

*И.А. Шестюк***ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ У ПОСТРАДАВШИХ В МИРНОЕ ВРЕМЯ***Научный руководитель: ассист. А.В. Данильчик**Кафедра военно-полевой хирургии**Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск**I.A. Shestiuk***CHARACTERISTICS OF MANDIBULAR INJURIES IN PEACETIME***Tutor: assistant A.V. Danilchik**Department of Military Field Surgery**Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. Проблема переломов нижней челюсти обусловлена их высокой частотой как среди травм челюстно-лицевой области, так и среди сочетанных травм мирного времени. Несмотря на развитие современных методов диагностики и лечения, особенности механизма травмирования, клинического течения и развития осложнений требуют детального изучения для повышения эффективности оказания хирургической помощи.

Ключевые слова: перелом нижней челюсти, топографические характеристики, диагностика, осложнения.

Resume. The problem of mandibular fractures is determined by their high frequency both among injuries of the maxillofacial region and among combined injuries during peacetime. Despite the development of modern diagnostic and treatment methods, the characteristics of clinical progression, trauma mechanisms, and complications require detailed study to enhance the effectiveness of surgical care.

Keywords: mandibular fracture, topographical characteristics, diagnosis, complications.

Актуальность. Переломы нижней челюсти занимают одно из центральных мест в современной челюстно-лицевой хирургии, являясь наиболее частым видом повреждения костей лицевого скелета и составляя до 80% от общего числа повреждений костей челюстно-лицевой области [1]. Это обуславливает особую значимость данной проблемы для медицины и общества в целом.

Несмотря на достижения современной хирургии и травматологии, лечение переломов нижней челюсти остается сложной задачей, требующей комплексного подхода и учета множества факторов. Прежде всего, актуальность проблемы определяется высокой частотой данных травм. Переломы нижней челюсти встречаются как в мирное время, так и в условиях военных конфликтов, но именно в первом случае они приобретают особое значение из-за широкого распространения бытовых, транспортных и спортивных травм. При этом важно отметить, что большинство пострадавших – это люди трудоспособного возраста (25–44 лет), что существенно влияет на экономические и социальные аспекты общества [2]. Травма нижней челюсти имеет не только физиологическое, но и психоэмоциональное воздействие на пациента. Изменение внешности, ограничение функциональности жевательного аппарата, речевые

нарушения и болевой синдром могут привести к снижению качества жизни и длительной потере трудоспособности. Особенно остро эта проблема проявляется у лиц молодого и среднего возраста, которые чаще других подвержены травматизму. Длительный период реабилитации, необходимость соблюдения специальной диеты и временные ограничения в обычной деятельности делают лечение переломов нижней челюсти серьезным вызовом для врачей и пациентов [3,4].

Цель: определить особенности клинического течения травматических повреждений нижней челюсти среди пострадавших в мирное время.

Задачи:

1. Проанализировать характер и структуру травматических повреждений нижней челюсти.
2. Оценить наиболее эффективный метод хирургического лечения перелома нижней челюсти.
3. Определить особенности госпитальных осложнений у пациентов с переломами нижней челюсти.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ 288 историй болезни пациентов с травматическим повреждением нижней челюсти, поступивших в отделение челюстно-лицевой хирургии Брестской областной клинической больницы в период с 2022 по 2024 годы. Средний возраст пострадавших составил 34 года (95%, ДИ, 25-44). Среди поступивших преобладали мужчины – 245 (85,1%), женщин было 43 (14,9%) человека.

Результаты и их обсуждение. Тяжесть состояния пострадавших определяла массивность травматического повреждения костного каркаса нижней челюсти. Так, почти половина из числа поступивших имела двухсторонний перелом нижней челюсти – 136 человек, или 47,2%, односторонний – у 152 (52,8%). Отмечено, что только у 134 пациентов (46,5%) перелом кости носил одиночный характер. В остальных 154 случаях (53,5%) повреждения нижней челюсти были множественные: двойные – у 115 пациентов (39,9%), тройные – у 12 (4,2%), множественные и оскольчатые – у 27 (9,4%). При дальнейшем обследовании было выявлено, что у 100 (34,7%) пациентов перелом нижней челюсти носил открытый характер, у 141 (49%) закрытый, комбинированный – у 47 (16,3%). Смещение костных отломков нижней челюсти отмечалось у 175 (60,8%) пациентов. Стабильное стояние отломков установлено у 67 (23,3%) пострадавших, сочетание у 46 (15,9%).

Травматические повреждения правых отделов нижней челюсти были диагностированы у 196 пациентов (68%), при этом преобладали одиночные переломы (179 пациентов, или 91,3%), представленные переломом подбородочного отдела нижней челюсти в 4 случаях (2%), переломом бокового отдела (в пределах от клыка до второго моляра) – в 84 (42,8%), переломом в области угла (участок межзубного промежутка между вторым и третьим молярами и лункой третьего моляра) – в 55 (28%), переломом в области мышечковых и венечных отростков – в 36 случаях (18,3%). Комбинированная травма правых отделов нижней челюсти диагностирована у 17 пострадавших (8,7%):

сочетание переломов подбородочного отдела и в области угла выявлено у 2 пациентов (1%), подбородочного отдела и бокового отдела – у 1 (0,5%), бокового отдела и в области угла – у 5 (2,9%), в области угла и в области мышцелковых и венечных отростков 8 (4%), подбородочного отдела нижней челюсти и области угла – у 1 (0,5%).

