

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДВУХЧЕЛЮСТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИОННО - РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ НАЗУБНОЙ ШИНОЙ

Ешиев А.М., Эгемкулов А.Т.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница

Ош, Кыргызская Республика

Резюме. В статье отражены результаты лечения переломов мышцелкового отростка нижней челюсти с применением двухчелюстной иммобилизационно - реабилитационной назубной шины, с добавлением к лечению препарата кальция D₃ Никомед и электровибромассажа.

Ключевые слова: двухчелюстная иммобилизационно - реабилитационная назубная шина, кальций D₃ Никомед, электровибромассаж.

АСТЫНКЫ ЖААКТЫН ИЛМЕГИНЕН СЫНГАНДА ЭКИ ЖААКТУУ ИММОБЛИЗАЦИЯЛЫК- РЕАБИЛИТАЦИЯЛЫК ТИШ ШАКШАГЫН КОЛДОНУП ДАРЫЛОО

Ешиев А.М., Эгемкулов А.Т.

Ош областар аралык бириккен клиникалык оорукана

Ош, Кыргыз Республикасы

Кортунду. Бул макалада астынкы жаак илмегинен сынганда эки жаактуу иммоблизациялык – реабилитациялык тиш шакшагы менен бирге кальций D₃ Никомед дары-дармегин ошондой эле электротермелтип укалоонун жардамында дарылоонун жыйынтыгы чагылдырылган.

Негизги сөздөр: эки жаактуу иммоблизациялык – реабилитациялык тиш шакшагы, кальций D₃ Никомед, электротермелтип укалоо.

TREATMENT OF CONDYLAR PROCESS OF MANDIBLE FRACTURES USING CLAMSHELL IMMOBILIZATION- REHABILITATION TOOTH TIRES

Eshiev A.M., Egemkulov T.A.

Osh United Interoblast Hospital

Osh, Kyrgyz Republic

Resume. This article presents the results of treatment of fractures of the condylar process of the mandible using immobilization Claw - Tooth rehabilitation tires with the addition of the drug calcium D₃ Nycomed and electrovibromassage.

Keywords: Clamshell immobilization - rehabilitation of tooth bus, Calcium D₃ Nycomed, electrovibromassage.

В последние десятилетия отечественными и зарубежными клиницистами разработано большое количество методов и средств проведения остеосинтеза нижней челюсти. Такой пристальный интерес исследователей к данной проблеме обусловлен всё возрастающей травматизацией населения [1, 3, 4].

Среди способов лечения переломов нижней челюсти выделяют консервативные (ортопедические), оперативные (хирургические) и комбинированные. При этом остеосинтез применяют лишь в 5-30% случаев [2,9], т.к. ортопедические методы обычно

позволяют добиться полного или неполного, но достаточно удовлетворительного сопоставления и закрепления отломков. Иногда же ортопедическими методами не достигают полного восстановления анатомической целостности нижней челюсти и ее сложной биомеханической функции, в связи с этим увеличивается период лечения и реабилитации, возникают неоправданные экономические потери. Поэтому в настоящее время большинство хирургов стоматологов выступают за соблюдение строгих, научно обоснованных и предельно индивидуализированных показаний при выборе

как консервативного, так и хирургического способа лечения переломов нижней челюсти.

К ортопедическим способам лечения, наиболее широко применяемым в клинической практике, относятся съемные назубные шины. Существует множество модификаций методов шинирования: используются шины из различного материала (нержавеющая сталь, латунь, дюраль, пластмасса и др.), предложены различные способы фиксации шин (лигатурная проволока, полиамидные нити), рекомендуется полное, частичное или комбинированное шинирование зубных рядов в зависимости от локализации перелома и степени смещения отломков [2, 5, 6, 7, 8]

Цель исследования: оценить результативность применения двухчелюстной иммобилизационно - реабилитационной назубной шины при комплексном лечении не смещённых переломов мышечного отростка нижней челюсти.

