

УДК 617.528

© А. Г. ГУЛЮК, В. И. ЛУНГУ, В. П. МАЗУР

Одесский национальный медицинский университет
Военно-Медицинский клинический центр Южного региона, Одесса

Устранение дефекта верхней челюсти во фронтальном отделе после огнестрельного ранения

A. H. HULIUK, V. I. LUNHU, V. P. MAZUR

Odesa National Medical University
Military-Medical Clinical Centre of the Southern Region, Odesa

REMOVAL OF THE UPPER JAW DEFECT IN THE CORONAL PART AFTER GUN SHOT INJURY

Актуальность продиктована тем, что в украинском “тылу” становится все больше военнослужащих, которые были ранены во время выполнения боевых заданий в рамках антитеррористической операции на востоке Украины. Согласно доктрине медицинской сортировки раненых проблемы, связанные с восстановлением дефектов зубных рядов, у воинов АТО относятся к специализированной врачебной помощи. Так, в отделении челюстно-лицевой хирургии Военно-Медицинского клинического центра Южного региона проходят лечение и восстановление военнослужащие с последствиями ранений в АТО после этапа квалифицированной медпомощи.

Клинический пример. Больной В., 1981 г. р., в ВСУ с апреля 2014 г. Находился на стационарном лечении во ВМКЦ Южного региона с 22.01.2015 г. по 06.03.15 г. с диагнозом: “Последствия огнестрельного осколочного слепого проникающего ранения носогубной складки и полости носа в виде посттравматической рубцовой деформации кончика носа, дефекта нижнего отдела носовой перегородки. Последствия двустороннего огнестрельного открытого перелома верхней челюсти по типу Ле Фор I в виде дефекта костной ткани во фронтальном отделе и частичной вторичной адентии. Последствия огнестрельного осколочного открытого перелома верхнечелюстной пазухи слева, дефект твердого неба в виде посттравматического полипоза левой гайморовой пазухи и функционирующего ороназального свища. Постороннее тело (металлический осколок) ретрофарингеального пространства на уровне II шейного позвонка слева. Сенсорная тугоухость левого уха. OS – последствия травмы, фиброз стекловидного тела, мириаз, отслойка сетчатки, субатрофия глазного яблока. Последствия огнестрельного осколочного слепого ранения участков обоих коленных суставов в виде консолидированного огнестрельного внутрисуставного

перелома внутреннего мыщелка правой бедренной кости и правой большеберцовой кости с наличием инородных тел (металлических осколков) в полости правого коленного сустава и мягких тканях верхней трети левой голени. Посттравматический артроз правого коленного сустава. Конгестивный простатит. Солевой диатез.

В отделении челюстно-лицевой хирургии Военно-Медицинского клинического центра Южного региона была проведена операция (12.02.2015 г.) костной пластики альвеолярного отростка верхней челюсти справа аутотрансплантатом, взятым из подбородочного отдела нижней челюсти. В качестве покровной мембраны использовали БТП – плазму крови больного, предварительно центрифугированную. Раны зажили первичным натяжением. Швы сняты на 7-й день. В дальнейшем планируется этап дентальной имплантации и изготовление несъемного протеза.

Обсуждение. При утрате зубов в результате огнестрельной травмы наступает значительное уменьшение объема остаточной костной ткани. В таких случаях только костная аугментация обеспечивает возможность гарантированного увеличения объема костной ткани до необходимого уровня – создания условий для фиксации съемного или несъемного протеза. Трансплантаты из подбородочного симфиза характеризуются низкой интенсивностью резорбции, а также незначительным отеком и болевыми ощущениями, что особенно важно учитывать при лечении таких больных, перенесших до этого масштабную физическую и психоэмоциональную травму.

Оперативное вмешательство проведено под местным обезболиванием в амбулаторных условиях. Методика формирования трапециевидного костного блока с основанием, обращенным в сторону средней линии, выполнялась фиссурным бором при обильном охлаждении операционного поля физраствором

ПОВІДОМЛЕННЯ

и с учетом положения корней нижних резцов. Глубина пропила до 10 мм. Костные блоки вывихивали с помощью остеотома. Для замещения образованного дефекта костной ткани и предотвращения возможного кровотечения использовали гемостатическую губку. Необходимо помнить и учитывать, что воспринимающее ложе заживало вторичным натяжением. Следовательно, в области дефекта компактная склерозированная костная ткань с обедненным кровоснабжением. Приживление костного трансплантата зависит от васкуляризации воспринимающего ложа. Для стимуляции и запуска процесса регенерации костной ткани была проведена перфорация замыкательной пластинки в месте предстоящей фиксации костного блока. В качестве фиксатора блока

использовали винт для на костного остеосинтеза. Обязательным условием приживления блока является его плотный контакт с воспринимающим ложем и жесткая фиксация. Окружающие щелевидные углубления и дефекты заполнены костной стружкой. Зона костной пластики изолирована от полости рта ушиванием расщепленного и мобилизованного слизисто-надкостничного лоскута.

Вывод. На основании приведенного клинического примера при соблюдении условий использования костных блоков из подбородочного симфиза обеспечивается возможность гарантированного увеличения объема костной ткани в зоне посттравматических дефектов для достижения функциональных и эстетических результатов лечения.

Получено 27.01.15