

ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ И БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Тошпулатов Б.Б., ассистент кафедры

Клинических предметов

Нармахматов Б.Т., к.м.н., доцент

кафедры Клинических предметов

Alfraganus University. Ташкент, Узбекистан.

Аннотация: Переломы нижней челюсти составляют значительную часть челюстно-лицевых травм, и оценка, диагностика и лечение этих переломов остаются сложной задачей несмотря на то, что существуют усовершенствованные технологии визуализации и методы фиксации. Понимание правильного хирургического лечения может предотвратить такие осложнения, как неправильный прикус, боль и ревизионные процедуры. В зависимости от типа и локализации переломов могут быть использованы различные открытые и закрытые хирургические методы.

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

Введение. Челюстно-лицевые хирурги регулярно сталкиваются с переломами нижней челюсти, на которые приходится значительная часть челюстно-лицевых травм. Большинство переломов нижней челюсти у взрослых связаны с драками, чаще всего у мужчин в возрасте от 18 до 24 лет. У мужчин в четыре раза чаще случаются переломы нижней челюсти, причем почти 50% из них являются результатом физического воздействия. В отличие от этого, женщины чаще получают переломы нижней челюсти в результате дорожно-транспортных происшествий и падений. Сообщается, что 25% переломов

нижней челюсти у женщин происходит из-за падения, хотя нужно заподозрить домашнее насилие, если механизм и место перелома не соответствуют случайной травме.

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

Результаты и обсуждения.

Тело нижней челюсти. Несмещенные переломы тела нижней челюсти и переломы с минимальным смещением часто можно лечить с помощью бимаксиллярной фиксации, особенно когда перелом изолирован и поддается вправлению, а зубной ряд достаточно прочен. Однако такая практика приводит к длительной неподвижности и проблемам с внутриротовой гигиеной. Таким образом, для некоторых пациентов, особенно пожилых, может быть предпочтительнее открытая репозиция и наkostная фиксация, чтобы избежать дискомфорта и помех при установке зубных протезов. Действительно, при переломах со значительным смещением, как правило, требуется открытая репозиция и наkostная фиксация для оптимального анатомического вправления. Доступ осуществляется через вестибулярную поверхность альвеолярного отростка, хотя при необходимости может быть использован и внеротовой поднижнечелюстной доступ. Фиксация обычно достигается с помощью одной большой пластины вдоль нижней границы проекции или двух пластин меньшего размера, одна из которых расположена на нижней границе, а другая - чуть выше [1].

Симфиз нижней челюсти. Переломы передней части нижней челюсти часто являются вторичными по отношению к направленной назад силе. Учитывая прочность костей в этой области нижней челюсти, всегда следует обращать внимание на сопутствующие переломы нижней челюсти. Открытая репозиция и наkostная фиксация, как правило, являются методом выбора при симфизарных

переломах, хотя закрытое лечение по-прежнему является приемлемой альтернативой для некоторых пациентов с простыми несмещенными переломами. В большинстве случаев достаточно двух мини-пластин, которые приводят к благоприятным результатам. Одна пластина большего размера, с дугообразной планкой или без нее, является общепринятой альтернативой двухпластинчатому подходу. Хирург должен провести тщательное рассечение вокруг ментального нерва, чтобы можно было установить нижнюю пластину ниже ментального отверстия. Два фиксирующих винта, расположенных по линии перелома, обеспечивают жесткую фиксацию при относительно низких затратах на лечение. Однако эти длинные винты трудно установить правильно, и при отсутствии хорошего контакта кость-кость они могут привести к смещению отломков и последующему нарушению прикуса. Таким образом, некоторые считают, что эта процедура очень чувствительна к технике и, следовательно, требует большего мастерства и опыта [2].

Угол нижней челюсти. Угол является наиболее часто поражаемым участком у пациентов с изолированными переломами нижней челюсти, которые обычно возникают в результате драк. Считается, что большая площадь поперечного сечения этой области нижней челюсти в первую очередь способствуют высокой частоте угловых переломов. Переломы угла нижней челюсти являются одними из наиболее сложных с технической точки зрения и связаны с самым высоким уровнем осложнений среди всех переломов нижней челюсти. Данная анатомическая область содержит несколько мощных мышц, способных создавать значительные усилия в различных направлениях, которые необходимо учитывать. Несмещенные переломы или переломы с минимальным смещением у пациентов с нормальной окклюзией можно лечить с помощью наблюдения и щадящей диеты или короткого курса бимаксиллярной фиксации с тщательным наблюдением. Однако большинство угловых переломов лечатся с использованием открытой репозицией и наkostной фиксацией из-за тенденции к смещению проксимального сегмента. При большинстве простых угловых

переломов используется внутриротовой доступ с использованием вестибулярного разреза. При оскольчатых или более сложных переломах для улучшения доступа можно использовать трансбуккальный троакар [3].

Суставной отросток нижней челюсти. Переломы суставного отростка нижней челюсти составляют от 25 до 35% всех переломов нижней челюсти. У этих пациентов, как правило, возникают боли в области ушной раковины, неправильный прикус или смещение подбородка при открывании и закрывании нижней челюсти. У пациентов с двусторонними переломами мышцелков преждевременный контакт задних зубов приводит к открытому прикусу. Также в анамнезе может быть травматическое воздействие на симфизарную область, и эти переломы часто встречаются в сочетании с переломами симфиза. Переломы шейки мышцелка могут привести к более серьезным нарушениям окклюзии. Варианты лечения включают закрытое или открытое лечение прямым доступом или эндоскопическим методом. Предыдущие исследования поддерживали более консервативный подход, поскольку консервативное лечение приводило к таким же окклюзионным и функциональным результатам, как и при лечении с помощью открытой репозиции и наkostной фиксации, и, как предполагается, существует риск деваскуляризации поврежденного сегмента в дополнение к видимости внешних рубцов при открытом доступе. Повреждение лицевого нерва также является серьезной проблемой [4].

Список источников

- [1] Шашков, В. А., Гайворонский, И. В., Гайворонская, М. Г., Иорданишвили, А. К., Родионов, А. А., Ничипорук, Г. И. Распространенность различных видов переломов нижней челюсти у взрослых [Текст] / В. А. Шашков, И. В. Гайворонский, М. Г. Гайворонская, А. К. Иорданишвили, А. А. Родионов, Г. И. Ничипорук // Вятский медицинский вестник. — 2021. — № 1 (69). — С. 41-47.

- [2] Артюшкевич, А. С. Остеосинтез нижней челюсти при помощи винтов [Текст] / А. С. Артюшкевич // Смоленский медицинский альманах. — 2020. — № 3. — С. 34-36.
- [3] Чжан, Ш., Петрук, П. С., Медведев, Ю. А. Переломы нижней челюсти в области тела и угла: структура, эпидемиология, принципы диагностики [Текст] / П. С. Петрук, Ю. А. Медведев // Российский стоматологический журнал. — 2017. — № 21-2. — С. 100-103.
- [4] Панкратов, А. С. Остеосинтез мышцелкового отростка нижней челюсти с использованием фиброоптического оборудования [Текст] / А. С. Панкратов // Российский стоматологический журнал. — 2016. — № 20-1. — С. 28-31.