

Шмат С. М, Марикуца В. И, Чиркин В. И

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Несмотря на развитие научно-технического прогресса и значительные достижения в медицине, возникает достаточно много осложнений повреждений челюстно-лицевой области, как воспалительного, так и не воспалительного характера, требующих длительного и трудоемкого лечения. Актуальной проблемой хирургической стоматологии остается не только лечение переломов нижней челюсти, но и профилактика осложнений и реабилитация больных на постгоспитальном этапе, что требует умения ориентироваться в структуре травм и анализировать причины возможных осложнений.

Нами проведены систематизация причин повреждений нижней челюсти и сравнительный анализ воспалительных осложнений у больных, находившихся на лечении в стоматологическом отделении Днепропетровской областной больницы им. И.И Мечникова за различные периоды: 1986-1995 гг.—по данным архивных материалов (далее I период) и 2011-2015гг (II период).

С 1986 г по 1995 г находились на лечении 1644 больных с переломами нижней челюсти или 13,7 % от общего числа больных. Среди пострадавших мужчин было-89,8%. Преобладали (84,3%) больные в возрасте от 17 до 60 лет. По характеру травмы на первом месте бытовая (82,3%), среди которых основной причиной (78,2%) были хулиганские проявления. Количество больных, получивших травму в состоянии алкогольного опьянения составило 18,6%, что по нашему мнению не является объективным показателем, т.к более 58% пострадавших были госпитализированы на 3-6 сутки от момента травмы.

С 2011 г по 2015 г были госпитализированы 917 больных с переломами нижней челюсти, что составило 14,8% от общего количества больных. У 68 (7,4%) человек были огнестрельные ранения лица с нарушением целостности нижней челюсти, анализ последних будет приведен в отдельном исследовании. Среди больных с неогнестрельными переломами мужчины составляли 93,2%,

большинство из которых были трудоспособного возраста (87,1%). Так же, как и в I периоде, подавляющее число травм имело бытовую основу (89,4%), из них травмы, полученные в состоянии алкогольного опьянения, зафиксированы у 23% больных.

В I анализируемом периоде из 1644 больных у 1369 (88,3%) иммобилизация отломков нижней челюсти осуществлялась назубными шинами с двучелюстной фиксацией. Осложнения воспалительного характера (инфильтрат, абсцесс, флегмона, остеомиелит) наблюдали у 389 (28,4%) человек: из них первичные осложнения (при госпитализации) зарегистрировали у 171 (12,5%), в послеоперационном периоде аналогичные осложнения развились у 218 человек (15,9%).

Во II периоде—шинирование челюстей проводили у 712 пострадавших (83,9%), воспалительные осложнения имели место всего у 239 человек (33,6%), из них в послеоперационном периоде - у 71 (9,97%).

В обоих анализируемых периодах можно отметить прямую зависимость между сроками госпитализации больных от момента травмы и числом первичных осложнений. При увеличении времени от момента травмы до лечебной иммобилизации переломов нижней челюсти возрастает число больных, у которых при поступлении диагностированы воспалительные осложнения (табл. 1).

	Всего	Сроки проведения лечебной иммобилизации переломов нижней челюсти от момента травмы				
		До 24 час.	На 2 сут.	На 3-4 сут.	На 5-6 сут.	Свыше 7 сут.
Первичные воспалительные осложнения I период.	171 (12,5%)	8 (4,6%)	22 (12,7%)	28 (16,3%)	48 (27,9%)	65 (38,5%)
Первичные воспалительные осложнения II период.	168 (23,6%)	10 (5,9%)	24 (14,3%)	26 (15,5%)	45 (26,8%)	63 (37,5%)

Табл. 1

Анализируя частоту возникновения воспалительных осложнений в зависимости от локализации перелома, необходимо указать, что в обоих отчетных периодах наибольшее число осложнений развилось при локализации перелома в области угла нижней челюсти, но при определении соотношения числа осложнений к числу переломов более высокий показатель имеют переломы нижней челюсти других локализаций, прежде всего в области фронтального и ментального отделов (табл. 2).

		Локализация перелома					Всего
		В обл. угла	В обл. тела	В обл. ментальн. отдела	В обл. фронтальн. отдела	В обл. ветви	
Число переломов нижней челюсти	I период	590/160 (27,1%)	136/58 (42,6%)	259/99 (38,2%)	221/72 (32,6%)	163/-	1369/389 (28,4%)
	II период	294/102 (34,7%)	73/25 (34,2%)	145/59 (40,7%)	122/53 (43,4%)	78/-	712/239 (33,6%)
Число осложнений							

Табл. 2

Необходимо отметить, что в обоих периодах согласно документации на догоспитальном этапе медицинская помощь больным с переломами нижней челюсти в виде транспортной иммобилизации не оказывалась за исключением наложения фиксирующей повязки в единичных случаях. Некоторые больные были выписаны по различным причинам досрочно, из них 38% в I анализируемом периоде были госпитализированы повторно с воспалительными осложнениями, во II- 27% больных.

Таким образом, несмотря на внедрение новых и совершенствование применяемых методов лечения, в последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти. Так за период с 2011 по 2015 гг. осложнения воспалительного генеза отмечены у 239 человек (33,6%).

Факторами, влияющими на позднюю обращаемость пострадавших за мед помощью, является низкая культура поведения, злоупотребление алкоголем, недостаточная медицинская осведомленность определенной части населения, что требует восстановления проведения санпросвет работы.

На основании проведенного анализа для уменьшения частоты воспалительных осложнений при лечении переломов нижней челюсти можно рекомендовать:

С целью своевременной госпитализации пострадавших необходимо наладить соответствующую преемственность между поликлиникой и стационаром. Долечивание больных в условиях стационара или амбулаторных кабинетах реабилитации позволит уменьшить количество осложнений и сократить сроки нетрудоспособности.

Обязать врачей-стоматологов на поликлиническом приеме перед госпитализацией больных проводить временную иммобилизацию поврежденных челюстей с контролем за исполнением лечебных мероприятий представителями департаментов здравоохранения, администрации лечебных учреждений.

Больше уделять внимания мероприятиям по «переводу» открытого перелома в закрытый, т.к. при лечении последних по приведенным данным не было ни одного осложнения воспалительного генеза.

Лечебные мероприятия должны осуществляться в максимально короткие сроки от момента травмы и наиболее интенсивно проводиться в первые 5-7 суток после лечебной иммобилизации.