

Գ. Հ. ՎԱՐԴԱՆՅԱՆ

ՍՏՈՐԻՆ ԾՆՈՏԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ
ԵՂԱՆԱԿՆԵՐՈՎ

Ծամող ապարատի ֆունկցիոնալ վիճակը շափազանց կարևոր է աղեստամոքսային տրակտի դործունեության, ինչպես և օրգանիզմի ընդհանուր վիճակի համար: Այդ պատճառով էլ ծնոտների կոտրվածքները, նրանց ախտորոշումը և բուժումը չէին կարող վրիպել հայրենական ու արտասահմանյան գիտնականների և մասնագետների ուշադրությունից:

Դարեր շարունակ այս կարևոր խնդիրը համարվել է տրավմատոլոգիայի և ընդհանուր վիրաբուժության անբաժանելի մասը:

Դեռևս 19-րդ դարի սկզբներին, 1806 թ. հայրենական տրավմատոլոգ Ե. Օ. Մուխինը առաջարկել է կոտրված ոսկրաբեկորների ֆիքսում միջատամնային կապով, ըստ որում, դրա համար օգտագործվում էր մետաղյա լար: Ատամնաշարի միջև դրվում էր խցանից պատրաստված ակոսածև շինա և արտաքինից ֆիքսվում կղակակապով:

Ուռա հռչակավոր վիրաբույժ Ն. Ի. Պիրոգովը 1854—56 թվականներին առաջարկեց օգտագործել կղակակողմոսկրային գիպսային կապ անգամ հրազենային ծանր կոտրվածքների ժամանակ, առանց ծնոտը մասնահատելու:

Կղակակողմոսկրային գիպսային կապը հետագայում ավելի կատարելագործեց Յու. Կ. Շիմանովսկին: 1857 թ. վիրաբույժ Ա. Բալզամինովը առաջարկում է օգտագործել կոշտ մետաղային կղակային պարսակապ: Հետագայում, մինչև 90-ական թվականները, կոտրված ծնոտոսկրների բուժման համար կիրառվում են գուտապերչից կամ կաուչուկից պատրաստված պարսաղածև կապեր, ինչպես նաև կալպակներից ու լարերից պատրաստված մետաղյա մի շարք շինաներ: 1916 թվին Ս. Ս. Տիգերշտեդտը առաջարկում է ալյումինե կարթավոր շինաներ, որով նպատակ ունեն ֆիքսել ոսկրաբեկորները, ապա կայուն կմախքային ձգման միջոցով ուղղել նաև կծվածքը:

Բուժման այս եղանակը մինչև հիմա էլ կիրառվում է գրեթե բոլոր առաջավոր կլինիկաներում: Փորձը ցույց է տվել, որ դա արդյունավետ է անգամ հրազենային կոտրվածքների դեպքում, եթե առկա են, իհարկե, ֆիքսման համար անհրաժեշտ հենարաններ՝ ամուր ատամներ:

Կոտրվածքների ժամանակ ներբերանային ֆիքսացիան նույնպես զերծ չէ բացասական կողմերից. այսպես.

1. Ծնոտների տևական միաբերումը բացասաբար է անդրադառնում վերականգնման պրոցեսների վրա, դանդաղեցնում կոնսոլիդացիան:

2. Բերանի խոռոչում տեղադրված շինաներն ու լարերը ստեղծում են ոչ հիգիենիկ պայմաններ:

3. Շինաների պատրաստումը պահանջում է երկար ժամանակ, իսկ տեղադրումից հետո կարիք է զգացվում հաճախակի ուղղել դրանք:

4. Խանգարվում է սնուցման և խոսակցական ֆունկցիան:

5. Կարող է զարգանալ կոնտրակտուրա ծնոտային հոդերում [13]:

Վերջին ժամանակներս ավելի են ընդլայնվում ոսկրաբեկորների ֆիքսման վիրաբուժական եղանակները. Ա. Ի. Եվդոկիմովի, Վ. Մ. Մուխինի, Ա. Ա. Լիմբերգի ղեկավարությամբ կատարված կլինիկո-էքսպերիմենտալ հետազոտությունները վկայում են, որ վիրաբուժական եղանակները հնարավորություն են ընձեռում զգալիորեն կրճատելու բուժման տևողությունը, անաշխատունակության օրերի թիվը, լիովին վերականգնելու ծնոտների անատոմիական ձևը և ծամող ֆունկցիան: Մի շարք հեղինակներ [10, 11, 13] առաջարկել են օպերատիվ բուժման քիմիական եղանակներ, ինչպես՝ ոսկրաբեկորների ֆիքսումը արագ պնդացող պլաստմասսայով (ստիրիակրիլ) և կպցնող նյութերով (օստեոպլաստ սոսինձ): Բազմաթիվ առաջարկություններ են եղել նաև ոսկրաբեկորների ֆիքսման ներոսկրային օստեոսինթեզի եղանակների վերաբերյալ՝ զանազան ձևի պողպատյա շյուղերի ու կապերի օգնությամբ [4, 5, 9]:

