

М.Н. Саджади

НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИЙСЯ ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: ПРИЧИНЫ И ЛЕЧЕНИЕ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Д.А. Гричанюк

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и пластической хирургии лица

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

11-я городская клиническая больница, г. Минск

M.N. Sajadi

IMPROPERLY UNITED FRACTURE OF THE LOWER JAW: CAUSES AND TREATMENT (CLINICAL CASE AS AN EXAMPLE)

Tutor: PhD, associate professor D.A. Grichanyuk

Department of Maxillofacial Surgery and Facial Plastic Surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

11th City Clinical Hospital, Minsk

Резюме. Для лечения больных с неправильно сросшимися отломками челюстей используют несколько способов (хирургический, ортодонтический, ортопедический, комбинированный). На примере клинического случая разобраны особенности хирургической реабилитации пациентки с неправильно сросшимся переломом нижней челюсти, осложненным открытым прикусом.

Ключевые слова: неправильно сросшиеся переломы нижней челюсти, осложненным открытым прикусом.

Resume. To treat patients with improperly fused jaw fragments, several methods are used (surgical, orthodontic, orthopedic, combined). Using a clinical case as an example, the features of surgical rehabilitation of a patient with an improperly healed fracture of the lower jaw, complicated by an open bite, are analyzed.

Keywords: improperly healed fractures of the lower jaw, complicated by an open bite.

Актуальность. За последний 5 лет 874(12%) случаев с переломом нижней челюсти из общего количества пациентов лежащих в отделении (по данным кафедры ЧЛХ БГМУ), переломы нижней челюсти относятся к числу наиболее тяжелых повреждений лица и челюстей и составляют 82%. Осложнения переломов связаны с различными факторами и, в частности, видом, тяжестью перелома, сроком оказания помощи пострадавшим, качеством проводимого лечения и др. Нередко осложнения возникают в результате допущенных врачебных ошибок на этапах оказания помощи пострадавшим. Если помощь больным с переломами челюсти оказана несвоевременно или некачественно, то происходит срастание отломков в неправильном положении, поскольку смещению этих отломков во многом способствуют мышцы, прикрепленные к ним [1].

Цель: выбор оптимального варианта лечения больных с неправильно сросшимися отломками челюстей, изучить факторы риска возникновения неблагоприятных исходов после лечения перелом нижней челюсти.

Задачи:

1. Изучить причины неправильно сросшийся перелом нижней челюсти.

2. Способ лечения пациентом с неправильно сросшийся перелом нижней челюсти.

Материалы и методы. Для лечения больных с неправильно сросшимися отломками челюстей используют несколько способов. Наиболее целесообразным является хирургическое лечение путем кровавой репозиции отломков, установлении их в правильное положение и последующей иммобилизации. В случае отказа больных от операции или наличии противопоказаний к ней применяются ортопедические методы.

Описываемый нами случай представляет клиническую ситуацию, потребовавшую действий к хирургическому лечению путем кровавой репозиции отломков, установлении их в правильное положение и последующей иммобилизации.

На кафедре челюстно-лицевой хирургии БГМУ для консультации обратилась пациентка Р. 31 год, со слов больной в феврале 2023 дома случайно ребенок ударил головой в нижнюю челюсть, было кровотечение изо рта, к врачу не обращалась, беспокоили боли в нижней челюсти, онемение в области нижней губы и в подбородочной области.

На момент обращения у пациентки диагностировали: неправильно сросшийся двухсторонний открытый травматический перелом нижней челюсти справа и слева в области углов. Посттравматическая деформация нижней челюсти.

Основные функциональные нарушения возникли из-за изменения окклюзионных взаимоотношений: наблюдается нарушение смыкания зубных рядов, на невозможность пережевывания пищи.

На основании жалоб, истории заболевания, клинической картины. Было решено реконструктивная операция на нижней челюсти-остеотомия, редрессация, чрезочаговый остеосинтез на нижней челюсти справа и слева в области углов.

