

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОСТНОГО ШВА У ПОСТРАДАВШИХ С КОСЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ю. В. Ефимов¹, Д. В. Стоматов², Е. Ю. Ефимова¹, Ю. В. Тельянова²,
И. В. Долгова¹, А. В. Стоматов²

¹Волгоградский государственный медицинский университет,

²Пензенский государственный университет

Проведен анализ результатов лечения 34 больных с косыми переломами нижней челюсти по разработанной авторами методике остеосинтеза костным швом. Отдаленные результаты свидетельствуют о высокой эффективности метода, что позволяет рекомендовать его к широкому использованию в клинической практике.

Ключевые слова: переломы нижней челюсти, костный шов, остеосинтез.

ANALYSIS OF USING BONE SUTURE TO TREAT OBLIQUE FRACTURES OF THE LOWER JAW

Y. V. Efimov, D. V. Stomatov, E. Y. Efimova, Y. V. Teliynova, I. V. Dolgova, A. V. Stomatov

Volgograd State Medical University,

Penza State University

The article analyzes the results of treating 34 patients with oblique fractures of the lower jaw using the technique of bone suture developed by the author. The results of the study show that the proposed method offers long-term benefits and can be used in clinical practice.

Key words: mandibular fractures, bone suture, osteosynthesis.

Лечение пострадавших с переломами нижней челюсти остается одной из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии. В структуре травматизма данная патология занимает особое место вследствие как функциональных, так и косметических нарушений. Следует отметить тот факт, что в последние годы прослеживается тенденция не только к увеличению числа пострадавших с переломами костей лица, но и к утяжелению характера травмы, главным образом за счет множественных переломов и сочетанных повреждений. По данным отечественных и зарубежных клиник переломы нижней челюсти среди повреждений лицевого отдела черепа составляют от 70 до 85 % [1, 2, 6].

Среди различных методов закрепления отломков нижней челюсти ведущее место занимают ортопедические методы. Однако они не всегда обеспечивают точную репозицию отломков и стабильное их закрепление на весь период консолидации, особенно если перелом локализуется в области угла нижней челюсти. Кроме того, нахождение нижней челюсти постоянно в вынужденном положении приводит к дисфункциональным расстройствам в височно-нижнечелюстном суставе [5].

Поэтому многие авторы отдают предпочтение хирургическим методам, как наиболее эффективным с позиций обеспечения стабильности отломков.

Наиболее распространенным видом остеосинтеза остается костный шов.

В то же время данные научной литературы свидетельствуют о неоднозначном отношении исследователей к этой методике. Главным недостатком остеосинтеза костным швом является отвисание большого фрагмента вниз с возникновением ложного дефекта треугольной формы в

области альвеолярной части нижней челюсти. Указанный недостаток можно исключить при наложении интраорального костного шва на стенки лунок удаленных зубов. Однако прочность этого остеосинтеза невелика, что требует дополнительной фиксации. Косые переломы являются абсолютным противопоказанием к использованию костного шва ввиду наложения отломков друг на друга при закручивании проволоки [3].

При косых переломах нижней челюсти в настоящее время широко используется остеосинтез титановыми мини-пластинами. Однако, как отмечает ряд авторов, при косых переломах его стабильность часто бывает недостаточной, что связано с различной толщиной компактной кости с язычной стороны челюсти, что, в свою очередь, не всегда позволяет надежно закрепить в ней мини-шуруп, а в динамике послеоперационного периода может привести к смещению отломков [4, 7].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Повышение эффективности лечения пострадавших с косыми переломами нижней челюсти за счет оптимизации остеосинтеза проволочным швом.

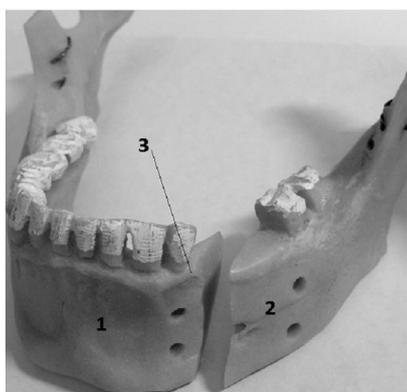
МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 34 пострадавших с косыми переломами нижней челюсти с различной их локализацией. В области угла нижней челюсти — 19 (55,88 %) больных, в области тела нижней челюсти — 12 (35,29 %) человек, пострадавшие с переломами шейки с вывихом головки нижней челюсти составили 3 (8,83 %) человека. Все больные были лицами мужского пола в возрасте 32—55 лет.

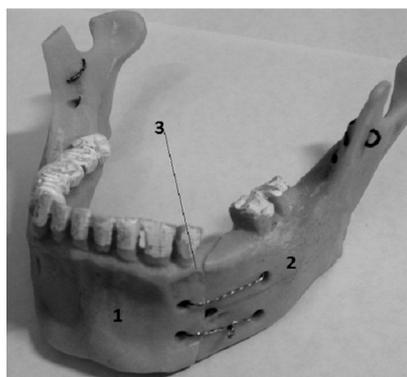
Сущность предлагаемого нами способа заключается в формировании на большом отломке площадки с уступом, что позволяет полностью устранить наложение концов отломков друг на друга, приводящее к укорочению этой половины челюсти и нарушению прикуса с деформацией лица пациента, а также отвисание большого отломка вниз и возникновение ложного дефекта треугольной формы (положительное решение о выдаче патента РФ на изобретение по заявке № 2014126115/14(042415)).