Որոշ հեղինակներ էլ ոսկրաբեկորների ֆիքսման համար առաջարկում են կապրոնից, պոլիամիդից և պլաստմասսայից զանազան թելեր: Հեղինակները զգալի մեծամասնությունը, սակայն, ելնելով կլինիկո-էքսպերիմենտալ և հյուսվածաբանական բազմապիսի ուսումնասիրություններից, կողմնակից են ոսկրաբեկորների ֆիքսման վիրահատական եղանակին, մետաղյա ոսկրակարով [7, 12 և ուրիշներ]:

Մեր կլինիկայի փորձը նույնպես ցույց է տալիս, որ իրոք, ոսկրաբեկորների ճիշտ ֆիքսումը մետաղալարե ոսկրակարով, վերոհիշյալ եղանակների համեմատությամբ ունի շատ առավելություններ:

Բուժման վիրաբուժական եղանակով լրիվ բացվում է կոտրվածքի գիծը, ստուգվում է այն, ճշտորեն մոտեցվում են եզրերը և ոսկրակարը դնելիս ամրացվում է այնպես, որ վերականգնվի ոսկրաբեկորների ծայրերի սերտ մերձեցումը: Սա, անկասկած, բարենպաստ պայմաններ է ստեղծում ոսկրի սնուցման գործունեության վերականգնման և ռեգեներացիայի համար, կանխվում է նաև ինֆեկցիայի զարգացման հնարավորությունը: Կոտրվածքի գծում: Մետաղյա լարով դրված ոսկրակարն ունի ևս մի կարևոր առավելություն՝ ապահովում է կայուն ու վստահելի ֆիքսացիան: Վիրահատությունից 2—3 օր հետո հիվանդները կարող են կերակրվել փափուկ սննդամթերքներով, չի խանգարվում նաև խոսակցական ֆունկցիան և վերքի կարերը հանելուց մի քանի օր հետո հնարավոր է հիվանդին դուրս գրել:

Բուժման ձևը պլանավորելիս, իհարկե, անպայման պետք է հաշվի առնել տվյալ անհատի սեռը, տարիքը, կոտրվածքի ձևն ու տեղակայությունը, առանցքի քանակը և նրանց ֆունկցիոնալ վիճակը, կոտրվածքի վաղեմիությունը, օրգանիզմի ընդհանուր դրությունը, տեղային փոփոխությունները, ոսկրաբեկորների քանակը և նրանց տեղաշարժը միմյանց հանդեպ: Որպես կանոն, սնհրաժեշտ է շտապ հոսպիտալացնել հիվանդներին, կատարել ոսկրաբեկորների իմոբիլիզացիա և բուժում հենց առաջին օրից տանել կոմպլեքսային եղանակով՝ կվարց, դիաթերմիա, անտիբիոտիկոթերապիա:

Չանտեսելով բուժման կոնսերվատիվ եղանակները, համապատասխան ցուցումի դեպքում մեր հիվանդանոցում կիրառվում են նաև ստորին ծնոտի կոտրվածքների բուժման օպերատիվ եղանակներ, ոսկրակարի համար օգտագործելով IIX18H9T մակնիշի մետաղալարը, որը հանձնարարել է վիրաբու-

ժական, սարքերի և դործիքների դիտահետազոտական ինստիտուտը և լայնորեն օգտագործվում է նաև խողովակավոր ոսկրերի օստեոսինթեզի համար:

Վիրաբուժական եղանակներով բուժելու համար ցուցմունքները հետևյալն են.