Материалы и методы исследования

В нашей клинике разработана модифицированная двухчелюстная иммобилизационно - реабилитационная назубная шина (Патент №1448 от 30.04.2012г), которая применена у 30 больных с переломом мышечного отростка нижней челюсти без смещения. Изготовление ортопедической шины осуществляется следующим образом: шина индивидуально изготавливается в зуботехнической лаборатории. Врач снимает слепки у больного, после чего по слепкам отливаются модели челюстей, которые закрепляются в окклюдатор. Далее на моделях изготавливают шину в виде двух гнутых проволок. Вертикальные муфты в виде двух полых игл, после подготовки соответствующих прорезей, фиксируются к шине с помощью припоя. Это дает возможность для движения челюсти по вертикали, но при этом в горизонтальной плоскости создается состояние покоя. Предварительно на шинах изгибаются зацепные петли и устанавливаются горизонтальные капроновые муфты. Далее шина фиксируется с помощью лигатур к отдельным зубам в полости рта, устанавливается внутренняя игла с распорочным изгибом по отношению к наружной части и прикус фиксируется функциональными муфтами, которые располагаются в полости рта в пределах 5-6 зубов. Для составления плана ортопедического лечения пациентов исследуемых групп нами было

проведено комплексное исследование челюстно-лицевой области с применением клинических, лабораторных, рентгенологических методов исследования.

Результаты исследования и их обсуждения

Нами был проведен отбор пациентов в исследуемые группы на основе полученных результатов рентгенологического исследования височно-нижнечелюстных суставов по характеру перелома (наличия смещения). Двухчелюстная иммобилизационно - реабилитационная назубная шина применялась при переломах мышечного отростка нижней челюсти без смещения. Наряду с иммобилизацией пациенты получили медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. К лечению дополнительно добавлен препарат кальций Д₃ Никомед по 1 таблетке 2 раза в день в течение 25 дней. Физиотерапевтическое лечение дополнено электровибромассажем 2 раза в день по 10 минут в течение 2х недель.

В иммобилизационном периоде проводился динамический рентгенографический контроль. В дальнейшем, по показаниям, рентгенографический контроль за динамикой консолидации отломков у больных проводился в сроки до 3 месяцев. Рентгенологическое обследование больных проводили перед наложением шины и после него, спустя 14-15, 21-22 дня и 3 месяца после снятия модифицированной шины. Также с целью косвенной характеристики консолидации линии перелома нами использовано дозиметрическое исследование (порог болевой чувствительности) (рацпредложение № 48/09). При поступлении до иммобилизации получены следующие результаты: у больных с переломами нижней челюсти на 1-3 сутки после травмы величина силы давления при появлении локализованной боли составила в среднем $1,4 \pm 0,3$ кгс. Рентгеновское исследование оценивало точность репозиции отломков после проведения иммобилизации, характер положения линии перелома.

Через 2е недели резиновые кольца снимали, что позволяло осуществлять движение нижней челюсти только в одном направлении вверх-вниз, боковые движения за счет наличия распорок не возможны. При этом, за время наложения шины, в области сустава спадают отеки и воспаления, в начале реабилитации, при снятии резиновых колец, сустав начинает разрабатываться в «правильном» направлении,

что в дальнейшем не позволяет развиваться артрозу сустава. При анализе показателей ПБЧ наблюдается достаточно четкая закономерность, т.е. отмечаются существенные изменения уже на 14 сутки иммобилизации $6,1 \pm 0,62$ кгс.

Рентгенологические исследования: на 14-15 сутки после наложения шины концы фрагментов перелома притуплены, контуры коркового слоя неровные, линия незначительно сглажена. Просвет перелома сужен.

