

УДК: 616-001.514

ПОСЛЕДСТВИЯ И ИСХОДЫ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВОГО (СУСТАВНОГО) ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Дарья Андреевна Гинкель¹, Дарья Игоревна Хованова², Валентина Николаевна Вольхина³

³ГАУЗ СО «Детская городская клиническая больница №9», Екатеринбург, Россия

^{1,2}ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

²Soltedsolted@mail.ru

Аннотация

Введение. Переломы у детей являются актуальной темой травматологии и челюстно-лицевой хирургии. В статье представлен анализ статистики встречаемости травм челюстно-лицевой области у детей. Рассмотрены проблемы лечения перелома мышцелкового отростка и исходы лечения различными методами. **Целью работы** является прослеживание закономерности между лечением перелома мышцелкового отростка у детей и их исходами. **Материалы и методы.** В исследовании был проведен статистический анализ встречаемости переломов мышцелкового отростка. Проанализированы исходы и методы лечения с помощью методов лучевой диагностики. **Результаты.** Травматизм среди детей составляет более 20% по отношению ко всему травматизму. По данным отделения челюстно-лицевой хирургии ДГКБ 9 г. Екатеринбурга, удельный вес детей с травмой зубов и костей лицевого скелета в 2010-2015 гг. составил от 2,9% до 3,6%. Существуют хирургические и консервативные методы лечения. Хирургический метод чаще приводит к повторным оперативным вмешательствам. **Обсуждение.** У существующих методов лечения перелома мышцелкового отростка остается довольно высоким процент осложнений и неудовлетворительных результатов из-за особого строения костной ткани и двойного вмешательства в травмированную область. **Выводы.** Остается открытым вопрос индивидуального подхода при выборе тактики лечения пациентов с вышеуказанными видами травм.

Ключевые слова: дети, переломы, травма, мышцелковый отросток.

CONSEQUENCES AND OUTCOMES OF FRACTURES OF THE CONDYLAR (ARTICULAR) PROCESS OF THE LOWER JAW IN CHILDREN

Daria A. Hinkel¹, Daria I. Khovanova², Valentina N. Volhina³

³Children's City Clinical Hospital №9, Yekaterinburg, Russia

^{1,2}Ural state medical university, Yekaterinburg, Russia

²Soltedsolted@mail.ru

Abstract

Introduction. Fractures in children are a topical topic of traumatology and maxillofacial surgery. The article presents an analysis of the statistics of the occurrence of injuries of the maxillofacial region in children. The problems of treatment of a fracture of the condylar process and the outcomes of treatment by various methods are considered. **The aim of the study** is to trace the pattern between the treatment of a fracture of the condylar process in children and their outcomes. **Materials and methods.** The study conducted a statistical analysis of the incidence of fractures of the condylar process. Outcomes and methods of treatment using radiation diagnostic methods were analyzed. **Results.** Injuries among children account for more than 20% of all injuries. According to the Department of Maxillofacial Surgery of the State Clinical Hospital of Yekaterinburg, the proportion of children with trauma to the teeth and bones of the facial skeleton in 2010-2015 ranged from 2.9% to 3.6%. There are surgical and conservative methods of treatment. The surgical method often leads to repeated surgical interventions. **Discussion.** Existing methods of treating a fracture of the condylar process remain a fairly high percentage of complications and unsatisfactory results due to the special structure of bone tissue and double intervention in the injured area. **Conclusions.** The question of an individual approach when choosing the tactics of treating patients with the above types of injuries remains open.

Keywords: children, fractures, injury, condylarprocess

ВВЕДЕНИЕ

Переломы костей лицевого скелета у детей являются одной из самых распространенных причин, обуславливающих необходимость стационарного лечения пострадавшего и, по нашим данным, составляют 21,5% среди всех госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии. При этом переломы нижней челюсти занимают первое место (80%) среди переломов костей лицевого скелета. Так, из 140 больных с переломами суставных отростков у 71 пострадавшего правильный диагноз был установлен лишь в клинике [1].

