

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПЕРИОД С 2010 – 2014 гг.

А.А. МАХМУДОВ, Э.У. ИРИСКУЛОВА, Н.В. ХРАМОВА, З.Р. СУЛАЙМОНОВ, Ш.Ш. ЮСУПОВ
Ташкентский Государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

2010-2014 йй. ДАВОМИДА ПАСТКИ ЖАҒ ТРАВМАТИК ОСТЕОМИЕЛИТ КАСАЛЛИГИНИНГ СТРУКТУРАСИНИ ЎРГАНИШ

А.А. МАХМУДОВ, Э.У. ИРИСКУЛОВА, Н.В. ХРАМОВА, З.Р. СУЛАЙМОНОВ, Ш.Ш. ЮСУПОВ
Тошкент Давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

STUDYING THE STRUCTURE OF MORBIDITY TRAUMATIC OSTEOMYELITIS OF THE LOWER JAW PERIOD FROM 2010 - 2014 YEARS

A.A. MAHMUDOV, E.U. IRISKULOV, N.V. KHRAMOVA Z.R. SULAYMONOV, SH.SH. YUSUPOV
Tashkent State Institute of Dentistry, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Пастки жағ травматик остеомиелитининг ривожланишига қўйидагилар сабаб бўлади: даволаш муассасасига беморнинг кеч мурожаат этиши; жағ олди юмшоқ тўқималарининг яллиғланиш характеридаги асоратлар бўлиши билан синик ёриқларида тишларнинг (илдизларнинг) бўлиши.

Калит сўзлар: *пастки жағ, травматик остеомиелит, тишлар.*

Development of traumatic osteomyelitis of the mandible help: after treatment of the patient in the hospital; presence of teeth (root) in the fracture gap to form inflammatory complications admaxillary soft tissues.

Key words: *lower jaw, traumatic osteomyelitis, teeth*

На сегодняшний день, несмотря на адекватность проводимого специализированного лечения, наиболее частым осложнением переломов нижней челюсти является травматический остеомиелит. По данным различных авторов частота его достигает 10-30% [2]. Наряду с лечением одонтогенных деструктивных форм остеомиелита челюстей, профилактика и лечение инфекционно-воспалительных осложнений переломов костей лицевого черепа, главным образом травматического остеомиелита, являются актуальными проблемами современной клинической челюстно-лицевой хирургии [1, 4, 5].

Цель и задача исследования – изучить структуру заболеваемости травматическим остеомиелитом в период с 2010 по 2014 гг. с целью профилактики развития его при переломах нижней челюсти.

Материалы собственных исследований. Был проведен ретроспективный анализ 77 историй болезни больных разных возрастных групп, с переломом нижней челюсти, осложненным инфекционно-воспалительным процессом, особенно травматическим остеомиелитом нижней челюсти, лечившихся в клинике взрослой челюстно-лицевой хирургии Ташкентского Государственного Стоматологического Института в период с 2010 по 2014 года. Случаи возникновения осложнений инфекционно-воспалительного характера при переломе нижней челюсти регистрировались нами в исследовании в силу того, что нагноение мягких тканей в области повреждения может привести к инфицированию костной раны и воспалению костного мозга и как

следствие к возникновению травматического остеомиелита нижней челюсти. При проведении анализа историй болезни больных критериями оценки были: возраст, пол, срок обращаемости, диагноз, койко-день, этиология, анатомическая область распространения, вид оперативного вмешательства. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке. Проведенный анализ архивного материала показал, что наибольшее количество зарегистрированных больных с переломом нижней челюсти, осложненным инфекционно-воспалительным процессом, а также травматическим остеомиелитом нижней челюсти наблюдалось в 2012 году (n=21), наименьшее же в 2014 году (n=5). Было определено, что возраст больных варьировал от 19 до 62 лет, а средний возраст составил $36,4 \pm 1,3$ лет. Наибольшее количество обратившихся больных приходилось на трудоспособный возраст от 23 до 37 лет. Среди больных больший процент травматизации наблюдался у мужчин 87% (n=67), чем у женщин – 13% (n=10). Среди всех исследуемых больных с переломом нижней челюсти количество случаев возникновения остеофлегмоны мягких тканей - 58%, тогда как остеоабсцесса - 37,8%. Причём среди анатомических областей мягких тканей вовлечённых остеофлегмоной и остеоабсцессом превалировала подчелюстная область, в 60,7% и 50% случаев соответственно. Количество случаев остеофлегмон, занимающих две анатомические области составляло около 30,2%, три – около 7% от общего количества, более того преобладали случаи сочетанного вовлечения в гнойно-