1. Երբ լարային շինաներով հնարավոր չէ ուղղել և ֆիքսել ոսկրաբեկորները (անատամ ծնոտների կամ ոչ պիտանի ատամների առկայության դեպքում):

2. Բազմաբեկորային կոտրվածքներում, երբ մի կողմից նկատվում է ոսկրաբեկորների խիստ շեղում:

3. Ուշագած դեպքերում, երբ առանց վիրահատելու ոչ մի կերպ հնարավոր չէ ուղղել ոսկրաբեկորները:

Ըստ մասնագիտական դրականության վերջին տվյալների, առաջավոր մի շարք կլինիկաներում օպերատիվ միջամտությունը հասել է 25%-ի: Դա վերկայում է, որ գնալով ավելի են ընդարձակվում օպերատիվ միջամտության ցուցմունքները, այն համարվում է ավելի վատահելի և նպատակահարմար՝ կանխվում են հետագա բարդությունները, ստացվում են կոսմետիկ և ֆունկցիոնալ դրական արդյունքներ:

Անհրաժեշտ է նշել, որ բուժման վիրահատական եղանակը նույնպես զերծ չէ թերություններից, քանի որ հետագայում դեմքի վրա մնում է սպի: Սակայն մեր դիտումները հաստատում են, որ բարձր տեխնիկայով և զերազանցապես ասեպտիկ պայմաններում կատարված վիրահատությունը, վերքի հետվիրահատական խնամքը, ուշադրությունը օրգանիզմի ընդհանուր վիճակի նկատմամբ, բերում են վերքի բարեհաջող լավացման, և եթե կտրվածքը կատարված է փոքր ու ստորին եզրից 0,5 սմ ցածր, ապա հետվիրահատական սպին լինում է աննշան, համարյա աննկատելի: Հետագայում, եթե անհրաժեշտ է լինում հեռացնել ոսկրակարը, ապա դա կատարվում է նույն կտրվածքով և ոչ մի հետք չի մնում:

Վերջին 20 տարվա ընթացքում ծնոտադիմային վիրաբուժության բաժանմունքում բուժվել է ծնոտների կոտրվածքներով 898 հիվանդ, որից 788-ը, կամ 88%-ը տղամարդ, իսկ 110-ը, կամ 12%-ը կին: Սրանցից 776-ը եղել են ստորին ծնոտի կոտրվածքով, որ կազմում է 87%, իսկ 122-ը, կամ 13%-ը եղել են վերին ծնոտի կոտրվածքներով:

Ըստ ստորին ծնոտի կոտրվածքների անատոմիական տեղակայության՝ եղել է.

1. Անկյունային կոտրվածք—325—41,9%.
2. Կզակային կոտրվածք—272—55%.
3. Միջային կոտրվածք—44—5,8%.
4. Վերելակ ճյուղի կոտրվածք—35—4,6%.
5. Հոդավզիկի կոտրվածք—46—5,9%.
6. Կոմբինացված ու բազմաբեկորային կոտրվածք—54—6,9%:

Կոտրվածքներն ըստ տրավմայի տեսակի

1. Կենցաղային տրավմա—454—57%.
2. Տրանսպորտային տրավմա—140—18,2%.
3. Արտադրական տրավմա—84—10,5%.
4. Գյուղատնտեսական տրավմա—44—4,8%.

5. Սպորտային տրավմա—38—4,4%.

6. Հրազենային տրավմա—16—2%:

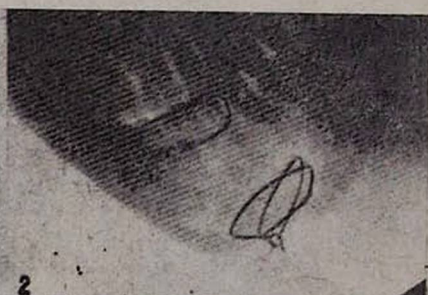
898 հիվանդներից 88-ը բուժվել են օպերատիվ եղանակներով, իսկ 810-ը՝ կոնսերվատիվ, որից 585-ի մոտ կատարվել է շինիդացիա, 225-ը բուժվել են պարսադաձև կապի միջոցով: Օպերատիվ ակտիվությունը կազմում է 9,6%:

Վիրահատված հիվանդների բուժման արդյունքները հետևյալն են. 74 հիվանդների մոտ 100%-ով վերականգնվել է հիվանդներին բնորոշ կծկվածքը և բարդություններ չեն եղել: 8 հիվանդների կծկվածքը վերականգնվել է մոտավոր ճշտությամբ, 6 հիվանդների մոտ հարկադրված հեռացրել ենք ոսկրակարը և բուժումը շարունակել կոնսերվատիվ եղանակով, որովհետև նրանց մոտ եղել է բազմաբեկորային կոտրվածք և 6—8-րդ օրերին նկատվել են բորբոքային երևույթներ: Վերջին 6 հիվանդներից 3-ի մոտ զարգացել է հետտրավմատիկ ոսկրաբորբ, մնացած բոլոր դեպքերում հիվանդները դուրս են գրվել 10—15-րդ օրը՝ ծնոտի բավարար ֆունկցիոնալ արդյունքով, առանց բարդության, իսկ հետագա դիտումները հաստատել են, որ կոնսոլիդացիան լրիվ ավարտվել է 40—45-րդ օրը:

Մետաղյա ոսկրակար հնարավոր է դնել ստորին ծնոտի միջային, կզակային, մարմնի և անկյունային կոտրվածքների դեպքում, երբ կա ոսկրաբեկորների արտահայտված շեղում և շինաներով հնարավոր չէ ուղղել այն: Ցուցադրում ենք մի քանի օրինակ.



