

Дубодел А. А.

**ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В
ОБЛАСТИ УГЛА РЕТИНИРОВАННЫХ ЗУБОВ 3.8 И 4.8**

Научный руководитель ассист. Форрестер О. Н.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Перелом нижней челюсти в области угла ретинированных зубов 3.8 и 4.8 представляет собой нарушение целостности костной структуры. Открытые переломы образуются в пределах зубного ряда с повреждением слизистой оболочки полости рта, линия перелома проходит до и через зуб. Закрытые переломы характеризуется расположением линии перелома позади зуба, вне зубного ряда. При лечении переломов нижней челюсти в области угла нижних ретинированных зубов важна тактика по отношению к причинному зубу в щели перелома, необходимо учитывать локализацию линии перелома и расположение ретинированных зубов в области угла нижней челюсти. Исходя из этого, происходит выбор хирургического или ортопедического метода фиксации костных отломков для восстановления физиологического прикуса пациента.

Цель: определить частоту встречаемости переломов нижней челюсти в области ретинированных зубов 3.8, 4.8 и проанализировать наиболее эффективный метод лечения переломов нижней челюсти.

Материалы и методы. Изучена частота встречаемости переломов нижней челюсти в области угла ретинированных зубов 3.8, 4.8 по данным архивного и клинического материалов отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-я городская клиническая больница» г.Минска. В ходе работы были изучены 82 истории болезни пациентов, которые проходили лечение в период с 15.09.2021 по 15.03.2022 с диагнозом «Травматический перелом нижней челюсти».

Результаты и их обсуждение. Среди 82 госпитализированных пациентов с переломами нижней челюсти, перелом со смещением встречался у 74 пациентов (90,2%); без смещения – у 8 пациентов (9,8%); перелом в области угла – у 39 пациентов (47,6%). Перелом нижней челюсти в области угла ретинированных зубов наблюдался у 31 пациента. Линия перелома в области угла нижней челюсти ретинированных зубов 3.8 и 4.8 располагалась до зуба у 12 пациентов (38,7%), через зуб – у 14 пациентов (45,2%), позади зуба – у 5 пациентов (16,1%). Успешное лечение зависит от: первичной хирургической обработки линии перелома, репозиции костных фрагментов, решения вопроса о сохранении или удалении нижних ретинированных зубов, которые находятся в щели перелома. Метод лечения выбирают исходя из клинической картины и рентгенологического исследования, и зависит от степени смещения костных фрагментов нижней челюсти, положения нижних ретинированных зубов в области угла нижней челюсти, наличия в полости рта зубов для шинирования. Решение вопроса об удалении или сохранении нижних ретинированных зубов является индивидуальным. При расположении линии перелома позади зуба, его можно сохранить при отсутствии патологических изменений в области зуба. При расположении линии перелома до и через зуб решение вопроса строго индивидуально, так как тактика хирурга должна быть направлена на предотвращение осложнений во время и после лечения перелома нижней челюсти. Среди исследованных историй болезни наиболее распространенным методом лечения является репозиция и иммобилизация костных отломков нижней челюсти с помощью шин, зуб из линии перелома удаляли. При значительном смещении костных фрагментов нижней челюсти применяли метод остеосинтеза с помощью жесткой фиксации минипластин из титана.

Выводы. При лечении переломов нижней челюсти наиболее важной составляющей является решение вопроса об удалении или сохранении зуба 3.8 или 4.8 и надежно репонировать и иммобилизовать костные отломки нижней челюсти с помощью бимаксиллярного шинирования или остеосинтеза.