

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Нармахматов Б.Т., к.м.н., доцент
кафедры Клинических предметов
Alfraganus University. Ташкент, Узбекистан.

Аннотация: Нижняя челюсть является единственной подвижной костью лицевого скелета и представляет собой непрерывную структуру, соединяющую два височно-нижнечелюстных сустава. Таким образом, переломы нижней челюсти могут быть одними из самых сложных в лечении переломов лица. Существует множество причин переломов нижней челюсти, наиболее распространенными из которых являются автомобильные аварии, драки и кататравма. Переломы нижней челюсти можно классифицировать в зависимости от местоположения, характера и смещения, основываясь на биомеханических факторах.

Ключевые слова: переломы, нижняя челюсть, остеосинтез, диагностика, лечение.

Введение. Переломы костей лицевого скелета составляют сравнительно небольшую долю обращений в отделения неотложной помощи, но из этих травм наиболее распространенными являются переломы носа и нижней челюсти. В то время как подавляющее большинство переломов носа можно вылечить без хирургического вмешательства, оперативное вмешательство при переломах нижней челюсти является относительно распространенным явлением из-за сложности анатомии и функции. Нижняя челюсть представляет собой подвижную непрерывную кость, которая часто переламывается более чем в одном месте; эти переломы подвержены риску загрязнения раны флорой полости

рта, могут осложняться наличием зубов на линии перелома и в некоторых случаях могут повредить дыхательные пути пациента.

Материалы и методы. Обзор статей в научных медицинских журналах с размещением и индексацией ELibrary, РИНЦ (RSCI), ВАК.

Результаты и обсуждения. Нижняя челюсть является одной из наиболее часто переламываемых костей лицевого скелета, наряду с носовыми и скуловыми костями. Чаще всего переломы являются результатом травм, таких как дорожно-транспортные происшествия, физические столкновения, несчастные случаи на производстве, падения и контактные виды спорта. По этой причине крайне важно обследовать пациентов с переломами нижней челюсти на предмет других сопутствующих травм, включая шейный отдел позвоночника и черепно-мозговые травмы [1].

Эпидемиология. Дорожно-транспортные происшествия и драки являются основными причинами переломов нижней челюсти во всем мире. В городских травматологических учреждениях большинство переломов приходится на драки (50%), а дорожно-транспортные происшествия менее вероятны (29%). У мужчин переломов нижней челюсти примерно в три раза больше, чем у женщин, причем большинство происходит на третьем десятилетии жизни [2]

Диагностика. Диагностика переломов нижней челюсти требует рентгенографических исследований, ортопантограмму и компьютерную томографию (КТ). Они лучше всего подходят для оценки мышечков и шейки нижней челюсти. Ортопантограмма лучше всего подходит для оценки симфиза и тела нижней челюсти. Компьютерная томография показана при подозрении на сопутствующие переломы лицевого скелета. Лабораторные исследования, как правило, не показаны, если не предполагается срочное хирургическое вмешательство. В таких ситуациях необходимо получить базовые лабораторные данные для скрининга, включая общий анализ крови, а также

протромбиновое время или МНО для пациентов, которые принимают варфарин в качестве антикоагулянта [3].

Лечение. Пациенты с переломами нижней челюсти часто имеют сопутствующие травмы. Первоначальное лечение должно быть направлено на немедленные, потенциально опасные для жизни травмы, такие как обструкция дыхательных путей, крупное кровоизлияние, травмы шейного отдела позвоночника и внутричерепные травмы. Если оральная интубация невозможна, может потребоваться хирургическое вмешательство на дыхательных путях. Назотрахеальную интубацию не следует проводить при подозрении на переломы средней части лица, носа или передней части основания черепа [4].

Переломы нижней челюсти с разрывом слизистой оболочки, десны или лунки зуба считаются открытыми переломами, и для снижения риска заражения следует назначать антибиотики. Подходящие антибиотики включают ампициллин, сульбактам, амоксициллин, клавуланат и клиндамицин. Профилактика столбняка также должна быть рассмотрена при открытых переломах [5].

Пациенты с линейными, несмещенными переломами или переломами "зеленой веточки" могут лечиться амбулаторно с применением щадящей диеты, анальгетиков и срочного наблюдения у отоларинголога, челюстно-лицевого хирурга для планового оперативного лечения, которое может быть выполнено амбулаторно в течение 3-5 дней, что дает время для спада отека и облегчения операции. Для стабилизации перелома и облегчения боли может быть использована повязка, накладываемая поверх верхней части головы и под нижней челюстью. Эти сравнительно неосложненные переломы часто лечатся с помощью бимаксиллярной фиксации, при которой верхняя и нижняя челюсти на некоторое время шинируются, чтобы стабилизировать перелом в процессе заживления. Исторически бимаксиллярная фиксация сохранялась в течение 6-8 недель; в настоящее время многие хирурги используют только в течение 2 недель

или меньше. Преимущество шинирования заключается в том, что она позволяет избежать рисков, связанных с установкой пластин и винтов, но требует от пациента соблюдения длительного режима, который часто приводит к потере веса и может вызвать анкилоз височно-нижнечелюстного сустава. Бимаксиллярная фиксация также является плохим выбором для пациентов с недостаточным питанием, таких как алкоголики, и пациентов, склонных к рвоте, таких как беременные женщины и пациенты с судорожными расстройствами, поскольку они могут аспирироваться. Пациентам, которые, вероятно, не будут соблюдать требования и рекомендации, следует вместо этого выполнить открытую репозицию и на костную фиксацию с помощью минипластин и винтов [6].

Список источников

- [1] Арутюнян, Д. Г. Лечение переломов нижней челюсти [Текст] / Арутюнян, Д. Г. // Colloquium-journal. — 2019. — № 9. — С. 20-21.
- [2] Лепилин, А. В., Ерокина, Н., Фищев, С. Анализ причин развития осложнений переломов нижней челюсти [Текст] / Лепилин, А. В., Ерокина, Н., Фищев, С. // Пародонтология. — 2017. — № 3. — С. 60-62.
- [3] Глухова, Ю. М., Синяков, В. П., Синякова А. Н. Эпидемиологические аспекты травм челюстно-лицевой области среди населения города Хабаровска [Текст] / Глухова, Ю. М., Синяков, В. П., Синякова А. Н. // Институт стоматологии. — 2018. — № 1. — С. 28-29.
- [4] Гаврилов, В. А., Сенченко, А. М., Косенко Ю. В. Эстетические критерии в оценке результатов консервативного лечения пациентов с переломами нижней челюсти [Текст] / Гаврилов, В. А., Сенченко, А. М., Косенко Ю. В. // Морфологический альманах имени В.Г. Ковешникова. — 2019. — № 2. — С. 102-107.
- [5] Изотов, О. И. Особенности хирургического лечения пациентов с переломами мышечкового отростка нижней челюсти : специальность 14.01.14

«Стоматология» : Автореферат на соискание кандидата медицинских наук / Изотов, О. И. ; Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова. — Москва, 2020. — 24 с.

[6] Девдариани, Д. Ш., Куликов, А. В., Багненко А. С. Выбор метода остеосинтеза при высоких переломах мышечкового отростка нижней челюсти [Текст] / Девдариани, Д. Ш., Куликов, А. В., Багненко А. С. // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. — 2016. — № 4. — С. 56-61.