Նկ. 1. Միջային կոտրվածք վիրահատությունից առաջ:



Նկ. 2. Նույնը վիրահատությունից հետո:

Հիվանդ Ք. Հ. 45 տ. ընդունվել է 11/3—1967 թ. հիվանդության շորրորդ օրը, «միջին գծի կոտրվածք» ախտորոշմամբ: Վիրահատվել և դուրս է գրվել առողջացած 8/4—1967 թ.:

Կզակային և մարմնի շրջանի կոտրվածքները նույնպես հաճախ հնարավոր չէ ուղղել և ֆիքսել կոնսերվատիվ եղանակներով. օրինակ՝ անատամ ծնոտի դեպքում. հիվանդ Ս. Ա. 45 տ. ընդունվել է 15/4—1969 թ. հիվանդության 2-րդ օրը, «ստորին ծնոտի աջակողմյան կոտրվածք» ախտորոշմամբ: Վիրահատվել և առողջացած դուրս է գրվել 13/10—1969 թ.:

Երբեմն ոսկրաբեկորները ծամիչ ու ծնոտը շարժող մկանների ձգմամբ շեղվում են լայնական ուղղությամբ մեկը մյուսի վրա և ուղղել դրանք առանց վիրահատության, դժվար է:

Հիվանդ Ղ. Շ. 30 տ. ընդունվել է 18/10—1969 թ. ձախ կզակային շրջանի կոտրվածքով: Վիրահատվել է և առողջացած դուրս է գրվել 3/11—1969 թ.:

նույնը կարելի է ասել նաև անկյունային կոտրվածքների դեպքում: Հիվանդ Մ. Ժ. 22 տ. ընդունվել է 21/6—1969 թ. տրավմայի երկրորդ օրը «ստորին ծնոտի աջ անկյան կոտրվածք» ախտորոշմամբ: Վիրահատվել և դուրս է գրվել 4/6—1969 թ. առողջացած:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

1. Ստորին ծնոտի կոտրվածքների բուժման օպերատիվ եղանակը պետք է համարել նպատակահարմար և արդյունավետ:

2. Ոսկրակարը զգալիորեն կրճատում է բուժման տևողությունը:

3. Համապատասխան ցուցմունքի դեպքում՝ կատարված վիրահատումը կանխում է բարդությունները, վերականգնում ծնոտի ֆունկցիան և զգալիորեն կրճատում անաշխատունակության տևողությունը:

Մալաթիայի հիվանդանոցի

վիրաբուժական ստոմատոլոգիայի բաժին

Ստացված է 16/III 1970 թ.

Г. О. ВАРДАНЫН

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ СПОСОБАМИ

Р е з ю м е

В статье приведены 898 случаев переломов челюстей, из них в 83 произведено оперативное лечение переломов нижней челюсти посредством костного шва.

Полученные данные позволяют заключить, что оперативное лечение при соответствующих показаниях приводит к положительным косметическим и функциональным результатам.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аржанцев П. З. Стоматология, 1961, 5, стр. 62.
2. Батиевская В. П. Автореферат. М., 1966.
3. Рождественский О. А., Юрманова М. К. Стоматология, 1962, 4, стр. 43.
4. Малышев В. А. Стоматология, 1969, 1, стр. 74.
5. Макиенко М. А. Стоматология, 1959, 4, стр. 32.
6. Новоселов Р. Д. Стоматология, 1957, 2, стр. 41.
7. Праведников С. Н. Стоматология, 1958, 2, стр. 25.
8. Рубежанский А. Ф. Стоматология, 1962, 5, стр. 60.
9. Лукьяненко В. И. Стоматология, 1957, 3, стр. 31.
10. Фригоф В. М. Стоматология, 1961, 3, стр. 62.
11. Циценовецкий М. А. Стоматология, 1962, 4, стр. 45.
12. Шварцман М. С. Стоматология, 1959, 1, стр. 59.
13. Швырков М. З. Стоматология, 1962, 1, стр. 107.