

Ваганова Эльнара Маратовна

студентка

Научный руководитель

Щербакова Ирина Викторовна

старший преподаватель

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет

им. В.И. Разумовского» Минздрава России

г. Саратов, Саратовская область

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ УГЛА

Аннотация: *состояние челюстно-лицевой системы человека – важнейший показатель здоровья. Согласно статистическим данным, переломы нижней челюсти составляют до 80% всех повреждений костей лицевого скелета и представляют собой значительную медико-социальную проблему, затрагивая преимущественно лиц трудоспособного возраста [1]. В связи с этим высокую актуальность имеет проблема лечения переломов нижней челюсти. В статье рассматриваются основные аспекты лечения переломов нижней челюсти в области угла.*

Ключевые слова: *стоматология, перелом нижней челюсти, открытая репозиция, внутренняя фиксация, ОРИФ.*

Анализ результатов исследований показывает, что особое место среди переломов нижней челюсти занимают переломы в области угла: на их долю приходится до 40% всех случаев [2].

Высокая частота повреждений указанной зоны объясняется анатомическими особенностями: наличием «слабых» зон и присутствием третьего моляра («зуба мудрости»), что повышает риск перелома почти в 4 раза [3].

Однако вопрос о тактике ведения пациентов с зубом в линии перелома остается дискуссионным. Традиционный, классический подход носил ради-

кальных характер и предписывал обязательное удаление такого зуба. В современной практике тактика лечения основывается на комплексной оценке множества факторов: положения зуба (ретенированный, полуретенированный, прорезавшийся), степени смещения отломков, состояния пульпы и периодонта зуба, наличия сопутствующей патологии (кариес, периапикальные изменения) и общего состояния пациента [4]. Актуальность разработки четких алгоритмов обусловлена высоким, по некоторым данным достигающим 32%, уровнем осложнений при переломах угла нижней челюсти, таких как инфекция, замедленная консолидация и повреждение нижнего альвеолярного нерва [5].

В случае переломов в области угла с вовлечением третьего моляра диагностика должна быть комплексной и включать, прежде всего, клинический осмотр с оценкой окклюзии, подвижности отломков и неврологического статуса (чувствительность в зоне иннервации нижнего альвеолярного нерва), а на его основе – применение лучевых методов [2]. «Золотым стандартом» является конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), обеспечивающая трехмерную визуализацию перелома, точное положение зуба и корней, степень смещения отломков [6]. В качестве дополнительных методов диагностики выступают панорамная рентгенография и прицельные внутриротовые снимки [7].

Зуб может быть сохранен, если он интактен (не поражен кариесом, не имеет признаков хронического периодонтита или периапикальных изменений), не препятствует анатомической репозиции отломков и является стабильным [2]. В частности, полностью ретенированный третий моляр при отсутствии смещения отломков часто рассматривается как стабилизирующий фактор и может быть оставлен под динамическим наблюдением в сочетании с консервативными методами межчелюстной фиксации (ММФ).

Для успешного заживления при лечении переломов угла нижней челюсти со смещением применяются различные методы иммобилизации. Основным методом в настоящее время является открытая репозиция и внутренняя фиксация (ОРИФ). Методом выбора при неосложненных изолированных переломах угла

является установка одной минипластины по линии Шампи посредством наложения небольшой титановой пластины по верхнему краю челюсти (в области косой линии) с использованием монокортикальных винтов, что минимизирует травму тканей и повреждение корней зубов [8]. Консервативные методы ММФ применимы при незначительном смещении и наличии благоприятных условий – таких, как наличие опорных зубов для шинирования, сохраненный ретенированный моляр. В отдельных случаях могут применяться альтернативные и модифицированные методы: например, при оскольчатых переломах и повторных вмешательствах может потребоваться более жесткая фиксация, включая использование двух минипластин, реконструктивных пластин или никелид-титановых скоб с эффектом памяти формы [2]. Послеоперационные ММФ в настоящее время не считаются обязательными для обеспечения стабильного остеосинтеза.

С точки зрения биофизики важно отметить, что удаление зуба из линии перелома создает костный дефект (лунку), который может служить потенциальным источником инфекции (альвеолит) и ослаблять зону остеосинтеза. Для профилактики этих осложнений и ускорения регенерации рекомендуется заполнение лунки остеопластическим материалом. В клинической практике применяются коллагенсодержащие материалы, способствующие гемостазу и служащие матрицей для врастания новой костной ткани; синтетические гидроксиапатиты и другие костные заменители; аутогенная костная стружка, полученная во время операции [2]. Использование таких материалов позволяет снизить риск послеоперационных осложнений и улучшить качество заживления.

Таким образом, современная концепция лечения переломов нижней челюсти базируется на индивидуальном и взвешенном подходе. Современная тенденция основана на отказе от унифицированной тактики обязательного удаления зуба в пользу дифференцированных решений, основанных на клинической картине перелома. Применение малоинвазивных методов остеосинтеза (одна минипластина) в сочетании с использованием остеопластических материалов для заполнения лунки удаленного зуба позволяет достичь стабильной фиксации,

минимизировать травму тканей, снизить риск инфекционных осложнений и сократить сроки реабилитации пациентов.

Список литературы

1. Чиликин В.Н. Использование методов математического моделирования при выборе рационального способа устранения дефектов передней группы зубов с помощью виниров / В.Н. Чиликин, С.С. Гаврюшин // Клиническая стоматология. – 2009. – №1 (49). – С. 6–9.

2. Медведев Ю.А. Лечение переломов нижней челюсти в области угла / Ю.А. Медведев, Д.Д. Милюкова, Е.Ю. Дьячкова // Российский стоматологический журнал. – 2012. – №3. – С. 34–36.

3. Клинико-экспериментальное обоснование применения препарата «Коллост» и биорезорбируемых мембран «Диплен-Гам» и «Пародонкол» при удалении ретенированных дистопированных нижних третьих моляров / А.Ч. Цховребов, С.В. Сирак, А.А. Слетов [и др.] // Стоматология. – 2008. – №2. – С. 34–38.

4. Савельев А.Л. Современный подход к лечению пациентов с переломами нижней челюсти / А.Л. Савельев, М.Г. Самуткина // Оперативная хирургия и клиническая анатомия (Пироговский научный журнал). – 2021. – Т. 5. №1. – С. 29–34.

5. Сравнительная характеристика методов иммобилизации отломков при переломах нижней челюсти / С.С. Солтанов, С.С. Ксембаев, О.А. Иванов [и др.] // Проблемы стоматологии. – 2024. – Т. 20. №1. – С. 35–44.

6. Прошкина С.Е. Возможности конусно-лучевой КТ в стоматологии / С.Е. Прошкина, И.В. Щербакова // Modern Science. – 2022. – №6–2. – С. 38–41.

7. Роль лучевых методов исследования в диагностике и лечении челюстно-лицевых повреждений / П.Г. Сысолятин, А.П. Дергилев, С.П. Сысолятин [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – Т. 25. №3–2. – С. 11–14.

8. Процессы регенерации костной ткани при переломах нижней челюсти / С.С. Солтанов, Г.С. Гибадуллина, С.С. Ксембаев [и др.] // Проблемы стоматологии. – 2024. – Т. 20. №1. – С. 29–34.