռացվել է ստորին ծնոտի մարմնից անջատված բավականին մեծ ոսկրաբեկոր, որը հեշտությամբ կարելի էր տեղավորել իր տեղում և ամուր կերպով ֆիքսել ոսկրակարով (նկ. 1, 1, 2):



Նկ. 1. 1. Վերքի մշակումից առաջ: 2. Վերքի մշակումից հետո: 3. Վիրահատությունից առաջ: 4. Վիրահատությունից հետո:

2. Հիվանդ Շիրինյան Բ., 38 տ. հ/պ № 824, ընդունվել է 14/9—70 թ., վերքի վիրաբուժական մշակման ժամանակ հեռացվել են բաղմամբ լի մանր ոսկրաբեկորներ, որոնց օթյակը գտնել և տեղադրել հնարավոր չէր, իսկ ստորին կզրից անջատված մեծ ոսկրաբեկորը երկու ծայրերով ֆիքսվել է իր տեղում՝ մետաղյա ոսկրակարերով. վերքը մեկուսացվել է բերանի խոռոչի կողմից, վիրականգնելով բերանի լորձաթաղանթի ամբողջականությունը: Բուժումը տվել է հիանալի արդյունք. բորբոքային ոչ մի երևույթ չի նկատվել. հիվանդը դուրս է գրվել մեկ տարի առաջ. այդ ժամանակամիջոցում 3 անգամ ներկա-

լացել և կոնսուլտացիայի: Ֆունկցիոնալ կամ կոսմետիկ որևէ խանդարում չի նկատվել. վիրահատությունից 4—5 օր հետո հիվանդն արդեն սնվում էր մատչելի սննդամթերքներով և 15—20 օրում անցավ ընդհանուր սեղանի (նկ. 1, 3, 4):

Եզրակացություն

1. Ստորին ծնոտի բազմաբեկորային, կոտրվածքի ժամանակ բուժումը պետք է տարվի կոմպլեքսային եղանակով (վիրաբուժական և կոնսերվատիվ):

2. Վերբը մշակելիս պետք է խիստ խնայողաբար վերաբերվել ոսկրաբեկորների հեռացմանը:

3. Ոսկրաբեկորների ճիշտ տեղադրումը, դրանց ամուր ֆիքսումը, վերբի ուշադիր խնամքը, դեղորայքային և ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումները տալիս են դրական արդյունք:

4. Հիվանդների վաղ հոսպիտալացումը և վաղ վիրաբուժական միջամտությունը նպաստում են ծնոտի արագ առողջացմանը և կանխում հետագա բարդությունները:

Ծնոտակրից անջատված ոսկրաբեկորների նկատմամբ կիրառվող ուշադիր և խնայող տակտիկան շատ անհրաժեշտ է ծնոտի ֆունկցիայի վերականգնման և կոսմետիկ տեսակետից: Կլինիկական դիտումները ցույց են տալիս, որ խոշոր ոսկրաբեկորները հենց սկզբից հեռացնելը սխալ է, պետք է աշխատել դրանք ֆիքսել տեղում և պահպանել:

Մալաթիայի հիվանդանոց

Ստացված է 10/II 71 թ.

Г. О. ВАРДАНЫН

О НЕКОТОРЫХ ОСНОВНЫХ ВОПРОСАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОГООСКОЛОЧНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

РЕЗЮМЕ

Приведенные в статье случаи подтверждают, что при многоосколочных переломах нижней челюсти применение ранней хирургической обработки раны в комплексе с другими лечебными мероприятиями приводит к положительным результатам. Внимательный и щадящий подход по отношению к отделившимся свободным костным осколкам необходим для сохранения функции челюсти и косметики. Клинические наблюдения показывают, что удаление крупных осколков во время первичной хирургической обработки недопустимо. Необходимо сохранить их в надежде на дальнейшую консолидацию и восстановление целостности челюсти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батиевская В. П. Автореферат. М., 1969.
2. Вишневская И. В. Вопросы челюстно-лицевой хирургии в стоматологии. М., 1957.
3. Егиян Г. М. Хирургическая стоматология. Ереван, 1967, стр. 144.
4. Евдокимов А. И. Хирургическая стоматология. М., 1964, стр. 385.
5. Лукьяненко В. И. Стоматология, 1958, 3, стр. 15.
6. Михайлов М. Н. Стоматология, 1960, 4, стр. 47.