

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

В.И. Колесник¹, Д.М. Василевич¹, Е.С. Ключко¹, Л.А. Кравцевич², Л.Г. Солтан¹, М.А. Юргель¹

1 - УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

2 - УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В статье описывается редкий случай локализации травматического перелома нижней челюсти и трудности его диагностики.

Ключевые слова: травма, перелом, локализация, клиническая картина, диагностика.

This article describes a rare case of localization of traumatic fracture of the mandible and the difficulty of its diagnosis.

Key words: trauma, fracture, localization, clinical picture, diagnosis.

Среди переломов костей лицевого скелета повреждения нижней челюсти составляют от 70 до 95%. Основными причинами переломов являются удары во время драк, при падении, а также велосипедная и автотравма [1, 2].

Клинические признаки переломов нижней челюсти могут быть разнообразными в зависимости от вида, локализации перелома, характера и степени смещения костных отломков и других факторов [3].

При смыкании зубов определяется нарушение прикуса, при мануальном исследовании можно выявить патологическую подвижность отломков. На рентгенограммах нижней челюсти в прямой и боковой проекциях визуализируется щель (и) перелома.

На основании жалоб, данных анамнеза, клинической картины, данных рентгенографии, как правило, диагностика перелома нижней челюсти не представляет трудности.

Описываем редкий случай перелома нижней челюсти, который представил трудности в диагностике как в условиях ЦРБ, так и в специализированном стационаре.

Клинический случай.

Больной С., 16 лет, поступил в стоматологическое отделение УЗ «Гродненская областная клиническая больница» 12.09.11 с жалобами на боли, отёк в области угла нижней челюсти слева. Из анамнеза установлено, что доставлен в Мостовскую ЦРБ 03.09.11 с места ДТП. Пациент осмотрен смежными специалистами, обследован, выставлен диагноз: ЗЧМТ, сотрясение головного мозга. Травматический перелом VII ребра справа, пневмоторакс справа. Посттравматическая гематома левой щеки. Ушиб нижней челюсти слева.

04.09.11. – торокоцентез, дренирование плевральной полости. 07.09.11 произведена контрольная рентгенограмма органов грудной клетки. Лёгкое расправлено. Для дальнейшего лечения 12.09.11 переведен в УЗ «ГОКБ».

При поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Со стороны внутренних органов в пределах физиологической нормы.

Местно: асимметрия лица за счёт умеренного отёка мягких тканей левой щеки. Рот открывает до 4,0 см., прикус не нарушен. Пальпация левой щеки незначительно болезненная. При пальпации в толще левой щеки определяется участок уплотнения до 3,5 см. На представленных рентгенограммах в стандартных прямой и боковой проекциях костно-деструктивных изменений не выявлено. Для уточнения диагноза выполнена ортопантограмма, на которой определяется участок просветления костной ткани до 10,0 см. в области тела нижней челюсти и визуализируется отсутствие угла нижней челюсти слева (рис. 1).

Учитывая данные дополнительных рентгенологических исследований, выставлен диагноз: травматический отлом угла нижней челюсти слева.



Рисунок 1 – Участок просветления

14.09.11 – больной взят в операционную. Под эндотрахеальным наркозом выполнен разрез в подчелюстной области слева. При ревизии раны в толще щеки выявлен отломок угла нижней челюсти, фиксированный к надкостнице, повернутый на 180° вместе с ней, и смещённый в толщу жевательной мышцы. Отломок репонирован и фиксирован титановой надкостной пластинкой (рис. 2). Рана послойно ушита дексоном. Больному проведен курс противовоспалительной терапии, физиолечения. Швы сняты на 7 сутки, выписан для проведения реабилитации под наблюдение стоматолога-хирурга по месту жительства. При осмотре через месяц – жалоб на боли не предъявляет. Рот открывает в пределах физиологической нормы. Пальпация в подчелюстной области слева незначительно болезненная.

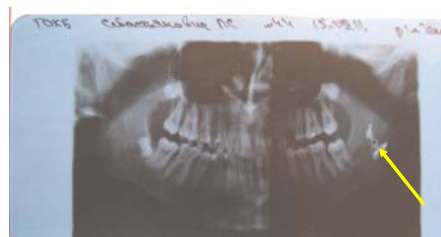


Рисунок 2 – Титановая надкостная пластинка, фиксирующая отломок

В заключение необходимо отметить, что данный случай труден для диагностики тем, что на рентгенограммах в стандартных проекциях костно-деструктивные изменения не визуализируются. Не совсем понятны механизм травмы и точка приложения травмирующего агента.

Литература

1. Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области / Артюшкевич А.С. [и др.]. – Мн.: Беларусь. – 2001. – С. 180-182.
2. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия / Под ред. В.Н. Балина, Н.М. Александрова. – СПб: СпецЛит, 2005. – 574 с.
3. Куприянов, В.В. Лицо человека / В.В. Куприянов, Г.В. Стовичек. – М.: Медицина, 1988. – С. 23-28.

Поступила 17.01.2012