

СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Нарзиева Махлие Исрофил кизи

Ташкентский государственный стоматологический институт

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7152147>

Аннотация. В структуре повреждений челюстно-лицевой области травмы скуловерхнечелюстного комплекса занимают первое место среди повреждений средней зоны лица и составляют от 14,5% до 24% от всех повреждений лицевого скелета. Сложные анатомо-топографические и взаимоотношения скуловерхнечелюстного комплекса с соседними областями обуславливают многогранность проблем в лечении и реабилитации неогнестрельных поражений данной области, а также профилактики осложнений.

Ключевые слова: челюстно-лицевая травматология, скуловерхнечелюстной комплекс, придаточные пазухи

Введение. Современная челюстно-лицевая травматология, становясь более высокотехнологичной, все же сохраняет высокий процент воспалительных посттравматических осложнений в придаточных пазухах - от 30 до 85%. Среди основных причин данного осложнения современные авторы в первую очередь указывают на высокую травматичность традиционных методов репозиции и фиксации отломков. Последние десятилетия отмечены значительным ростом травматизма населения, при этом произошло изменение его структуры в сторону увеличения удельного веса сочетанных и множественных повреждений. Сочетанные травмы челюстно-лицевой области занимают особое место среди травматических повреждений скелета человека вследствие функциональных и косметических особенностей. По данным различных авторов их частота, колеблется. Травма данной области приводит к расстройству функции внешнего дыхания, поддерживая гипоксию; выступая в качестве очага ферментативной агрессии, является источником развития гнойно-инфекционных осложнений; нарушение питания замедляет процессы восстановления функций организма.

Цель исследования: спланировать операцию и репозиция костей лицевого скелета.

Материалы и методы исследования: За период с 2020 по 2021 гг в клинике Ташкентской стоматологической институте находились 29 больных с переломами скуловой кости, стенки глазницы и верхний

челюстной пазухи. Всем больным с целью смещения и деформаций костных отломков, провели остеосинтез с применением мини пластинок. Больные с переломами скуловой кости, стенки глазницы и верхнечелюстной пазухи нуждались в оперативном вмешательстве в экстренном порядке, нами предложен установить катетер Фолея с надуванием внутри гайморовой пазухи.

Результаты исследования: Нами были исследованы лечения 29 больных с переломами скуловой кости, стенки глазницы и верхней челюсти в возрасте 18 – 40 лет. Из них было мужчин -21, а женщин – 8. Весь контингент больных поступал в ТГСИ в отделение ЧЛХ по поводу переломов стенок глазницы и верхней челюсти. В зависимости от повреждений переломов скуловой кости и дуги, стенок глазницы и верхней челюсти больные были разделены на 2 группы: I-ая группа (11 больных) повреждений с переломами скуловой кости и дуги, стенок глазницы и верхней челюсти со смещением отломков. В этой группе больных диагностировано необильное кровотечение из соответствующей половины носа, иногда – подкожная эмфизема, кровоизлияние в клетчатку глаза нижнего века, хемоз, на стороне поражения определяется тугий звук, косметическое нарушение, функциональные нарушения, снижение чувствительности в зоне иннервации подглазничного нерва. По данным ряда авторов из оперативных методов лечения переломов скуловой кости и дуги, стенок глазницы и верхней челюсти со смещением отломков большое распространение получил метод вправления костных отломков однозубым крючком Лимберга. Однако данная операция выполняется внеротовым способом. Поэтому длительное время больные находились на стационарном лечении.

Выводы: Таким образом, при данных патологиях после остеосинтеза мини пластинками, нами используется внутриротовая операция по методу Колдуэлл –Люка. При переломах скуловой кости и нижней стенки глазницы остеосинтез произведен с помощью мини пластинок из никелида титана. Трубка катетера Фолея выводилась из полости гайморовой пазухи через назоантральное соустье в нижнем носовом ходу наружу с последующим надуваем его балончиком. Швы на слизистой оболочке преддверия полости рта сняты на 7-е сутки. Катетер удален на 12-е сутки. Преимущество операции состоит в том, что во время открывания рта, пережевывания пищи и контакта зубов при смыкании челюстей смещения костных отломков не отмечается.

Литература:

1. Bakhteeva G.R., Lepilin A.V., Soicher M.G., Bulkin V.A., Mukhina N.M. Course and healing of mandibular fractures accompanied by injuries of trigeminal nerve branches // Saratov Scientific-Medical Journal. - 2012. - VOL. 8, NO 2 - P. 399-403.
2. Eryomin D.A. Perfection of pharmacotherapy of lower alveolar nerve injuries in mandibular fractures: Ph. ... candidate of medical sciences: 14.01.14. - Dentistry. M.: 2019. 27 c.
3. Karpov S.M., Gandylian K.S., Karakov K.G., Zelensky V.A., Porfiriadis M.P., Khachatryan E.E., Domenyuk D.A., Chalaya E.N. Maxillofacial trauma as a factor of neurophysiological disorders of CNS. Medical Bulletin of the North Caucasus. - 2015 - VOL.10, NO.4 - P.361-365.