

Спосіб хірургічного лікування переломів кісток обличчя відноситься до галузі медицини, зокрема до щелепно-лицевої хірургії, і може бути використаний при лікуванні переломів нижньої та верхньої щелепи, вилицево-орбітального комплексу будь-якої локалізації.

Найбільш близьким за технічною сутністю заявленому способу є спосіб хірургічного лікування переломів кісток обличчя [1] шляхом забезпечення доступу до ділянки перелому, обробки кісткової рани з видаленням нежиттєздатних тканин, репозиції та фіксації кісткових відламків до відновлення анатомічної форми, заповнення щілини перелому пластичним матеріалом (гідроксипатитом, кєрґапом, колапаном тощо), ушивання рани.

Недоліком відомого способу є те, що пластичний матеріал для заповнення щілини перелому представлений алотрансплантатом, для виготовлення якого потребується певний час та кошти, що обмежує його використання та складає певний ризик відторгнення.

В основу винаходу покладено задачу вдосконалення способу хірургічного лікування переломів кісток обличчя, який дає можливість знизити ризик розвитку ускладнень, покращити анатомічні і функціональні результати лікування, скоротити терміни тимчасової непрацездатності завдяки створенню оптимальних умов для загоєння перелому. Покладена задача вирішується за рахунок того, що у способі хірургічного лікування переломів кісток обличчя, який містить забезпечення доступу до ділянки перелому, обробку кісткової рани з видаленням нежиттєздатних тканин, репозицію та фіксацію кісткових відламків до відновлення анатомічної форми, заповнення щілини перелому пластичним матеріалом, ушивання рани, у якості пластичного матеріалу використовують згусток тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину, ушивання рани.

Новим у заявленому способі є те, що пластичний матеріал для заповнення щілини перелому представлений природним фактором росту - згустком тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину.

Реалізують спосіб таким чином: для приготування тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину безпосередньо перед операцією у постраждалого виконують забір 5-15мл крові з вени у стерильну пробірку за стандартною методикою, центрифугують її у центрифугі на швидкості від 100 до 6000об/хвил. протягом 15 хвилин, внаслідок чого у пробірці утворюються три фракції: у нижній частині осаджуються кров'яні тільця, у верхній частині - плазма з низьким вмістом тромбоцитів, а проміж цих двох фракцій - згусток з тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину, який дістають прямим пінцетом; потім здійснюють доступ до ділянки перелому зі шкіряного або внутрішнього ротового розтину (в залежності від локалізації перелому), здійснюють хірургічну обробку кісткової рани шляхом видалення усіх нежиттєздатних тканин, антисептичну обробку розчинами антисептиків, репозицію та фіксацію відламків одним з відомих способів (дротяний шов кістки, мініпластина з гвинтами тощо); після фіксації відламків щілину перелому заповнюють приготуваним згустком тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину; рану пошарово зашивають, дрениують.

Приклад №1

Хворий Є., 23 років, І.Х. №844, потрапив до клініки щелепно-лицевої хірургії 26.05.03 (на 18 добу після отримання травми) з приводу поєднаної черепно-мозкової травми, удару головного мозку, відкритого осколкового перелому лобної кістки, верхньої щелепи, вилицево-орбітального комплексу зліва, кісток носа, забитих ран обличчя, тупої травми грудної клітини. З моменту травми до госпіталізації в клініку знаходився на лікуванні в нейрохірургічному відділенні, де проведений комплекс хірургічного та консервативного лікування, стабілізовано нейрохірургічний та загальносоматичний статус. 26.05.03 проведена іммобілізація верхньої щелепи шляхом двощелепного шинування з міжщелепним витягінням та фіксації тим'яно-підборідної пов'язки. 30.05.03 під наркозом проведено оперативне втручання - остеосинтез лівого вилицево-орбітального комплексу за описаною методикою. Післяопераційний період проходив без ускладнень, шви зняти на 6 добу. На контрольних рентгенограмах від 04.06.03 - зміщення відламків після остеосинтезу усунено. 06.06.03 у задовільному стані виписаний на амбулаторне лікування. Анатомічний і функціональний результат гарний. Термін тимчасової непрацездатності склав 52 доби.

Приклад №2

Хворий Ш., 18 років, І.Х. №1289, потрапив до клініки щелепно-лицевої хірургії 28.07.03 з приводу закритого перелому виросткового відростка нижньої щелепи справа зі зміщенням, струсу головного мозку. 29.08.03 проведено остеосинтез виросткового відростка нижньої щелепи справа за описаною методикою. Анатомічна форма нижньої щелепи відновлена повністю. Додаткова іммобілізація нижньої щелепи проводилась за рахунок тим'яно-підборідної пов'язки протягом 4 днів після операції. Післяопераційний період проходив без ускладнень, шви зняти на 7 добу. На контрольних рентгенограмах у двох проекціях від 02.08.03 - зміщення усунено. 08.08.03 у задовільному стані був виписаний на амбулаторне лікування. Анатомічний і функціональний результат гарний. Термін тимчасової непрацездатності склав 25 днів.

Використання цього способу забезпечує створення оптимальних умов для загоєння перелому, що дає можливість знизити ризик розвитку ускладнень, покращити анатомічні і функціональні результати лікування, скоротити терміни тимчасової непрацездатності.

Джерела інформації, взяті до уваги:

1. Тимофєєв А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. -Т.ІІ. -Киев: Червона Рута-Турс, 1998. -С.116.