

привычное ротовое дыхание. Ортодонтическое лечение в первом случае проходило успешнее.

ВЫВОДЫ

1. Лечение аномалий прикуса регуляторами функций Френкеля высокоэффективно в периоде активного роста челюстных костей, т. е. в возрасте от 5 до 12 лет.

2. У детей с нарушенным носовым дыханием обязательна предварительная санация носоглотки с последующими дыхательными упражнениями и миогимнастикой для восстановления носового дыхания. Это в значительной мере способствует успешному лечению аномалий прикуса и предотвращению рецидивов.

3. Электромиография, мастикациография, жевательная проба и пневмотахография являются объективными методами определения завершенности ортодонтического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белобородова Т. Д., Фрост Н. М. Учите детей правильно дышать. Саратов, 1968. — 2. Божкова З. П. Стоматология, 1970, 2. — 3. Иванов С. И. Педиатрия, 1972, 9. — 4. Малыгин Ю. М. Лечение постериального прикуса функциональным методом Френкеля. Автореф. канд. дисс., М., 1970. — 5. Хорошилкина Ф. Я. а) Аномалии прикуса в антерио-постериальном направлении, методы их диагностики и лечения. Автореф. докт. дисс., М., 1970; б) Функциональные методы лечения в ортодонтии. М., Медицина, 1972. — 6. Шеврыгин Б. В. Вопр. охр. мат., 1972, 9. — 7. Brockmann R. W. Fortschr. Kieferorthop., 1965, 26, 2. — 8. Fränkel R. Dtsch. Zahn-, Mund- u. Kieferheilk., 1964, 43, 9—10. — 9. Linder-Aronson S. Am. J. Orthodont., 1974, 65, 1.

Поступила 14 октября 1980 г.

УДК 616.716.4—001.5—089

НОВЫЕ СПОСОБЫ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОКРУЖНЫМ ШВОМ

И. А. Давудов

*Кафедра хирургической стоматологии (зав. — проф. Л. А. Кольцова) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Реферат. Описаны четыре варианта окружного шва, позволяющие фиксировать отломки при всех видах переломов тела и углов нижней челюсти. Проведено 45 операций. Обеспечение жесткой фиксации фрагментов на весь период лечения переломов нижней челюсти способствовало хорошему заживлению переломов. Осложнений не отмечено.

Ключевые слова: нижняя челюсть, перелом, остеосинтез, окружной шов.
1 иллюстрация.

Для анализа результатов лечения переломов нижней челюсти окружным швом мы изучили 560 рентгеновских снимков больных с переломами нижней челюсти, лечившихся стационарно, и провели 45 операций остеосинтеза окружным швом при различных видах переломов челюсти.

При остеосинтезе окружным швом использовали лигатурную нержавеющую стальную проволоку диаметром 0,3—0,4 мм и специальные проводники.

В большинстве случаев — по нашим данным в 79% — встречаются косые переломы нижней челюсти, и лишь в 21% — поперечные. Последние чаще бывают на уровне угла нижней челюсти и в подбородочной области между 2 и 3-м зубами или по лунке 3-го зуба. Косые переломы характеризуются острым углом линии перелома к нижнему краю тела нижней челюсти. Угол косых переломов может колебаться в пределах 15—80°. При остеосинтезе методом окружного шва стабильная фиксация фрагментов тела нижней челюсти обеспечивается в том случае, если направление натяжения лигатурной проволоки перпендикулярно линии перелома. Надежная фиксация фрагментов достигается и при ступенчатом переломе, так как ступенька, чаще расположенная горизонтально и к середине линии перелома, препятствует вертикальному смещению фрагментов при натяжении лигатуры. Но при косых переломах нижней челюсти с углом более 30° известными методами окружного шва удовлетворительной фиксации отломков между линией перелома и нижним краем тела нижней челюсти достичь не удастся, так как натяжение лигатурной проволоки может приве-

сти к гиперкоррекции — вертикальному смещению отломков по направлению натяжения.

Поэтому мы решили модифицировать способ фиксации фрагментов окружным швом и тем самым расширить диапазон его возможного применения для репозиции и фиксации отломков нижней челюсти. Предлагаем 4 варианта наложения окружного шва.

1-й вариант (см. рис., а) заключается в закреплении обоих фрагментов проволочной петлей, расположенной перпендикулярно к линии перелома. Лигатурную проволоку проводим с помощью специального проводника. На кожу лица ориентировочно наносим контуры линии перелома. По середине ориентировочной линии перелома перпендикулярно к ней проводим вторую линию. У нижнего конца второй линии в области нижнего края тела нижней челюсти делаем разрез кожи длиной 1 см и расслаиваем мягкие ткани до кости нижнего края тела челюсти, на челюсти с помощью кусачек или бормашины делаем бороздку глубиной 1—2 мм. При работе с бормашинной для разведения и защиты мягких тканей от травмы бором в рану вводим носовое зеркало. Проводник вводим через разрез у нижнего края тела нижней челюсти в контакте с внутренней поверхностью тела нижней челюсти, продвигаем по направлению ориентировочной линии, проведенной перпендикулярно линии перелома, и выводим в полость рта в области альвеолярного гребня. К ушку проводника в полости рта привязываем проволоку, которую с помощью проводника вытягиваем наружу, затем в постоянном контакте с наружной поверхностью тела челюсти проводим ее обратно в полость рта на уровне первой проволоки с вестибулярной стороны, после чего проволоку отделяем от проводника и проводник вынимаем. Во избежание смещения проволоку у нижнего края тела челюсти вставляем в бороздку. На рану после выведения проводника накладываем шов. Концы проволоки в полости рта соединяем, производим ручную репозицию фрагментов и фиксируем отломки закручиванием проволоки на альвеолярном гребне или на назубной шине.