Способ осуществляется следующим образом.

Операцию выполняют под общим обезболиванием. После рассечения мягких тканей и устранения интерпозиции мышц, в губчатом слое большого (относительно щели перелома) отломка по всей плоскости перелома формируют площадку глубиной до 0,1 см, при этом нетронутый кортикальный слой выступает упором для малого (относительно щели перелома) отломка (рис. 1а, б), который после выполнения репозиции размещают на площадке, далее в каждом отломке, отступив от нижнего края нижней челюсти 0,75 см и 1,5 см перпендикулярно щели перелома, формируют два сквозных канала, через которые проводят проволочную лигатуру, свободные концы которой скручивают на наружной поверхности нижней челюсти, после чего рану послойно ушивают.



а



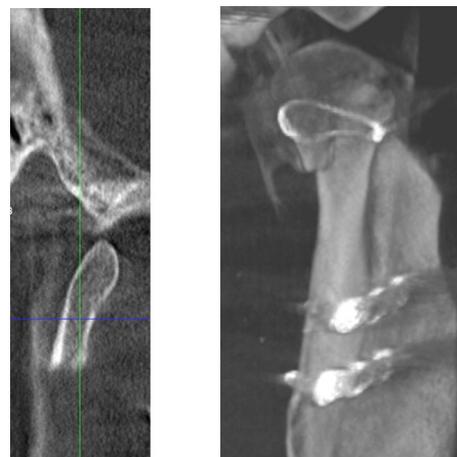
б

Рис. 1 а,б. Способ костного шва (схема):
1 — большой отломок, 2 — малый отломок,
3 — уступ компактной кости

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У всех прооперированных больных заживление раны произошло первичным натяжением на 7-е сутки после операции. Вторичного смещения отломков, воспалительных осложнений не наблюдалось. Клинически консолидация отломков отмечена на 21-е сутки после операции. В отдаленные сроки (3 месяца после остеосинтеза) больные жалоб не предъявляли, нарушения окклюзии зубов не наблюдалось.

Клинический пример. Больной К. 30 лет, поступил в клинику по поводу высокого перелома с вывихом головки нижней челюсти справа (рис. 2).



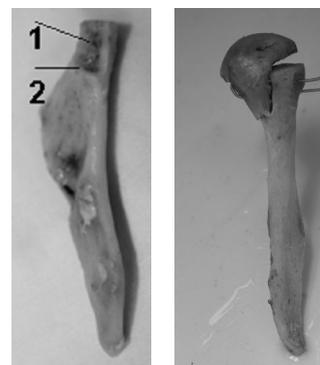
а

б

Рис. 2. Фотографии 3D рентгенограмм больного К.:
а — до операции, б — через 3 месяца после операции

По традиционной методике выполнено скелетирование и косая остеотомия ветви нижней челюсти с удалением ее головки.

На остеотомированном фрагменте в губчатой кости сформирована площадка 1 с уступом компактной кости 2 (рис. 3а), на которой размещена головка нижней челюсти и фиксирована костным швом (рис. 3б).



а

б

Рис. 3. Фотографии остеотомированного фрагмента ветви нижней челюсти больного К.: а — фрагмент ветви нижней челюсти со сформированной площадкой 1 и уступом 2; б — головка нижней челюсти размещена на площадке и фиксирована костным швом

Далее остеотомированный фрагмент фиксировали к ветви нижней челюсти двумя мини-пластинами, после чего рану послойно ушивали.

Послеоперационный период протекал гладко. Контрольный осмотр выполнен через три месяца после операции. Функциональных нарушений нижней челюсти, смещения фрагментов не наблюдалось (рис. 2б).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предлагаемый способ костного шва при лечении пострадавших с косыми переломами нижней челюсти представляет собой высокоэффективный метод остеосинтеза, что позволяет рекомендовать его к широкому использованию в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгова И. В. Профилактика травматического остеомиелита нижней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2013. — 21 с.
2. Ефимов Ю. В. Переломы нижней челюсти и их осложнения / Ю. В. Ефимов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2004. — 39 с.
3. Малышев В. А. Переломы челюстей / В. А. Малышев, Б. Д. Кабаков. — 2-е изд., пераб. — СПб., 2005. — 224 с.
4. Тельных Р. Ю. Использование биологически активных препаратов в профилактике осложнений при лече-

нии больных с открытыми травматическими переломами нижней челюсти // Стоматология. — 2008. — № 4. — С. 56—58.

5. Ghanem W. A. The management of unstable oblique infected mandibular fractures with a 2,3 mm mandibular osteosynthesis reconstruction bone plate / Ghanem W. A., Elhayes K. A., Saad K. // Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. — 2011. — Vol. 39 (8). — P. 600—605.

6. Kitshoff A. M. A retrospective study of 109 dogs with mandibular fractures / Kitshoff A. M., de Rooster H., Ferreira S. M., Steenkamp G. // Veterinary and comparative orthopaedics and traumatology. — 2012. — Vol. 29, 26 (1). — P. 1—5.

7. Payne K. F. A review of trauma and trauma-related papers published in the British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery in 2010-2011/ Payne K. F., Tahim A., Goodson A. M., Colbert S., Brennan P. A. // British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. — 2012. — Dec; Vol. 50 (8). — P. 769—773.

Контактная информация

Ефимов Юрий Владимирович — д. м. н., профессор каф. хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: efimovyv@mail.ru