воспалительный процесс подчелюстной и околоушно-жевательной областей (38%). Количество вовлеченных топографо-анатомических областей влияло на продолжительность госпитализации больных, так при наличии гнойно-воспалительного процесса в двух анатомических областях среднее количество койко-дней составляло $3,6 \pm 0,4$ дня, а при вовлеченности в процесс трёх областей – $4,7 \pm 0,9$ дня. При переломе нижней челюсти одной из причин возникновения осложнений воспалительного характера является наличие зуба в линии перелома [3]. По литературным данным 67-82% переломов нижней челюсти, локализуясь в пределах зубного ряда, являются открытыми и вследствие чего, считаются первично осложненными из-за инфицирования костной раны патогенной микрофлорой (Е. Kruger, 1986). Более того, при переломах нижней челюсти в связи с наличием иммобилизирующих, ортопедических конструкций резко нарушается процесс самоочищения полости рта, приводя к увеличению количества патогенных микроорганизмов на поверхности зубов и слизистой оболочки, росту вероятности инфицирования костной раны (А.И. Каспина, 1981; Ж.Б. Уразалин, 1985; Аджиев К.С., 1991). Так, проведенным исследованием было выявлено, что в период заболевания с момента травмы до 21-го дня, среди больных с инфекционно-воспалительным осложнением перелома нижней челюсти преобладающим было количество остеофлегмон (63,8%) с наличием зуба в линии перелома в 75,9% случаев. Своевременное вскрытие гнойного очага, удаление зуба из линии перелома, адекватная иммобилизация костных отломков и проведение антимикробной, дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии способствовали купированию воспалительного процесса без проявления клинических признаков некроза костной ткани. Из 77 лечились 5 больных мужского пола с травматическим остеомиелитом нижней челюсти, у которых из анамнеза отмечалось позднее (около 1,5 месяцев) обращение за специализированной медицинской помощью по причине проживания в отдалённых областях Республики. У всех больных наблюдалось наличие зуба в линии перелома, что подтверждается данными Садыкова М.И. (1990), в которых у 54 из 80 больных при наличии зуба в линии перелома нижней челюсти развился травматический остеомиелит нижней челюсти. Эффективное местное лечение наших больных заключалось в проведении операции секвестрэктомии, удалении зуба близко расположенного к зоне деструкции кости, полноцен-

ной иммобилизации костных отломков назубными шинами и проволочными швами.

Таким образом, в результате проведенного исследования можно заключить, что развитию травматического остеомиелита нижней челюсти способствуют: позднее обращение больного в лечебное учреждение; наличие зубов (корней) в щели перелома с образованием осложнения воспалительного характера околочелюстных мягких тканей.

Вывод. Результаты анализа клинического течения травматического остеомиелита нижней челюсти могут быть использованы при разработке путей совершенствования профилактики и лечения данного заболевания.

Литература:

1. Дацко А.А., Тетюхин Д.В. Реализация современных принципов лечения повреждений челюстно-лицевой области // Стоматология. - 2003. - № 1. - С. 17-22.
2. Ефимов Ю.В. Переломы нижней челюсти и их осложнения: Дисс. ... д-ра мед. наук. - М., 2004. - 287 с.
3. Жилонов А. А., Абдухалик-Заде Н. Ш. Открытые переломы нижней челюсти // Проблемы биологии и медицины. Самарканд, 2015, №1 (82). - С.167-170.
4. Иванюта И.В. Оптимизация процесса репаративного остеогенеза при лечении больных с переломами нижней челюсти: авто-реф. дисс. к.м. н. Ставрополь, 2006. - 25с.
5. Ida M., Watanabe H., Tetsumura A., Kurabayashi T. CT findings as a significant predictive factor for the curability of mandibular osteomyelitis: multivariate analysis // Dentomaxillofac. Radiol. - 2005. - V. 34, No. 2. - P. 86-90.

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПЕРИОД С 2010 – 2014 гг.

А.А. МАХМУДОВ, Э.У. ИРИСКУЛОВА,
Н.В. ХРАМОВА, З.Р. СУЛАЙМОНОВ,
Ш.Ш. ЮСУПОВ

Ташкентский Государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Развитию травматического остеомиелита нижней челюсти способствуют: позднее обращение больного в лечебное учреждение; наличие зубов (корней) в щели перелома с образованием осложнения воспалительного характера околочелюстных мягких тканей.

Ключевые слова: нижняя челюсть, травматический остеомиелит, зубы.