

Как видно из данных приведенной выше таблицы, при хроническом одонтогенном остеомиелите челюсти определяется некоторое нарастание активности холинэстеразы слюны и плазмы крови при резком увеличении активности холинэстеразы эритроцитов крови ($41,7 \pm 3,5$). Под влиянием лечения хронических одонтогенных остеомиелитов челюстей происходит снижение активности холинэстеразы слюны и крови; концентрация ацетилхолина крови заметно увеличивается ($P < 0,05$).

Таким образом, холинергические реакции слюны и крови при одонтогенном остеомиелите челюсти претерпевают существенные изменения, что указывает на нарушение адаптационно-трофической функции нервной системы, ее парасимпатического отдела. Определение роли медиаторов в патогенезе остеомиелита челюсти дает основание искать новые средства лечения этого заболевания среди ганглиоблокаторов, о перспективности чего свидетельствует благоприятное воздействие гексония, пирилена на течение хронических одонтогенных остеомиелитов челюстей.

В заключение следует отметить, что нейромедиаторы могут играть большую роль в развитии патологического процесса в челюсти. Изучение нейрогуморальных механизмов при остеомиелитах челюстей раскрывает роль нервной системы, ее трофической функции и подтверждает нейротрофическую природу патологического процесса. Применение средств воздействия на нейрогуморальные механизмы значительно расширит возможности лечения одонтогенных остеомиелитов.

Поступила 27 декабря 1977 г.

УДК 616.716.4—001.5—089.84

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ УГЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ КРУГОВЫМ КОСТНЫМ ШВОМ

А. Ф. Медведева, Р. Ш. Хамитова

Кафедра стоматологии (зав. — доктор мед. наук Г. Г. Насибуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, Республиканская стоматологическая больница (главврач — А. А. Гришин)

Реферат. Предложен метод оперативного лечения переломов угла нижней челюсти, обеспечивающий хороший функциональный результат. Благодаря простоте выполнения его можно применять в амбулаторных условиях.

В республиканской стоматологической больнице с 1973 г. у 29 пациентов с переломами угла нижней челюсти (лиц мужского пола — 27, женского — 2; возраст — от 6,5 до 40 лет) проведено лечение с применением кругового костного шва. У 26 из них причиной переломов послужила бытовая травма, у 2 — транспортная и у 1 — сельскохозяйственная. У 5 больных травма челюстей сочеталась с сотрясением головного мозга, у 1 наряду с переломом нижней челюсти был перелом верхней челюсти по Фор I и у 1 — перелом скуловой дуги. Двусторонние переломы были у 16 чел., односторонние — у 13, из них у 1 — двойной перелом.

После клинико-рентгенологического обследования и установления локализации линии перелома и характера смещения отломков больных подвергали оперативному вмешательству по следующей методике (рис. 1).

Под мандибулярной и инфилтрационной анестезией и премедикацией проводили разрез слизистой переходной складки по переднему краю ветви, отслаивали слизисто-надкостничную ткань и отводили ее крючками для обнажения переднего края ветви и наружной кривой линии. В участке перехода в наружную косую линию при помощи бормашины просверливали сквозное костное отверстие. Специальную иглу проводили через кожные покровы подчелюстной области (рис. 1, В) между мягкими тканями по внутренней поверхности нижней челюсти на уровне линии перелома и спереди от нее и выводили в полость рта, а затем вставляли в нее бронзово-алюминиевую или танталовую проволоку (рис. 1, С). Проволокой вслепую охватывали большой фрагмент нижней челюсти,

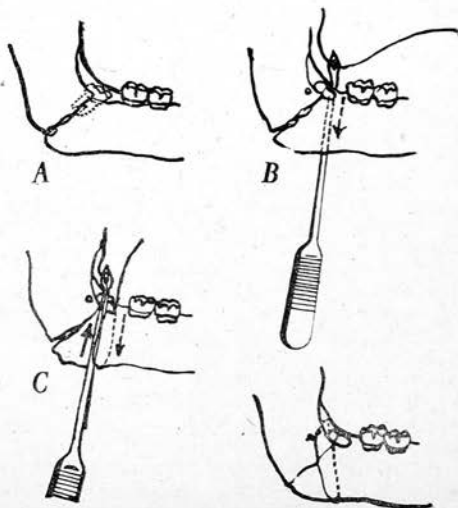


Рис. 1. Методика операции наложения кругового костного шва (по Обвегсеру).

