

ЕТАПНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ КІСТОК ГОМІЛКИ ВНАСЛІДОК ВИСОКОЕНЕРГЕТИЧНОЇ ТРАВМИ

Рубель Ю.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Пелипенко О.В., ас. Ковальов О.С.

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. Переломи дистальних відділів кісток гомілки складають до 20% від переломів різної локалізації. Кожен десятий з цих переломів є внутрішньо- чи навколосуглобовим. Особливо важкими вважаються «переломи пілону». Помилки в діагностиці та лікуванні даних ушкоджень на різних етапах зустрічаються досить часто, що зумовлює тривалу працездатність та призводить до інвалідності.

Мета. Провести аналіз лікування хворих з переломами дистального відділу кісток гомілки з визначенням етапних заходів з профілактики ускладнень.

Методи дослідження. Проведений аналіз лікування 97 пацієнтів з переломами дистального відділу кісток гомілки, які лікувались в умовах травматологічного відділення 1-ої міської клінічної лікарні м. Полтави. Переважно це були чоловіки (61,9%) найбільш працездатного віку (середній вік – 43 роки).

При встановленні клінічного діагнозу в обов'язковому порядку проводили оцінку стану м'яких тканин, рентгенографію кінцівки у двох стандартних проекціях. При складних внутрішньосуглобових переломах у 24,7% випадках виконували комп'ютерну томографію з 3D реконструкцією. Типи переломів визначались за класифікацією АО. В процесі лікування виділяли окремі етапи: ранній посттравматичний, інтра- та післяопераційний, віддалений.

Основні результати. Відповідно типу перелому хворі поділились наступним чином: переломи типу А – 25,8%, тип В – 50,5%, тип С – 24,7%.

При закритих переломах кінцівок у 95 пацієнтів відзначався виражений больовий синдром, набряк. У 35 (36,1%) пацієнтів спостерігалась поява епідермальних пухирів (фліктен), що була зумовлена особливостями отриманого пошкодження м'яких тканин, недоліками першої допомоги та пізнім зверненням за допомогою. Наявність фліктен була причиною перенесення проведення оперативного втручання на строк від 3 днів до 3 тижнів. Стан хворого нормалізувався після проведення адекватної медикаментозної терапії (проти набрякова, протизапальна, анальгезуюча тощо).

При відкритих переломах кісток у 9 хворих ургентно застосовували апарати зовнішньої фіксації, які у 7 випадках демонтовані та замінені стабільним накістковим металоостеосинтезом.

Результати лікування оцінені як добрі у 76,3% пацієнтів, задовільні – у 18,6%, незадовільні – у 5,1%. Останні у зв'язку із незрошенням перелому з виникненням хибного суглобу 3 та остеомієліту 2 повторно оперовані.

Висновки. Під час медичної реабілітації хворих з переломами дистального відділу кісток гомілки своєчасне визначення та проведення заходів з профілактики ускладнень відповідно етапу лікування є запорукою отримання значного відсотку позитивних результатів.

ОЦІНКА ПОЛОЖЕННЯ ЯЗИКА В СТАНІ СПОКОЮ В ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Саблін М.І., Ківа Т.В., Стебловська В.І., Бужилов І.В., Якубов Р.В.

Науковий керівник: ас. Сокологорська-Нікіна Ю.К.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів

Українська медична стоматологічна академія

Язик – це м'язовий орган, що має великий вплив на стан зубного ряду і альвеолярні гребені. Він тисне на кожен зуб силою 500 грам.

Язик бере участь у багатьох важливих процесах: визначає смак і температуру їжі; допомагає в перемішуванні їжі та слини, запускаючи процес травлення; забезпечує ковтання; бере участь у формуванні мови. А ще, здійснюючи кілька тисяч рухів на добу (тільки ковтальних рухів близько 2000), язик бере участь у формуванні склепіння піднебіння та прикусу.

Правильне положення язика, яким дитина повинна бути навчена з дитинства є визначальним фактором формування ортогнатичного прикусу. Для правильного росту зубів у порожнині рота має утворитися так звана міодинамічна рівновага, тобто тиск язика зсередини на зубний ряд верхньої щелепи має відповідати тиску м'язів губ і щік зовні.

Метою нашої роботи була оцінка положення язика за допомогою конусно-променевої комп'ютерної (КПКТ) в положенні спокою у ортодонтичних пацієнтів.

Матеріали і методи. В дослідженні брали участь 22 пацієнти, що мали ортодонтичну патологію. Всім пацієнтам була проведена КПКТ щелепно-лицевої ділянки на дентальному комп'ютерному томографі «VATECH PAX-ZENITH 3D», крок сканування 1 мм, час сканування 15 сек. із загальною променевою навантаженням 50 мкЗв. Аналіз КТ проводили в програмі Ez3D2009.

При вивченні КПКТ в програмі у всіх трьох вікнах, що характеризують три площини, встановлювали томографічні зрізи посередині. Всі подальші вимірювання проводили на аксіальному зрізі. У нормі, кінчик язика в нейтральному положенні, розташовується за верхніми різцями, не торкаючись їх, спинка язика притискається до піднебіння, стимулюючи ріст верхньої щелепи в ширину.