

Д. В. Веретенников, Ю. Д. Бенеш
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВНУТРИ –И ВНЕРОТОВОГО ДОСТУ-
ПОВ ПРИ ОПЕРАЦИИ ОСТЕОСИНТЕЗА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Горбачев Ф. А.,
канд. мед. наук, доц. Саврасова Н.А.*

*Кафедра челюстно-лицевой хирургии,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Резюме. Одним из хирургических методов лечения переломов нижней челюсти является чрезочаговый остеосинтез. При использовании данного метода лечения важное место принадлежит выбору оперативного доступа, среди которых выделяют внутри- и внеротовой. Была проведена сравнительная оценка качества репозиции переломов нижней челюсти при использовании внутри- и внеротового доступов во время операций чрезочагового остеосинтеза.

Ключевые слова: переломы нижней челюсти, остеосинтез, хирургический доступ.

Resume. One of surgical methods of treatment of fractures of the mandibula is ORIF. When using this method of treatment, an important place belongs to the choice of operative access, among which are intra- and extraoral. A comparative analysis of the quality of the reposition of the mandibular fractures using intra- and extraoral access during ORIF was carried out.

Keywords: fractures of the lower jaw, osteosynthesis, surgical access.

Актуальность. Удельный вес травмы челюстно-лицевой области среди всех травм с повреждениями костей по данным различных отечественных и зарубежных авторов колеблется от 3 до 8 процентов. До 90% этих травм приходится на переломы костей лица. В структуре повреждений лицевого скелета ведущее место по частоте встречаемости принадлежит переломам нижней челюсти, до 90%. Локализация линии перелома на нижней челюсти различна и напрямую зависит от травмирующего фактора, вектора прикладываемой силы и ее величины. Распределение возможных локализаций травмы представлено на слайде. Выделяют переломы подбородка, тела, угла, ветви, мышелка нижней челюсти. Следует учитывать, что линий перелома может быть несколько (т.н. двойные, множественные переломы). Лечение переломов нижней челюсти может быть консервативным и хирургическим. Под консервативным лечением подразумевается межчелюстное шинирование с помощью лигатур. Одним из хирургических методов является чрезочаговый остеосинтез системой титановых минипластин. При использовании данного метода лечения важное место принадлежит выбору оперативного доступа, среди которых выделяют внутри- и внеротовой.

Каждый из доступов имеет свои определенные преимущества и недостатки. Внеротовой доступ теоретически обеспечивает чистую рану из-за отсутствия контакта стерильных минипластин и другого инструментария с контаминированной микроорганизмами полостью рта. Также к плюсам относится хорошая визуализация операционного поля. В связи с возрастающими эстетическими потребностями пациентов наличие постоперационных шрамов на коже лица является недостатком данного доступа. Стоит учитывать, что при внеротовом доступе всегда есть определенный риск повреждения ветвей лицевого нерва.

Внутриротовой доступ является технически более сложным из-за отсутствия адекватного обзора операционного поля и требует высоких практических навыков

врача, а также специальный набор инструментов. Здесь же присутствует риск послеоперационных осложнений при плохой гигиене полости рта. Однако основной целью лечения является восстановление анатомической целостности и функции зубочелюстной системы посредством надежной фиксации костных отломков.

Наличие всех вышеперечисленных и иных факторов ставит врача перед затруднительным выбором. Это и обуславливает актуальность данной работы.

Цель: провести сравнительную оценку качества репозиции переломов нижней челюсти при использовании внутри- и внеротового доступов во время операций чрезочагового остеосинтеза.

Задачи:

1. измерить степень расхождения костных отломков по нижнему краю нижней челюсти в вертикальной плоскости у пациентов с внутриротовым доступом.
2. измерить степень расхождения костных отломков по нижнему краю нижней челюсти в вертикальной плоскости у пациентов с внеротовым доступом.

