

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МИКРОБНАЯ КОЛОНИЗАЦИЯ КОНСТРУКЦИОННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Басин Е.М., Медведев Ю.А., Серова Н.С., Бабкова А.А., Курешова Д.Н.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТЕОНЕКРОЗОВ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА И ВАРИАНТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии, кафедра лучевой диагностики и терапии ГБОУ Первый МГУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

Введение. Остеонекрозы лицевого черепа у лиц с наркотической зависимостью являются сложной медико-социальной проблемой. У данных пациентов отмечаются частые рецидивы заболевания, появление новых зон обнажения костной ткани, развиваются патологические переломы и ихорозный запах.

Цель работы – разработать классификацию остеонекрозов лицевого черепа и предложить варианты хирургических вмешательств на лицевом черепе у лиц с наркотической зависимостью от дезоморфина.

Материал и методы. В период с 2008 по 2015 г. в клинике челюстно-лицевой хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова проведено обследование и лечение 180 пациентов с токсическими фосфорными остеонекрозами лицевого черепа на фоне наркотической зависимости от дезоморфина и первитина.

Результаты. При планировании оперативных вмешательств на средней зоне лица верхняя челюсть (ВЧ) условно разделена на 2 части – 1-я часть – альвеолярный фрагмент ВЧ от центрального резца до клыка, 2-я часть – фрагмент ВЧ от первого премоляра до бугра ВЧ. Условно ВЧ представлена за 100% – 1-я часть составила 30%, 2-я часть – 70%. Далее 1-я часть разделена на две в процентном соотношении равные части, которые ограничены линией, проходящей на 2 мм ниже верхушек корней резцов и клыка, – по 15% каждая – 1а и 1б. В связи с этим каждый зуб в 1, а-части составил 5%. А во 2-й

части – 17,5%. При поражении ВЧ выше подглазничного отверстия выставляется + балл. При остеонекрозе любых из костей, образующих среднюю зону лица, также выставляется дополнительный + балл.

Выделены 4 группы в зависимости от типа проведенной резекции и применения реконструктивно-восстановительных приемов: 1-я – резекция ВЧ внутриротным доступом в пределах 1 сегмента, 1'-я – резекция ВЧ внутриротным доступом в пределах двух сегментов; 2-я – резекция ВЧ внеротовым доступом по Кохеру–Веберу; 3-я – резекция ВЧ внутриротным доступом с использованием фасциально-височного лоскута; 4-я – резекция ВЧ внеротовым доступом по Кохеру–Веберу с использованием фасциально-височного лоскута.

Выводы. При поражении ВЧ в пределах 1-й и 2-й части, не выходящей за пределы горизонтальной линии, проведенной через подглазничные отверстия, возможно применение внутриротного доступа. Внеротовой доступ показан при наличии остеонекротического процесса средней зоны лица, а также свищевых ходов. При выборе хирургического доступа в лечении остеонекротических процессов средней зоны лица, отдается предпочтение доступу по Кохеру–Веберу, что позволяет иссечь свищевые ходы, адекватно произвести визуальную оценку костной ткани, провести остеотомию, обеспечить оптимальный гемостаз, а также хорошую мобилизацию кожно-жирового лоскута.

Петрук П.С., Медведев Ю.А., Поляков К.А., Шаманаева Л.С., Волкова В.А., Шкварникова Е.С.

ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАТЕРИАЛОВ С ЭФФЕКТОМ ПАМЯТИ ФОРМЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛАТЕРАЛЬНОГО ОТДЕЛА СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, г. Москва

Актуальность. Ежегодно количество пациентов с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области остается стабильно высоким. Переломы костей средней зоны лицевого скелета, в частности, переломы скуло-глазничного комплекса встречаются в 14–25% случаев. Наиболее частые причины – дорожно-транспортные происшествия и бытовое насилие. Данные повреждения нередко носят сочетанный характер, поэтому диагностика и лечение подобных травм требует мультидисциплинарного подхода. Как правило отмечается асимметрия лица, симптомы пареза второй ветви тройничного нерва, нарушение целостности стенок гайморовой пазухи, в том числе повреждение нижней стенки глазницы, признаки поражения центральной нервной системы. Выраженный отек мягких тканей и отсроченное возникновение некоторых симптомов затрудняют диагностику. При неправильно выбранной тактике лечения возникает риск развития различных осложнений.

В настоящее время с успехом применяется большое количество различных методик остеосинтеза при данном виде переломов, например, костный шов, внутрикостные спицы, на костные титановые мини- и микро-

пластины, резорбируемые пластины. Тем не менее, данные о сроках и объеме выполняемого хирургического вмешательства в доступной литературе порой носят противоречивый характер.

Цель работы – совершенствование методов остеосинтеза при лечении пациентов с переломами скуло-глазничного комплекса путем применения фиксирующих устройств, изготовленных из сплавов с эффектом памяти формы.

Материал и методы. За период с 2011 по 2015 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии УКБ № 2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова прошли лечение 120 пациентов с основным диагнозом: «Перелом скуло-глазничного комплекса». После предоперационной подготовки в условиях общей анестезии выполняли оперативное вмешательство в объеме «Репозиция, металлоосинтез скуло-глазничного комплекса». В ряде случаев требовались дополнительные реконструктивные манипуляции – эндопротезирование нижней стенки глазницы при выявлении дефекта кости и пролабирании содержимого глазницы в просвет верхнечелюстной пазухи, реплантация костных фрагментов стенок верхнечелюстной пазухи для восстановления ее