

НОВЫЙ МЕТОД ФИКСАЦИИ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ПРИ АНГУЛЯРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

М. Н. Манойло, А. А. Зиненко

Цель публикации – представить клинический случай с использованием нового метода фиксации костных отломков при ангулярном переломе нижней челюсти. При ангулярных переломах нижней челюсти фиксация отломков производится преимущественно установкой на костных пластин с фиксацией шурупами, под общим обезболиванием, что увеличивает продолжительность нахождения больного в стационаре, и является инвазивным методом лечения. Проанализирован новый метод фиксации костных отломков в хирургии – ангулярных переломов нижней челюсти. Фиксация отломков лигатурной вязью чрезкостно-межзубным методом является эффективной для дополнительной фиксации, позволяющая достигнуть стабильности костных отломков.

Ключевые слова: перелом, остеосинтез, шинирование.

ВВЕДЕНИЕ

Среди травматических неогнестрельных переломов челюстно-лицевой области, несомненно, первое место занимают переломы нижней челюсти от 77 % до 95 % [1–2]. За последние годы отмечается тенденция не только к увеличению числа больных с переломами костей лицевого скелета, но и к утяжелению характера травмы в основном за счет сочетанных повреждений лица и других областей тела, возникающих в результате транспортных и уличных травм [3–4]. Лечение пациентов с переломами челюстей должно быть комплексным и направленным на репозицию и иммобилизацию костных отломков, проведению антибактериальной терапии, адекватному обезболиванию.

Выделяют консервативные методы иммобилизации костных отломков, которые в свою очередь делятся на временные и постоянные. Примером временно-внеротового метода фиксации служит пращевидная или теменно-подбородочная повязка. Примером временно-внутриротового метода фиксации отломков является метод межчелюстного лигатурного скрепления. Постоянным (лечебным методом) фиксации является шинирование челюстей шинами лабораторного производства (шина Васильева) или шинами не лабораторного производства, индивидуальными шинами Тигерштедта [5].

Хирургический метод фиксации костных отломков может быть прямым и непрямым. Основным методом прямой фиксации костных отломков являются методы фиксации отломков при помощи металла с памятью формы, костный шов и установка титановых пластин с фиксацией на шурупы. К непрямым методам фиксации костных отломков относится фиксация отломков спицами, штифтовыми аппаратами с компрессией и без нее [6].

Несмотря на недостатки консервативного метода фиксации отломков (нарушение гигиены полости рта, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава), данный метод фиксации имеет свои преимущества. Учитывая, что хирургический метод фиксации является инвазивным, требует проведения общего обезболивания, способствует удлинению сроков пребывания пациента в стационаре, широкое распространение получили консервативные методы – шинирование челюстей [7–8]. Нами разработан новый способ фиксации отломков при ангулярных переломах нижней челюсти.

Цель исследования – представление клинического случая с использованием нового метода фиксации костных отломков при ангулярном переломе нижней челюсти.

NEW METHOD OF FIXATION OF BONE FRAGMENTS AT ANGULAR MANDIBULAR FRACTURES. MEDICAL CASE

M. N. Manoilo, A. A. Zinenko

The purpose of the paper is to present a medical case involving the use of a new method of fixing bone fragments with an angular mandibular fracture. With angular mandibular fractures, the fragments fixation is preferentially done by installing reconstruction plates, under general anesthesia, which increases the duration of patients' hospital stay and is an invasive method of treatment. The new method for fixing bone fragments of angular mandibular fractures is analyzed. The fixation of fragments with ligature wire by trans-interdental method is effective for additional fixation, allowing achieving stability of bone fragments.

Keywords: fracture, osteosynthesis, splinting.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ клинического случая ведения пациента с открытым ангулярным перелом нижней челюсти справа без смещения отломков. Больной А., 17 лет поступил в стационар с жалобами на боли в нижней челюсти, усиливающиеся при открывании рта, ограничение открывание рта до 3 см, нарушение прикуса, затруднение приема пищи, кровотечение из полости рта. Из анамнеза известно, что около 6 часов назад пациент был избит неизвестными. Локально область лица деформирована из-за отека правой поднижнечелюстной области, на коже в области угла нижней челюсти справа отмечается кровоподтек. При пальпации по базальному краю нижней челюсти

справа отмечается симптом ступеньки до 1 см, и болезненность. Прикус, открытый на стороне патологии. Открывание рта болезненное, ограниченное до 3 см. В полости рта при бимануальном исследовании нижней челюсти отмечается патологическая подвижность в области угла нижней челюсти справа. Отмечается разрыв слизистой в проекции 48 зуба. По данным рентгенологического исследования отмечается линия перелома нижней челюсти в области угла справа без смещения отломков, в линии перелома – 48 зуб. Пациенту был выставлен диагноз: открытый ангулярный перелом нижней челюсти справа без смещения отломков. Результаты рентгенологического исследования представлены на рис. 1–2.



