

гарт М. Э. Стоматологич. помощь. Рига, 1983, 6. Петров Р. В. Механизмы иммунопатологии. М., 1983. 7. Подопригора Г. И., Андреев В. Н. ЖМЭИ, 1967, 1, с. 19. 8. Резникова А. С. В кн.: Комплемент и его значение в иммунологических реакциях. М., 1967, 43. 9. Kenneth Markowitz, Michael Moynihan Mintsat Liu, Syngcuk Kim Oral surgery, oral med. and oral pathol. with sections on and maxillofacial radiol. and endodontics, 1992, 73, 6, 216. 10. Dag Orstavik, Ivar A. Mjor. Oral surgery, oral med. and oral pathol. with sections on and maxillofacial radiol. and endodontics, 1992, 73, 3, 337.

УДК 616.716.8—001.5

Ю. М. Погосян

ВНУТРИРотовой Остеосинтез Нижней Челюсти с Применением Модифицированной П-образной Скобы

Несмотря на разнообразие существующих методов оперативного лечения переломов нижней челюсти, поиск эффективных способов фиксации отломков продолжает оставаться в центре внимания хирургов-стоматологов. В настоящее время наибольшее распространение получили разные способы внеротового остеосинтеза с применением костного шва, спиц, гвоздей, наkostных рамок и пластинок. Из вышеуказанных способов наиболее часто применяется костный шов. Однако остеосинтез костным швом имеет ряд недостатков: травматичность и продолжительность операции, затруднение проведения лигатуры со стороны внутренней поверхности челюсти, разрыв лигатуры при чрезмерном скручивании концов проволоки [2]. Ряд авторов для фиксации отломков нижней челюсти применяют П-образную скобу [1—7].

Фиксация отломков нижней челюсти П-образной скобой выгодно отличается от костного шва большей прочностью, исключает возможность травмирования окружающих челюсть мягких тканей выступающими над поверхностью кости элементами шва, сокращает время оперативного вмешательства [2, 6].

Цель настоящей работы—клиническое изучение и оценка эффективности применения модифицированной нами П-образной скобы при остеосинтезе переломов нижней челюсти внутриротовым доступом.

Предлагаемая нами скоба отличается от известных тем, что она изготавливается из плоской нержавеющей стали, плечи остроугольные и с каждой стороны имеют по 3—4 шипа треугольной формы, острый конец которых направлен в сторону тела скобы (пат. предложение № 161, утвержденное ЕРМИ от 16. II. 90 г.).

Показаниями к применению П-образной скобы для фиксации костных отломков нижней челюсти внутриротовым доступом являлись линейные переломы тела нижней челюсти без смещения или с небольшим смещением отломков.

Нами было прооперировано 24 больных в возрасте от 17 до 75 лет с переломами тела нижней челюсти. После премедикации под провод

риковым и инфильтративным обезболиванием производился трапецевидный разрез слизистой оболочки через вершину альвеолярного отростка до переходной складки, отступая от линии перелома в обе стороны в среднем на 1,5 см. Отслаивался слизисто-надкостничный лоскут и обнажалась линия перелома. Если имелись показания к удалению зуба, находившегося в линии перелома, последний удалялся. После репозиции и фиксации отломков костными зажимами на наружной поверхности каждого отломка отступая от линии перелома на 0,5 см, просверливались в кортикальном слое кости отверстия, диаметром меньше ширины плеч скобы на 0,1—0,2 мм. Далее формировался паз, который соединял оба отверстия. Ширина паза соответствовала ширине тела скобы. Скоба вводилась в кость с помощью скобоводов. Так как диаметр отверстия, меньше, чем ширина плеч скобы, последняя вколачивалась в кость и крепко фиксировала отломки. После обработки раны слизисто-надкостничный лоскут укладывался на место и фиксировался узловыми швами. При линейных переломах тела нижней челюсти без смещения отломков можно произвести полудунный разрез на уровне переходной складки. Последующие этапы операции те же.

В течение 10—12 дней нижнюю челюсть дополнительно фиксировали назубными проволочными шинами или пращевидной повязкой.

У всех больных был получен удовлетворительный анатомический и функциональный результат. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением, кроме одного больного, у которого на 4-й день после операции развился поднадкостничный абсцесс. После удаления двух швов и обеспечения достаточного оттока гноя, промывания раны антисептическими растворами явления воспаления через 3 дня исчезли. После операции больным назначали антибиотики, общеукрепляющие и десенсибилизирующие препараты. Швы удаляли на 7—8-е сутки. На контрольных рентгенограммах нижней челюсти у этих больных после остеосинтеза вторичного смещения отломков не отмечено. Отдаленные результаты прослежены от 3 месяцев до двух лет у 8 больных. Отмечено полное восстановление анатомической формы нижней челюсти и функции жевания.

Таким образом, разработанная нами модификация закрепления отломков нижней челюсти внутриротовым доступом обеспечивает надежное и прочное скрепление костей. Методика операции довольно проста, ее можно применять и в хирургических кабинетах стоматологических поликлиник.

Кафедра хирургической стоматологии
Ереванского медицинского института

Поступила 24/VI 1992 г.

Ստորին ծնոտի մարմնի ոչ մեծ տեղաշարժով կամ առանց տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում առաջարկվում է բեկորների ներքերանային օստեոսինթեզի եղանակ մոդիֆիկացված Π-ձև ոսկրակապով:

Նկարագրվում է վիրահատության եղանակը: Առաջարկվող եղանակով վիրահատված է 17—75 տարեկան 24 հիվանդ: Նշվում է, որ մոդիֆիկացված Π-ձև ոսկրակապով բեկորների օստեոսինթեզը ապահովում է բեկորների հուսալի և ամուր ֆիքսում:

Վիրահատության եղանակը բավականին պարզ է և կարող է կիրառվել ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկայի վիրաբուժական կաբինետների պայմաններում:

Yu. M. Poghossian

Intraoral Osteosynthesis of the Lower Jaw with Application of Modified Π-Shaped Brace

At lower jaw fractures without shifts or with a little shift of fractures it is recommended to use intraoral osteosynthesis with a modified Π-shaped brace. This modification of fixation of the fractures promotes a fast and firm knitting of the fragments.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арифджанов А. К., Нигманов Ш. Х. Стоматол., 1984, 4, с. 39.
2. Бажанов Н. Н., Жадовский А. М. В кн.: Организация помощи и лечения травмы челюстно-лицевой области. М., 1968, с. 25.
3. Георгиева К. Стоматол., 1962, 5, с. 58.
4. Карапетян И. С. Стоматол., 1969, 3, с. 61.
5. Погосян Ю. М., Сысоева Е. Н. Тезисы 68-й отчетной научной сессии ЕрМИ. Ереван, 1989, с. 125.
6. Яновский А. Л. Стоматол., 1976, 3, 45.
7. Workis R. G., White W. S., Thomas R. F. et al. Oral. surg., 1975 39, 1, 2.

УДК 14:00:16

М. Г. Оганесян, А. В. Азнаурян

БИОПСИЯ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ТКАНИ ПРИ АСПЕРМИИ

Гистологическое исследование биоптата тестикулярной ткани при аспермии дает возможность определить степень дегенеративных изменений в ней, а также судить о способности герминативного эпителия к регенерации. Кроме того, большое диагностическое значение имеет состояние межуточной ткани, характеризующий эндокринную активность яичек [1, 4, 5]. Морфологическое исследование тестикулярной ткани показано пациентам с аспермией и нормально разви-