иглу выводили на наружную поверхность челюсти непосредственно в рану на уровне внутреннего конца проволоки. Внутренний конец проволоки вводили в отверстие малого фрагмента и концы костного шва соединяли на щечной поверхности после репозиции отломков. Вследствие этого большой фрагмент оказывается подвешенным к малому фрагменту нижней челюсти. Слизисто-надкостничную ткань укладывали на место. Рану ушивали наглухо с введением дренажа на 24 часа. В послеоперационном периоде наблюдался умеренный отек мягких тканей. В течение недели мы проводили курс антибиотикотерапии.

У большинства больных непосредственный результат лечения был хорошим. У 5 больных в последующем развился травматический остеомиелит: у 3 в первые два месяца после операции и у 2 — через год. У 2 больных воспалительный процесс удалось купировать после внутривитовых разрезов, удаления восьмого зуба из линии перелома, местных инъекций метилурацила, пенициллина, физиотерапевтического лечения. 1 больному с травматическим остеомиелитом через два месяца, а 2 через год после операции пришлось удалить швы, после чего воспалительный процесс прекратился. Других осложнений в послеоперационном периоде мы не наблюдали.

У 27 лиц раны зажили первичным натяжением, у 2 произошло инфицирование раны, но развития травматического остеомиелита удалось избежать.

Из 29 больных, лечившихся в стационаре, 16 выписаны на 4—15-е сутки, 11 — на 16—30-е сутки, 2 — спустя 30 суток.

Выяснение отдаленных результатов лечения у 11 больных в сроки от 1 до 4 лет показало, что большинство больных с круговым костным швом чувствует себя хорошо. Однако у 2 больных через 1—2 года произошло прорезывание проволочного шва со стороны слизистой оболочки полости рта. У одного больного шов был удален, другой отказался от его удаления, мотивируя отказ тем, что шов его не беспокоит.

Приведенные наблюдения дают основание считать, что окружающий шов можно применять как наиболее простой способ скрепления отломков при переломах в области угла нижней челюсти за зубным рядом при соответствующих показаниях к нему. Методика наложения окружающего шва является простой, малотравматичной; кроме того, она исключает образование экстраорального рубца, что имеет косметическое значение. Ввиду простоты методики данное оперативное вмешательство можно проводить в амбулаторных условиях.

Поступила 6 декабря 1977 г.

УДК 616.34—006.5—072.1—089.87

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. С. Логинов, Ю. В. Васильев, В. В. Гуляев

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома (директор — чл.-корр. АМН СССР проф. А. С. Логинов)

Реферат. Проведено 7 эндоскопических полипэктомий луковицы двенадцатиперстной кишки. Рекомендуется выполнять эту операцию в хирургическом стационаре после предварительного гистологического исследования биопсированного материала.

В последнее время эндоскопию стали применять с лечебными целями, в частности для удаления полипов желудочно-кишечного тракта. Эндоскопическая полипэктомия двенадцатиперстной кишки имеет ряд особенностей, поэтому мы считаем целесообразным изложить наши данные.

Под наблюдением находилось 7 больных (возраст — от 19 до 49 лет) с полипами двенадцатиперстной кишки. Все они поступали с жалобами на различную интенсивности боли в эпигастральной области и диспептические расстройства. Помимо обычного клинического обследования, у всех больных проводили эндоскопию верхних отделов желудочно-кишечного тракта под местной анестезией.

6 больных были госпитализированы для проведения эндоскопической полипэктомии (полип луковицы двенадцатиперстной кишки был выявлен у них в поликлинике по месту жительства или в научно-диспансерном отделе института). Одна больная поступила в институт с подозрением на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, и лишь при рентгено-эндоскопическом исследовании у нее обнаружили полип. Приводим это наблюдение.

Е., 19 лет, студентка, поступила 15/VIII 1975 г. с жалобами на острые боли в подложечной области и по всему животу, возникающие натощак по ночам и через 1,5—2 часа после еды, горечь во рту, отрыжку воздухом, запоры. С пятилетнего возраста ее периодически беспокоят боли в животе, при обследовании находили лямблиозный холестит. С весны 1973 г. присоединились указанные выше проявления. С подозрением на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки Е. была госпитализирована.