Цель исследования - проследить закономерность между существующими методами лечения переломов мышечного отростка и возможными исходами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проводился осмотр пациентов, анализ историй болезней, изучение конусно-лучевых компьютерных томограмм и рентгенограмм в носолобной проекции, ретроспективный анализ, статистический метод.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Травматизм среди детей составляет более 20% по отношению ко всему травматизму. Однако стоит учитывать, что до 2018 года к детскому возрасту относился период от 0 до 15 лет (14 лет 11 месяцев 28 дней). Теперь детьми

считаются лица до 18 лет. Соответственно за период времени (с 2018 по 2020) процент травматизма среди детей возрос. По данным отделения челюстно-лицевой хирургии ДГКБ 9 г. Екатеринбурга, удельный вес детей с травмой зубов и костей лицевого скелета в 2010-2015 гг. составил от 2,9% до 3,6%.

По данным приемного отделения, из числа детей с различными заболеваниями ЧЛЮ, 29,6% составляют дети с травмами ЧЛЮ. Из них повреждения мягких тканей составляют 73,7%, переломы челюстей – у 13,5%, травмы зубов – у 7,2% и другие повреждения – 5,6% (Рис. 1)



Рис.1 Травмы ЧЛЮ чаще встречались преимущественно у мальчиков (61,3%), чем у девочек (48,7%) и в возрасте 7-15 лет (58%) и в возрасте 1г.8 мес-6 лет (22,3%), реже в других возрастных группах.

Причины травм:

Преобладает бытовая и уличная травма (60 %)

Дорожно-транспортные происшествия (33%)

Спорт

Соматические заболевания: единичные случаи

Факторы риска:

1) Аномалии положения зубов и челюстей: при отсутствии смыкания переломы встречаются гораздо чаще

- открытый прикус

- дистальный прикус

- сочетание дистального и глубокого прикуса

2) Ранний остеопороз: на сегодняшний день на фоне дефицита витамина D3 у детей развиваются явления остеопороза, поэтому даже небольшие по силе физические воздействия на костные структуры приводят к травме

3)Травмоопасные виды спорта; категория игр и развлечений, повышенной травматизации; отсутствие специализированной экипировки

ОБСУЖДЕНИЕ

Мыщелковый отросток: преобладает у детей раннего возраста, в связи с тем, что там располагаются зоны роста нижней челюсти (субхондральная зона)

-внутрисуставной перелом

-экстракапсулярный перелом (чаще шейки отростка)

Переломы мышцелкового отростка нижней челюсти являются наиболее сложными для диагностики, спорными в выборе метода лечения и многообразными в проявлении посттравматических последствий, они составляют от 25% до 72% случаев всех видов переломов нижней челюсти в детском возрасте. Установлено, что в 3-9 летнем возрасте шейка суставного отростка является наиболее слабым местом при физическом воздействии.

Диагностика перелома мышцелкового отростка нижней челюсти с использованием традиционных рентгенологических методик представляет определенные трудности. Рекомендуемые методы рентгенологической диагностики — рентгенография черепа в прямой (носолобной) проекции, рентгенография нижней челюсти в боковых проекциях, ортопантомография — не всегда позволяют диагностировать переломы мышцелкового отростка нижней челюсти. Однако наиболее точным и достоверным методом диагностики является компьютерная томография[3].

Среди методов лечения выделяют:

1. Консервативное:

Показания: подголовчатый перелом, переломы без смещения, при смещении отломка не более чем на 40°

Шинирование

Скелетное вытяжение

Медикаментозная терапия

Подголовчатый перелом подлежит оперативному лечению в том случае, если отломок мешает открыванию рта и представляет собой простое изъятие фрагмента.

2. Хирургическое:

Открытая репозиция и фиксация (подчелюстной, предушной, надушной доступы)

В основном в практике используется подчелюстной доступ. Предушный и надушной доступы у детей практически не используются в силу особенности прохождения лицевого нерва. Надушной доступ можно использовать у детей после 14-ти лет, но крайне редко из-за близлежащего расположения височной артерии.

Виды:

- Костный шов: применяется при низких переломах, когда происходит корпусное смещение малого отломка, когда нет разрыва и повреждения капсулы (перелом внесуставной)

- Спица Киршнера: используется только как альтернатива, как удерживающий элемент, при переломах, когда малый отломок мышцелкового отростка стоит в ротации. В таком случае меньше повреждаются внутрисуставные связки и на хрящевую поверхность малого отломка не оказывается давление.

- Винт: дает не очень положительный результат, т.к. компрессия винтом вызывает в зоне его вкручивания резорбцию костной ткани. Сейчас винты используются у детей 17-18 лет.