Далее выявляется такое же неуклонное повышение показателей: на 21 сутки после иммобилизации значение ПБЧ уже настолько высоки, что составляют $7,4 \pm 0,5$. Рентгеновские исследования на 21-22-е сутки - у больных на месте перелома образовалась облаковидная тень с зернистостью, отличающаяся полным слиянием поверхностей фрагментов перелома с характерной гомогенной циркулярной массой (полная консолидация перелома). Ранняя щадящая физиологическая нагрузка позволяет избежать развития контрактуры в височно-нижнечелюстных суставах что, в свою очередь, обуславливает более благоприятное течение процессов регенерации. Дополнительное использование препаратов кальция (Кальций Д3 Никомед) способствует более активному течению репаративной регенерации костной ткани. Воздействие электровибромассажа на область сустава и, соответственно, на кровеносную систему вызывает расширение функционирующих капилляров, раскрытие резервных капилляров, благодаря чему создается более активное орошение кровью не только массируемого участка, но рефлекторно и внутренних органов, в результате чего происходит усиленный газообмен между кровью и тканью. Все это благоприятным образом сказывается на заживлении переломов мышечного отростка нижней челюсти.

Динамическое исследование порога болевой чувствительности позволяет получить косвенную характеристику хода репаративного остеогенеза. Значения ПБЧ выше 5-6 кгс при повторных исследованиях свидетельствуют о наступившей первичной консолидации отломков. В то же время значения ПБЧ ниже 5 кг/с после 14 дней указывают на замедленную консолидацию.

Таким образом, характеризуя метод дозиметрии непрямой нагрузки мы можем определить следующие достоинства: это

дополнительный объективный диагностический тест, позволяющий провести строгий качественный контроль за степенью консолидации, дает возможность учитывать и устранять отклонения в процессе иммобилизации (замедленная консолидация) и конкретизировать сроки дополнительной иммобилизации, необходимость в соответствующей коррекции лечения больного.

Через 3 месяца у всех больных на рентгенограммах нижней челюсти наблюдали полное сращение линии перелома, восстановление нормальной структуры кости и безболезненность в области сустава. Подвижность фрагментов перелома клинически не отмечается, отсутствует асимметрия лица, открывание рта свободное и безболезненное. Таким образом, качественная репозиция и жесткая фиксация отломков, комплексный подход к лечению, ранняя щадящая физиологическая нагрузка, обуславливает более благоприятное течение процессов репаративной регенерации костной ткани и безболезненность в области сустава. Что позволило улучшить результаты лечения и снизить уровень развития посттравматического остеомиелита.

Литература:

1. Безруков В.М., Лурье Т.М. Изучение травматизма челюстно-лицевой области по материалам диссертационных исследований // Труды VI съезда Стоматол. Асс. России. - М., 2000. - С. 294-298
2. Васильев Г.А., Швырков М.Б. Применение окружного шва при лечении больных с переломами нижней челюсти // Организация помощи и лечение травм чел.-лиц. области. - М., 1968. - С. 24-25.
3. Вернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. - М.: Мед. лит., 1999. - 444с.
4. Ешиев А.М. Челюстно-лицевая хирургия (инновационные методы, технологии и материалы), Бишкек.-2010.-300с.
5. Иващенко Н.И. Разработка и внедрение методов лечения больных с переломами нижней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук в форме научного докл.- М., 2000. - 30с.
6. Ищенко Н.А. Совершенствование методов хирургического лечения переломов мышечного отростка нижней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Омск, 1996. - 16с.
7. Кручинский Г.В., Волковец А.Н. Первый опыт лечения переломов нижней челюсти проволочными шинами, расположенными на язычной поверхности зубов // Стоматология. - 1993. - № 3-6. - С. 43-44.
8. Малевич О.Е., Кулагин В.М., Житний Н.И. Сохранение функциональной активности жевательных мышц при двучелюстном закреплении переломов нижней челюсти // Стоматология. - 1987.- № 6.- С.26-28.
9. Уразалин Ж.Б., Лурье Т.М., Ипполитов В.П. Комплексное лечение переломов челюстей: Методической рекомендации. - М., 1985. - 24с.