При анализе травматических повреждений левых отделов нижней челюсти, которые наблюдались в 228 случаях (81,5%), было установлено, что одиночные переломы диагностированы у 208 пациентов (91,2%) и были представлены переломом бокового отдела (в пределах от клыка до второго моляра) – у 65 (28,5%), переломом в области угла (участок межзубного промежутка между вторым и третьим молярами и лункой третьего моляра) – у 96 (42,1%), переломом в области мышцелковых и венечных отростков – 47 (20,6%). Комбинированная травма левых отделов нижней челюсти диагностирована у 20 пострадавших (8,8%): сочетание переломов подбородочного отдела и в области угла выявлено у 2 пациентов (0,8%), подбородочного отдела и бокового отдела – у 5 (2,3%), бокового отдела и в области угла – у 12 (5,3%), подбородочного отдела нижней челюсти и в области угла – у 1 (0,4%).

В ходе исследования установлено, что среди пациентов, поступивших на стационарное лечение, в подавляющем большинстве случаев (265 или 92%) применялось активная тактика лечения переломов нижней челюсти, тогда как способ стабилизации отломков в виде наложения иммобилизирующей повязки использовался лишь у 23 пациентов (8%). Применялись следующие методы внешней фиксации: бимаксиллярное шинирование – 88 случаев (33%), лигатурное связывание – 46 (17,3%), наложение назубно-десневых шин – 2 (0,7%). Хирургическое вмешательство в виде чрезочагового остеосинтеза костных отломков с использованием металлических пластин выполнено у 127 пациентов (47,9%), В 2 случаях (0,7%) понадобилось удаление суставной головки.

У 240 пациентов (83,3%) после госпитализации отмечено течение травматического процесса без осложнений в виде местного отека и геморрагий в зоне проекции переломов.

Среди пациентов, поступивших в стационар с переломами нижней челюсти, осложненное течение заболевания наблюдалось в 48 случаях, что составило 16,7%. В большинстве этих случаев, а именно у 23 из 48 человек (47,9%), отмечались клинико-лабораторные признаки, указывающие на гнойно-воспалительные изменения в мягких тканях, окружающих травмированную нижнюю челюсть. Эти воспалительные процессы были вызваны либо инфицированием ран лица после травмы, либо сопутствующим воспалением мягких тканей в зоне перелома, возникшим как до, так и после хирургического вмешательства. В восьми случаях (16,6%) остеомиелит нижней челюсти развился вследствие инфицирования места перелома. Неврологические нарушения в виде посттравматической невралгии третьей ветви тройничного нерва выявлены у 6 пациентов (12,5%). У 11 (23%) пациентов зафиксированы психотические нарушения в виде развития алкогольного делирия на фоне резкого окончания употребления спиртных напитков. Возникновение осложнений увеличивало продолжительность пребывания

пациентов в стационаре до 21,3 (95% ДИ, 17,3-25,2) дней, тогда как длительность лечения при отсутствии осложнений составила 11,3 (95% ДИ, 7,6-14,2) дня.

Выводы:

1. Среди пациентов с переломами нижней челюсти преобладают лица мужского пола (85,1%) и трудоспособного возраста (от 25 до 44 лет).
2. На современном этапе переломы нижней челюсти характеризуются обширными и множественными повреждениями костного каркаса.
3. Среди травматических повреждений нижней челюсти в левых отделах преобладают травмы в области угла – в 42,1% случаев, а справа – в области бокового отдела кости (42,8%).
4. В структуре осложнений у пациентов с переломами нижней челюсти в большинстве случаев регистрировались признаки локального гнойного воспаления мягких тканей в зоне переломов – в 47,9%. Частота развития травматического остеомиелита нижней челюсти составила 16,6%.
5. Развитие осложнений увеличивало продолжительность пребывания пациентов в стационаре в среднем на 10 койко-дней.
6. Преобладает активная тактика лечения переломов нижней челюсти (92%), при этом наиболее часто используется чрезочаговый остеосинтез металлическими пластинами – в 47,9%.

Литература

1. Оценка структуры оказания медицинской помощи и осложнений у пациентов с переломом нижней челюсти в современном стационарно-поликлиническом комплексе по программе ОМС / Н. М. Хелминская, К. Д. Завгороднев, А. В. Посадская и др. // Медицинский алфавит. – 2023. - № 12. – С. 75-79.
2. Современный взгляд на проблему челюстно-лицевой травмы / Н. И. Джембаева, А. С. Бояхчан, И. Н. Долгова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. - № 5. – С. 742-745.
3. Травмы лица: принципы и методы лечения Мур, Р. Дж. /Р. Дж. Мур, Дж. Э. Мэнсон. –Лондон: Черчилль Ливингстон, 2000. –456 с.
4. Кисляков, Р. А. Челюстно-лицевая хирургия / Р. А. Кисляков, Е. А. Толстова. –Москва: Медицина, 2005. –512 с.