

**«Нанотехнологии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»,
Маврикий, 18-25 февраля 2013 г.**

Медицинские науки

**ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ
И КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА,
ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ**

Закишева С.М., Токбергенова А.Т.,
Джангалиев Д.Т., Тулкумбаев А.Р.,
Альмуратова А.С.

*Карагандинский государственный
медицинский университет, Караганда,
e-mail: Aliyu_kgmu@mail.ru*

Травматические повреждения челюстно-лицевой области составляют – 16,4% травм мирного времени, от общего числа повреждений организма. Несмотря на достигнутые успехи в лечении, процент осложнений воспалительного характера, остается высоким – 18,6%, причинами которого являются одонтогенные очаги, расположенные в плоскости перелома, поздняя обращаемость, изменение иммунного статуса организма.

Цель исследования. Осложнения переломов челюстей и костей лицевого скелета во многом зависят от иммунного статуса. В связи с этим имеет перспективу выявление прогностически значимых различий у больных с осложненными и неосложненными травмами, для создания стабильной устойчивости костных отломков и обеспечения оптимальных условий для репаративной регенерации кости.

Задачи исследования

- Использование оптимальных методов лечения и профилактики переломов челюстей и костей лицевого скелета.

- Установление иммунологической закономерности течения костно-раневого процесса.

- Мониторинг переломов с регистрацией результатов исследования.

- На основании данных полученных в результате клинко-иммунологического исследования создание наиболее рационального способа диагностики, лечения и реабилитации.

- На основании проведенного исследования будет издано учебно-методическое пособие, научные статьи.

Методология научных исследований. Для изучения данной тематики выделено 4 группы больных по дням обращаемости после травмы и методам лечения:

I. Группа – контрольная (20 здоровых лиц).

Критерии исключения из контрольной группы – 2 человека (больные сахарным диабетом, системными заболеваниями в стадии обострения).

II. Группа – группа сравнения – обратились на 1 день после травмы (60 человек).

Критерии исключения из группы сравнения – 4–5 человек (больные сахарным диабетом, системными заболеваниями в стадии обострения).

II группа – обращение в 1 день после травмы

Остеосинтез титан-никелидовой конструкцией с ЭПФ	1. Внутриротовой доступ (щадящий). 2. Пребывание в стационаре 7–10 дней. 3. Стабильная устойчивость, ранняя дозированная нагрузка на 14 день. 4. Наименьшая вероятность осложнений.
Остеосинтез костным швом	1. Доступ со стороны кожных покровов (наружный разрез). 2. Пребывание в стационаре около 14 дней. 3. Дозированная нагрузка на 21 день. 4. Средний процент осложнений, возможность образование лигатурного свища
Остеосинтез спицей Кишнера	1. Технические трудности при внутриротовом доступ. 2. Госпитализация около 14 дней. 3. Дозированная нагрузка на 21 день. 4. Средний процент осложнений, возможный поворот костных отломков вокруг оси спицы.

III. Группа – основная группа – обратились на 5 день после травмы (60 человек).

III группа – обращение на 5 день после травмы

Остеосинтез титан-никелидовой конструкцией с ЭПФ	1. Внутриротовой доступ (щадящий). 2. Пребывание в стационаре 7–10 дней. 3. Стабильная устойчивость, ранняя дозированная нагрузка на 14 день. 4. Наименьшая вероятность осложнений.
Остеосинтез костным швом	1. Доступ со стороны кожных покровов (наружный разрез). 2. Пребывание в стационаре около 14 дней. 3. Дозированная нагрузка на 21 день. 4. Средний процент осложнений

Остеосинтез спицей Киршнера	<ol style="list-style-type: none"> 1. В связи с первичной консолидацией отломков необходимость наружного разреза. 2. Госпитализация около 14 дней. 3. Дозированная нагрузка на 21 день. 4. Средний процент осложнений, возможный поворот костных отломков вокруг оси спицы.
-----------------------------	---

IV. Группа – основная группа – обратились на 10 день после травмы (60 человек).

Критерии исключения из основных групп – 6–7 человек (больные сахарным диабетом, системными заболеваниями в стадии обострения).

IV группа – обращение на 10 день после травмы	
Остеосинтез титан-никелидовой конструкцией с ЭПФ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внутриротовой доступ (щадящий). 2. Пребывание в стационаре 7–10 дней. 3. Стабильная устойчивость, ранняя дозированная нагрузка на 14 день. 4. Наименьшая вероятность осложнений.
Остеосинтез костным швом	<ol style="list-style-type: none"> 1. Доступ со стороны кожных покровов (наружный разрез). 2. Пребывание в стационаре около 14 дней. 3. Дозированная нагрузка на 21 день. 4. Процент осложнений возрастает в связи с явлениями воспаления.
Остеосинтез спицей Киршнера	<ol style="list-style-type: none"> 1. В связи с первичной консолидацией отломков необходимость наружного разреза. 2. Госпитализация более 14 дней. 3. Дозированная нагрузка после 21 дня. 4. Процент осложнений возрастает в связи с явлениями воспаления, возможный поворот костных отломков вокруг оси спицы в связи с недостаточной консолидацией.

Все методы выполнены с дополнительной фиксацией челюстей двучелюстными шинами с зацепными петлями.

Результаты и обсуждения. По данным наблюдения в клинике челюстно-лицевой больницы города Караганды результаты лечения и пребывания больных в стационаре как видно из таблиц № 1, 2, 3 во всех 4 группах наиболее эффективным методом лечения, уменьшение сроков госпитализации и наименьший процент осложнений отмечается при использовании остеосинтеза титан-никелидовой конструкции с ЭПФ.

Ожидаемые результаты.

1. Сокращены сроки госпитализации больных.

2. Созданы благоприятные условия для репаративной регенерации кости.

Выводы. Отмечается практическая значимость и успешность остеосинтеза титан-никелидовой конструкции с ЭПФ в клинике челюстно-лицевой хирургии в условиях Центрального Казахстана.

Список литературы

1. Ерокина Н.Л. Использование показателей резистентности организма для ранней диагностики осложненного течения переломов нижней челюсти и обоснования иммуннокоррекции // Современные проблемы организации и оказания специализированной медицинской помощи. – Саратов, 2005. – С. 139–141.
2. Лепилин А.В. Состояние тканей пародонта у больных с переломами нижней челюсти в сочетании с воспалительными заболеваниями пародонта в динамике лечения // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2008. – Т. 4, № 1. – С. 115–118.
3. Подольский В.В. Эффективность транскраниальной электростимуляции в комплексном лечении больных с открытым переломом нижней челюсти: дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2009. – 149 с.

*«Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины»,
Таиланд, 20-28 февраля 2013 г.*

Биологические науки

ВЛИЯНИЕ ФЕНИБУТА И ЕГО КОМПОЗИЦИИ С НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТОЙ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ЖИВОТНЫХ, ПОДВЕРГШИХСЯ ЭЛЕКТРОШОКУ

Бородкина Л.Е., Багметова В.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: LEBorodkina@mail.ru

Фенибут обладает ноотропным действием: улучшает концентрацию внимания, обучаемость

и память при различных психоневрологических заболеваниях, в условиях повышенных физических и психоэмоциональных нагрузок [1, 4]. Показана перспективность разработки новых солей и композиций фенибута с целью получения соединений, превосходящих по эффективности и безопасности исходное вещество [2, 4, 6, 7]. Цель работы – сравнительное изучение влияния фенибута и его композиции с никотиновой кислотой (лабораторный шифр РГПУ-151) на когнитивные функции животных, подвергшихся электрошоку.