Материал и методы. Исследование осуществлялось на базе 11 Городской клинической больницы города Минска. Был проведен морфометрический анализ 54 ортопантомограмм пациентов с остеосинтезом нижней челюсти. Количество переломов нижней челюсти на 54 ортопантомограммах составило 73. Из них: 28 (38%) локализовано в области тела нижней челюсти, 29 (40%) – в области угла, 12 (16%) – в области ветви, 4 (6%) – в области подбородка. Количество операций, проведенных внутриротовым доступом составило 46, внеротовым – 27.

Морфометрический анализ ортопантомограмм проводился в программе PhotoM. В исследование включались снимки сделанные на одном аппарате с одинаковым увеличением изображения и стандартизированной укладкой. Измерение степени расхождения костных отломков после проведенной репозиции проводилось в пикселях, что является единицей измерения данной программы.

Результаты и их обсуждение. Результаты были занесены в компьютерные базы данных с последующей статистической обработкой материала непараметрическими методами. Статистический анализ проведен при помощи программы Statistica 10. Сравнительный анализ данных показал, что степень смещения костных отломков при внеротовом доступе меньше, чем при внутриротовом. Подобные результаты были получены при анализе степени смещения в области тела и угла нижней челюсти. Переломы в области подбородка репонировались только внутриротовым, а ветвь – только внеротовым способами. Также было выявлено различие в качестве репозиции в области переднего и заднего отделов тела нижней челюсти при использовании внутриротового доступа.

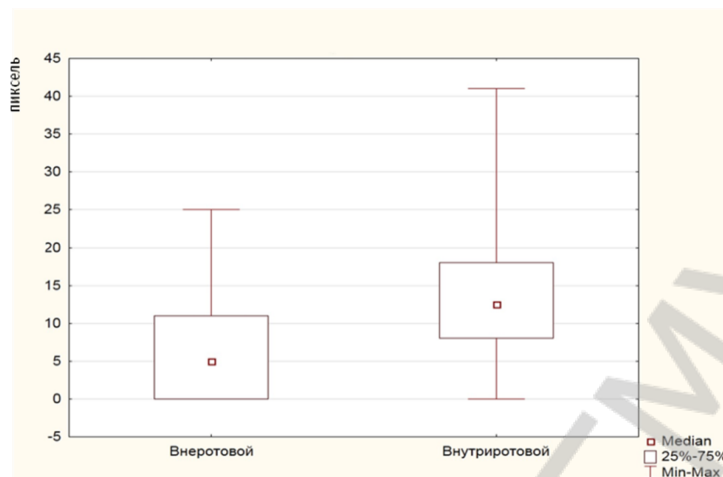


Рисунок 1 – Качество репозиции при вне- и внутриротовом видах доступа

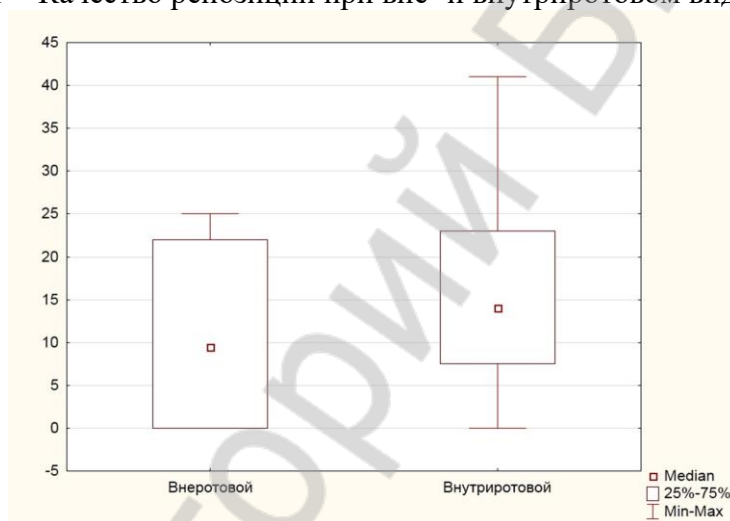


Рисунок 2 – Качество репозиции в области тела нижней челюсти при вне- и внутриротовом видах доступа