Под интубационный наркозом, в поднижнечелюстной области слева сделан разрез, параллельно нижнему краю нижней челюсти, длиной 4 см, тупо и остро пройдено к нижней челюсти, гемостаз ДКА, обнаружен неправильно сросшийся перелом нижней челюсти слева в области угла. Проведена остеотомия, редрессация отломков нижней челюсти. Костные отломки нижней челюсти освежены. В поднижнечелюстной области справа сделан разрез длиной 4 см, параллельно нижнему краю нижней челюсти, тупо и остро пройдено к нижней челюсти, гемостаз ДКА, обнаружен неправильно сросшийся перелом нижней челюсти справа в области угла. Приведена остеотомия, редрессация отломков нижней челюсти. Костные отломки нижней челюсти освежены. Удалены зубы 38, 48, 18, лунки зубов промыты р-ром хлоргиксидина 0,05%, на лунки наложены швы из ПГА 3-0. Костные отломки нижней челюсти справа и слева репонированы в анатомически правильное положение под контролем прикуса, фиксированы 4-ми титановыми минипластинами на 16 шурупах. Раны в подчелюстной области справа и слева послойно ушиты нитями ПГА 3-0. На коже – швы из ПВДФ 5-0. Наложены асептические повязки на послеоперационные раны и пращевидная повязка на нижнюю челюсть. Операция прошла без осложнений.

Результаты и их обсуждение. Наиболее частыми ошибками являются пациентов при поступлении в стационар из поликлиники или районной больницы не обеспечены должным видом оказания помощи “временную иммобилизацию отломков нижней” челюсти делают на минимальный срок (желательно не более чем

на несколько часов, иногда до суток) до поступления пострадавшего в специализированное лечебное учреждение.

Для предупреждения ошибок и осложнений на первом этапе оказания первичной врачебной помощи рентгенографического обследования. По данным рентгенограмм определяли локализацию перелома, степень и характер смещения отломков, состояние зубов в щели перелома. Отсутствие четкого представления о положении фрагментов кости является наиболее частой ошибкой в выборе способа лечения перелома, когда вместо остеосинтеза, который позволяет открыто под визуальным контролем репонировать костные фрагменты, применяют обычное бимаксиллярное шинирование, не позволяющее точно сопоставить отломки при их смещении.

Неправильно выбранные показания для ортопедического или оперативного метода лечения перелома, а также ошибки, допущенные при лечении, могут приводить к серьезным осложнениям. Чаще всего ошибки при выборе метода лечения связаны с недооценкой состояния зубных рядов, состояния маргинального и апикального периодонта, а также степени смещения костных фрагментов. При выборе ортопедического способа, лечение зависит от характера смещения отломков, количества и состояния оставшихся зубов. Наиболее часто остеосинтез проводят при значительном смещении костных фрагментов, когда на одном фрагменте отсутствуют зубы или находится один зуб требует проведения оперативного метода лечения.

Выводы: наиболее частыми ошибками при хирургическом лечении пациентом с перелом нижней челюсти являются: неточная репозиция отломков при выполнении оперативного вмешательства, ненадежная фиксация фрагментов, отсутствие достаточной стабильности; неправильно выбранный тип фиксирующих элементов и их расположение, неправильная тактика в отношении зубов, находящихся в линии перелома; назначение неадекватного режима нагрузки на зубочелюстную систему после операции.

К факторам риска возникновения неблагоприятных исходов после лечения перелом нижней челюсти можно добавить вредные привычки пациентов, игнорирование рекомендаций врачей, несогласие с планом лечения, неявка на прием врача.

Для улучшения результатов планирования хирургического вмешательства у пациентов с неправильно сросшимися отломками челюстей целесообразно применять современные методы диагностики (спиральной КТ, интраоперационного определения твердости кости и т.д.) и компьютерного моделирования операций остеосинтеза в программных системах, в том числе с изготовлением индивидуальных фиксирующих элементов и направляющих шаблонов, проведением индивидуальных биомеханических вычислений надежности систем фиксации методом конечных элементов. Таким образом, хирург может точно представить топографоанатомическое соотношение в области повреждения, последовательность этапов операции, возможный риск, связанный с ними, оценить различные варианты фиксации, разработать оптимальную стратегию, сознательно предусмотреть возможные последствия еще до того, как он начнет его выполнять.

Литература

1. Александров Н.М., Аржанцев П.З., Вихриев Б.С. и др. Травмы челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 2006. – 448 с.
2. дреищев А.Р., Мишустина Ю.В., Николаев А.В. Стратегия и тактика аппаратурно-хирургического лечения пациентов с сужением челюстей. СПб. 2016. [Andreishchev AR, Mishustina YuV, Nikolaev AV. Strategy and tactics of orthodontic-surgical treatment of patients with a maxillary transverse deficiency. SPb. 2016. (In Russ.)].
3. Бутенко О.Г., Топольницкий О.З., Ромодановский П.О. Клинические и судебно-медицинские аспекты оценки неблагоприятных исходов в хирургической стоматологии при лечении переломов нижней челюсти. Российский стоматологический журнал. 2019; 23 (1): 17-20. <http://dx.doi.org/10.>