- Титановая пластина: применяется во всех остальных случаях, однако требует снятия, так как тормозит рост челюстной кости. Сравнить нельзя, так как условия переломов разные.

На данный момент для детей остается в приоритете консервативное лечение. Хирургическое вмешательство влечет за собой травмирование элементами хирургических шинирующих конструкций зон роста, что приводит к разряжению костной ткани и соответственно негативным исходам переломов.

На фоне несомненных успехов в лечении и реабилитации пациентов остается довольно высоким процент осложнений и неудовлетворительных результатов из-за особого строения костной ткани и двойного вмешательства в травмированную область.

Первый рентген контроль осуществляется через 3 месяца (оценивается состояние костной мозоли для определения сроков снятия металлических конструкций), но грубые изменения появляются лишь через год-полтора, т.к. как правило исходом травмы с остеосинтезом в области мыщелкового отростка является вторичный деформирующий остеоартроз. Развивающиеся в этих случаях деформации лица, ограничение или полное отсутствие движений в суставе неизбежно вызывают нарушения функций приема пищи, дыхания и речи, сопровождающиеся эстетическими дефектами, затрудняют социальную адаптацию молодого человека в современном обществе [2].

Развитие вторичных деформаций в период роста лица ребенка заставляет хирургов прибегать к повторному хирургическому вмешательству для коррекции деформации лица или замены эндопротеза на аналогичный больший размер, либо использовать другую методику замещения дефекта кости. В любом случае это требует оперативного вмешательства иногда большего объема, чем первый этап лечения, и тяжело переносится пациентом. Такие операции протекают более сложно в связи с тем, что мягкие ткани лица претерпевают рубцовые изменения, следствием чего являются нарушения их кровоснабжения и трофики. Это приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений – воспалительных процессов [3].

ВЫВОДЫ

Перелом мыщелкового отростка является трудно диагностируемым. Остается открытым вопрос индивидуального подхода при выборе тактики лечения пациентов с вышеуказанными видами травм[3].

Новые технологии хирургического лечения на данном этапе не уменьшают негативных последствий переломов в связи с тем, что так или иначе связаны с дополнительными вмешательствами в области сустава и предполагают неоднократные дальнейшие операции. Все это приводит к

нарушениям зон роста и костным деформациям в области височно-нижнечелюстного сустава в детском возрасте.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Шевченко Л.В., Шевченко А.Ю., Пахлеваян С.Г. Дифференциальная диагностика переломов суставных отростков нижней челюсти // Стоматология славянских государств. – 2018. – С.275-278.
2. Замещение дефектов суставного отростка нижней челюсти у детей и подростков эндопротезом мышцелкового отростка с изменяемой высотой головки / Никитин А.А., Чукумов Р.М., Ильин М.В., и др. // Альманах клинической медицины. - 2013. - №29. - С. 37-42.
3. Бедирханлы, Намик Саттар оглы. Хирургическое лечение высоких переломов мышцелкового отростка нижней челюсти: дис. ... канд. мед. наук: защищена 16.05.11 / Бедирханлы, Намик Саттар оглы. – М., 2011. - 97 с.

Сведения об авторах

Д.А. Гинкель – студент

Д.И. Хованова – студент

В.Н.Вольхина – кандидат медицинских наук, профессор

Information about the authors

D.A. Hinkel– student

D.I. Khovanova – student

V.N. Volkhina– candidate of Science (Medicine), professor

УДК 378:6(1)

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА УГМУ

Яна Игоревна Григорьева¹, Ярослава Юрьевна Труфанова², Татьяна

Михайловна Еловицова³, Светлана Николаевна Саблина⁴

¹⁻⁴ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург, Россия.

¹geronim2013@yandex.ru

Аннотация

Введение. В данной статье представлены результаты исследования учебной мотивации студентов младших курсов стоматологического факультета. Одной из основных задач современного образования является формирование высоких побуждений личности студента, способной жить и трудиться в изменяющихся условиях. Мотивация учебной деятельности – необходимое условие для эффективного осуществления учебного процесса. **Цель исследования** - анализ особенностей учебной мотивации студентов младших курсов при обучении терапевтической стоматологии. **Материалы и методы.** Проведено анкетирование, включающее в себя 18 вопросов, характеризующих параметры