2-й вариант (см. рис., б) заключается в прикреплении обоих фрагментов с помощью двух проволочных петель, расположенных перпендикулярно друг к другу.

На кожу лица наносим ориентировочно линию перелома челюсти. Отступая от этой линии в обе стороны на 1—1,5 см, на уровне нижнего края тела челюсти под местной анестезией по описанной выше методике обнажаем края обоих фрагментов и с помощью кусачек или бормашины на каждом фрагменте делаем бороздки глубиной 1—2 мм. Из каждого разреза в подчелюстной области проводником проводим проволочную петлю. Обе петли расположены друг к другу в перекрестном направлении.

3-й вариант (см. рис., в) заключается в прикреплении отломка подбородочной области к обоим дистальным фрагментам тела нижней челюсти с помощью окружного шва, наложенного в виде изогнутой восьмерки.

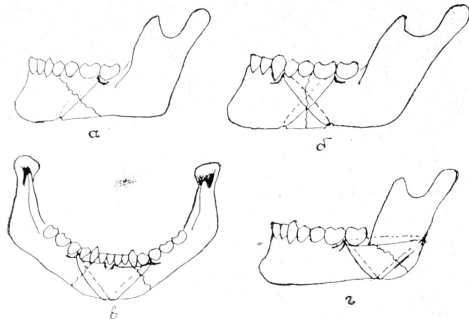
Через разрез мягких тканей в середине подбородочной области вводим проводник и в контакте с внутренней поверхностью тела нижней челюсти выводим его в полость рта на уровне второго или третьего межзубного промежутка от щели перелома дистального фрагмента тела нижней челюсти. К ушку проводника в полости рта привязываем проволоку, которую с помощью проводника вытягиваем наружу, затем в постоянном контакте с наружной поверхностью левого дистального фрагмента тела нижней челюсти проводим проволоку обратно в полость рта и выводим на уровне 2-го или 3-го межзубного промежутка от щели перелома. Так же проводим вторую проволоку, только по внутренней поверхности левого и наружной поверхности правого дистальных фрагментов.

На рану в подбородочной области накладываем узловый шов. В полости рта концы лигатурной проволоки на правом и левом дистальных фрагментах соединяем.

На одном дистальном фрагменте концы проволоки фиксируем закручиванием в межзубном промежутке. Подтягиванием за концы проволоки на втором дистальном фрагменте тела нижней челюсти достигаем репозиции смещенного подбородочного отдела нижней челюсти и фиксируем его во вправленном состоянии закручиванием проволоки на альвеолярном отростке.

При этом способе фиксации необходимо дополнительное наложение одночелюстного межзубного связывания с охватом не менее двух зубов на каждом фрагменте в области перелома, так как натяжение лигатурной проволоки может вызвать разобщение фрагментов у верхних краев щелей переломов.

4-й вариант (см. рис., г). Мы модифицировали метод «вожжи» с учетом его недостатков. Фиксацию фрагментов при переломах угла нижней челюсти производим треугольно-обвивным швом. Через разрез мягких тканей длиной 1 см в области заднего края ветви нижней челюсти на уровне жевательной поверхности зубов обнажаем задний край ветви нижней челюсти. С помощью бормашины или кусачек



Фиксация отломков нижней челюсти: а — при косом переломе с углом более 30° ; б — при поперечном переломе с углом $80-90^\circ$; в — при двустороннем переломе подбородочного отдела (отрыв подбородка); г — при переломах угла нижней челюсти.

ручного вправления фрагментов и подтягивания проволоки фиксируем ее закручиванием на шине или на альвеолярном гребне.

По заживлении перелома лигатурную проволоку можно легко вытянуть, срезав ее в области концов.

Мы провели 45 операций остеосинтеза, из них 22 операции по 1-му варианту — при переломах тела нижней челюсти с углом между линией перелома и нижним краем тела челюсти больше 30° ; 12 операций по 2-му варианту — при поперечных переломах тела челюсти; 5 операций по 3-му варианту — при отрыве подбородочного отдела нижней челюсти; 6 операций по 4-му варианту — треугольно-обвивным швом при косых и поперечных переломах угла нижней челюсти.

При всех видах остеосинтеза фрагменты фиксировали жестко до конца консолидации отломков. Осложнений в период наложения окружного шва и в процессе лечения мы не наблюдали.

Поступила 27 октября 1980 г.

УДК 616.31—089.5:616.314—053.2

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ ТРИМЕКАИНОМ

Е. В. Крешетов

*Кафедра стоматологии детского возраста (зав.—доктор мед. наук Х. М. Сайфуллина)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им.
С. В. Курашова*

Резюме. Изучение эффективности использования тримекаина для обезболивания хирургических вмешательств в полости рта у 1075 детей показало зависимость ее от концентрации раствора анестетика и выраженности воспалительных явлений в тканях полости рта. Полученные данные позволяют рекомендовать 0,5% и 1% растворы тримекаина для обезболивания хирургических вмешательств в полости рта у детей.

Ключевые слова: обезболивание у детей, челюстно-лицевая область, тримекаин.

Библиография: 1 название.

Обезболивание вмешательств в челюстно-лицевой области у детей сложно и недостаточно разработано. Традиционно используемый новокаин не всегда обеспечивает достаточную анестезию, особенно при острой одонтогенной инфекции. Имеются случаи аллергии к новокаину. Для обезболивания стоматологических вмешательств у взрослых в клинике успешно используется тримекаин (М. Г. Панин, Г. Г. Митрофанов, И. А. Шугайлов, 1976). Сообщений о применении тримекаина у детей при выполнении хирургических стоматологических вмешательств нами не найдено. В данной работе изучена эффективность использования растворов тримекаина различной