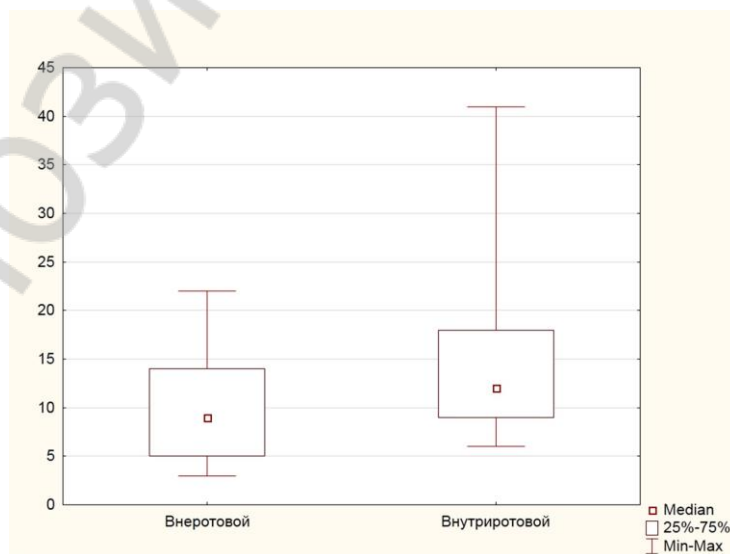


Рисунок 3 – Качество репозиции в области угла нижней челюсти при вне- и внутриротовом видах доступа

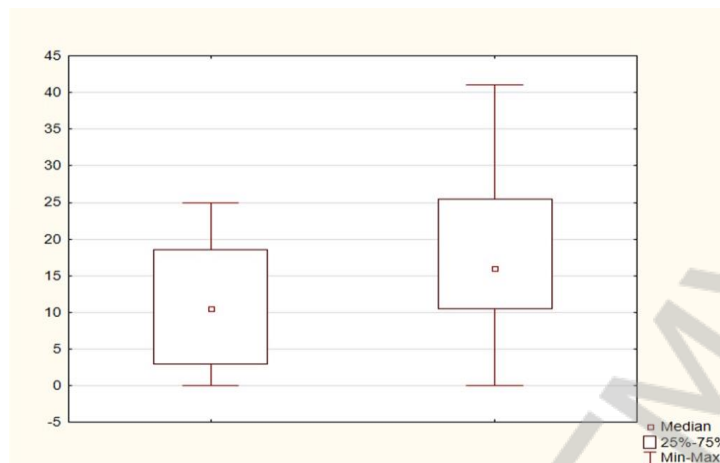


Рисунок 4 – Качество репозиции в области переднего и заднего отделов тела нижней челюсти при внутриротовом доступе

Выводы:

1. Качество репозиции зависит от выбранного вида доступа при операции чрезочагового остеосинтеза.
2. Точность репозиции в переднем отделе тела нижней челюсти не зависит от выбранного доступа.
3. В заднем отделе тела и в области угла нижней челюсти точность репозиции зависит от доступа.

D. V. Veretennikov, J. D. Benesh

COMPARATIVE ANALYSIS OF INTRA -AND EXTRAORAL ACCESS DURING MANDIBULAR ORIF

Tutors: PhD, associate professor F.A. Gorbachev,

PhD, associate professor N.A. Savrasova

Department of Maxillofacial Surgery,

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Барьяш, В. В. Неогнестрельные переломы нижней челюсти : клиника, диагностика, лечение : учеб.-метод. пособие / В. В. Барьяш, Л. И. Тесевич. – Минск : БГМУ, 2010. – 44 с.
2. Судебно-медицинская экспертиза переломов нижней челюсти: учеб.-метод. пособие / Л.Н.Грищенкова [и др.].–Минск : БГМУ, 2012. –55с.
3. Comparison of intraoral and extraoral approaches to mandibular angle fracture repair with cost implications/ Hsueh WD, Schechter CB, Tien Shaw I, Stupak HD/ Laryngoscope. 2016 Mar;126(3):591-595.