А



Б

Рис. 1. Рентгенография нижней челюсти больного А при поступлении в больницу: в прямой (А) и правой боковой (Б) проекциях



А



Б

Рис. 2. Рентгенография нижней челюсти в прямой (А) и боковой (Б) проекциях после шинирования и фиксации отломков лигатурной вязью у больного А

Под проводниковой торусальной анестезией Ультракаин 1:100000, пациенту наложены шины Тигерштедта с зацепными петлями и фиксированы к зубным рядам, вторым этапом операции выполнен разрез слизистой правой ретромаллярной области, отслоен слизисто-надкостничный лоскут и выделена щечная борозда ветви нижней челюсти справа, выполнено типичное удаление 48 зуба из линии перелома. Далее проведена дополнительная фиксация костных отломков по предложенному нами методу. При помощи бора на 4 0000 оборотах в минуту с постоянной подачей охлаждения выполнено перфорационное отверстие по поперечной оси в проекции щечной борозды нижней челюсти справа, сквозным методом проходя через внутренний и наружный кортикальные слои, проведена лигатурная проволока через перфорационное отверстие. Отломки сопоставлены в правильное положение и фиксированы проволокой к 47 зубу, находящемуся на большом отломке нижней челюсти. Зубы сопоставлены в привычный для пациента прикус, установлена резиновая тяга. Спустя сутки после операции, было проведено рентгенологическое контрольное исследование нижней челюсти в прямой и правой боковой проекциях (рис. 2).

При этом отмечается фиксированный перелом нижней челюсти в области угла справа без смещения отломков. Пациент проводилась антибактериальная терапия. Пациент выписан из стационара, спустя трое суток, на дальнейшее амбулаторное лечение.

ВЫВОДЫ

Несмотря на ряд недостатков консервативного метода фиксации отломков, он является наиболее желаемым, так как хирургический метод фиксации является более инвазивным и затратным. Предложенный нами метод дополнительной фиксации отломков при помощи чрезкостной лигатурной вязи способствует более жесткой фиксации отломков, близкой по качеству к фиксации пластинами, но при этом является наименее инвазивным, а также легко удаляется спустя месячный срок консолидации. В то же время данный метод фиксации на наш взгляд применим только при переломах без смещения отломков и в случае, когда достигнута ручная репозиция отломков, так как при выраженном смещении костных отломков данной фиксации будет недостаточно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дутов А. А., Пинелис И. С., Семенова А. Н. Влияние ортопедического метода фиксации отломков на изменение биохимических показателей метаболизма костной ткани при переломе нижней челюсти // Дальневосточный медицинский журнал. 2013. № 3. С. 71–74.
2. Сафаров С. А., Байриков И. М., Петров Ю. В., Щербовских А. Е. Разработка и клиническое применение высокотехнологичных чрезкостных остеофиксаторов при лечении переломов лицевого скелета // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 2. С. 20–23.
3. Ешиев А. М. Щадящий метод остеосинтеза нижней челюсти в пределах зубного ряда // Медицинские новости. 2010. № 5–6. С. 115–118.
4. Сафаров С. А., Щербовских А. Е. Обоснование применения модифицированной методики закрытого остеосинтеза при переломах нижней челюсти // Врач-аспирант. 2015. Т. 68. № 1.1. С. 207–211.
5. Консервативные методы иммобилизации отломков челюстей. URL: <http://hirstom.ru/neognestrelnie-povrezhdeniya-chlo/konservativnie-metodi-immobilizatsii-otlomkov-cheliustey> (дата обращения: 19.10.2017).
6. Хирургическое лечение переломов нижней челюсти - Переломы челюстей. URL: <http://lekmed.ru/info/arhivy/perelomy-chelyustey-7.html> (дата обращения: 19.10.2017).
7. Салманова Ю. М., Ершов В. И., Тюрина И. А. Результаты изучения мнения населения города Surguta о деятельности службы скорой медицинской помощи // Вестн. СурГУ. Медицина. 2017. № 2. С. 50–53.
8. Алибеков И. М., Гуз Д. Г., Гацко Ю. С., Чумак К. С., Фатахова М. Т. Опыт внедрения и оптимизации хирургического лечения ЛОР патологии на базе БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3» // Вестн. СурГУ. Медицина. 2017. № 2. С. 19–23.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Манойло Марк Николаевич – аспирант кафедры госпитальной хирургии Медицинского института, Сургутский государственный университет; челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии, Сургутская окружная клиническая больница; e-mail: promedol84@mail.ru.

Зиненко Андрей Александрович – заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии, Сургутская окружная клиническая больница; e-mail: surgutokb@surgutokb.ru.

ABOUT THE AUTHORS

Manoilo Mark Nikolaevich – Postgraduate, Hospital Surgery Department, Medical Institute, Surgut State University, Maxillofacial Surgery Department, Surgut Regional Clinical Hospital; e-mail: promedol84@mail.ru.

Zinenko Andrey Aleksandrovich – Head of Maxillofacial Surgery Department, Surgut Regional Clinical Hospital; e-mail: surgutokb@surgutokb.ru.