

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМ АСПЕКТЕ

На основании проведенных исследований установлены качественные и количественные зависимости наличия осложнений при повреждениях височно-нижнечелюстного сустава у лиц с дисплазией соединительной ткани: травма нижней челюсти сопровождается развитием травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава, частота которого у лиц с дисплазией соединительной ткани вдвое превышает таковую у пострадавших без признаков дисплазии соединительной ткани.

Ключевые слова: посттравматические изменения, височно-нижнечелюстной сустав, дисплазия соединительной ткани.

Известно, что среди травм лица наиболее часто встречаются переломы нижней челюсти ввиду высокой вероятности травматического контакта [1]. По обобщенным данным клиник различных регионов России, переломы нижней челюсти встречаются в 34–90,9 % случаев челюстно-лицевых травм [2]. Более 75 % пациентов с переломами нижней челюсти работоспособное население в возрасте до 30 лет [3].

При детальном обследовании пострадавших обращает на себя внимание высокая частота осложнений со стороны височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) [4]. В значительной части случаев уже в день травмы выявляются признаки травматического артрита разной степени выраженности, которые, как правило, маскируясь симптоматикой перелома нижней челюсти, выпадают из поля зрения челюстно-лицевых хирургов и, следовательно, остаются без адекватного лечения [5]. Иногда сами пациенты, в связи с возникшей симптоматикой, в большинстве случаев не обращаются за медицинской помощью, рассматривая ее как должное и неизбежное последствие травмы [6]. В связи с тем, что локализация перелома, характер и степень смещения костных отломков не всегда объясняют разнообразие вариантов течения посттравматических изменений при переломах нижней челюсти, достаточно часто возникает вопрос о связи осложнений или патологической регенерации с травмой или предсуществующей патологией соединительной ткани [7, 8].

Целью работы явилась разработка критериев оценки риска развития ранней суставной патологии при травмах нижней челюсти.

Материал и методы исследования

Для оценки роли дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в развитии ранних осложнений травмы ниж-

ней челюсти в виде травматического артрита нами были обследованы 60 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 50 лет (средний возраст 35 лет), находящихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии городской клинической больницы № 11 г. Омска, с двусторонними переломами в области углов и тела нижней челюсти без выраженного смещения костных отломков. Больные были подразделены на 2 группы:

1-я — с фенотипическими признаками ДСТ (30 человек);

2-я — практически здоровых без соматических заболеваний (30 человек). Наблюдение проводилось на протяжении 2-х месяцев с момента получения травмы. Всем пациентам проводились иммобилизация челюстей бимаксиллярными шинами продолжительностью от 4 до 6 недель, антибактериальная терапия.

Клиническая часть обследования включала в себя сбор анамнеза с целью выявления жалоб со стороны всех органов и систем для выяснения динамики симптомов. Выявление ДСТ базировалось по методике, разработанной кафедрой судебной медицины с курсом правоведения Омской государственной медицинской академии под руководством В. П. Конева. Тестирование проводилось как качественно, в плане выявления больших и малых стигм ДСТ и изменений абриса тела, так и антропометрических показателях, путем определения индексов и соотношений. Методом пальпации сустава и жевательных мышц, анализа суставных шумов и движений нижней челюсти, а также по объему открывания рта по межрезцовому расстоянию оценивали состояние ВНЧС. Для определения локализации переломов и характера смещения костных отломков всем больным выполнялась рентгенография костей лицевого скелета.

Таблица 1

Сравнительная частота и тяжесть травматического артрита ВНЧС у лиц с дисплазией соединительной ткани и без таковой

Всего больных	группа 2	группа 1
Развился травматический артрит: больных (%)	11 (36,7)*	23 (76,7)*
Продолжительность болевого синдрома (дней)	6,87±0,41*	10,95±0,55*
Интенсивность болевого синдрома (баллов)	1,72±0,34	1,87±0,22

Примечание. * — различия достоверны ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение

Так как больным осуществляли лечебную иммобилизацию нижней челюсти, оценка состояния ВНЧС сразу после травмы представляла определенные сложности. Функция сустава не могла служить критерием повреждения сустава. Кроме того, оценка интенсивности артрита по результатам лабораторных исследований представлялась нам нецелесообразной ввиду наличия выраженной воспалительной реакции мягких тканей в зоне перелома. Наиболее показательными признаками травмы ВНЧС были самопроизвольные боли и боли при пальпации головки нижней челюсти кпереди от козелка уха и со стороны наружного слухового прохода, отек периартикулярных тканей. Для того чтобы сравнить интенсивность болевого синдрома у лиц с травматическим артритом, нами были выбраны следующие критерии оценки: незначительные боли при пальпации периартикулярных тканей — 1 балл; выраженные боли при пальпации сустава при отсутствии самопроизвольных болей — 2 балла; самопроизвольные боли в области сустава в покое — 3 балла.

При обследовании пострадавших с двусторонними переломами нижней челюсти нами было установлено, что в группе больных с признаками ДСТ частота развития травматического артрита была достоверно выше, чем у лиц без ДСТ (табл. 1). Отмечено, что травматические артриты у пострадавших с ДСТ протекают длительнее. Интенсивность болевого синдрома в обеих группах была примерно равной.

При травмах нижней челюсти во всех случаях в большей или меньшей степени происходит повреждение элементов ВНЧС. Приведенные факты свидетельствуют о высокой частоте развития суставной патологии среди лиц с ДСТ, перенесших травму нижней челюсти. В острый период травмы на растяжение связок, повреждение суставных поверхностей и капсулы ткани сустава реагируют асептическим воспалением по интенсивности и продолжительности, более выраженным у лиц с ДСТ ввиду особенностей течения воспалительных и регенераторных процессов при данной патологии.

Выводы

1. При травмах нижней челюсти во всех случаях в большей или меньшей степени происходит повреждение элементов ВНЧС, сопровождающееся развитием травматического артрита ВНЧС, частота которого у лиц с ДСТ вдвое превышает таковую у пострадавших без признаков ДСТ.

2. Вероятность развития внутренних нарушений ВНЧС после перенесенной травмы нижней челюсти

у лиц с мезенхимальной дисплазией значительно выше, чем у здоровых. Следовательно, выявление фенотипических признаков ДСТ у пострадавших с переломами нижней челюсти может служить важным прогностическим критерием, свидетельствующим о высоком риске развития осложнений со стороны ВНЧС, возникающих непосредственно после травмы, которые должны учитываться при судебно-медицинской экспертизе в уголовном и гражданском процессе как предсуществующая патология.

Библиографический список

1. Ивасенко, П. И. Регенерация костной ткани в условиях одонтогенной инфекции / П. И. Ивасенко, А. Ф. Сулимов // Материалы III Всероссийского съезда стоматологической ассоциации. — Стоматология (спецвыпуск). — М., 1996. — С. 79.
2. Кабаков, В. Д. Переломы челюстей / В. Д. Кабаков, В. А. Малышев. — М.: Медицина, 1981. — С. 176.
3. Нимаев, Б. Ц. Пути оптимизации лечения больных с переломами нижней челюсти на фоне дисплазии соединительной ткани: дис. канд. мед. наук / Б. Ц. Нимаев. — Омск, 2000. — С. 116.
4. Самойлов, К. О. Морфофункциональные особенности хронического воспалительного процесса пародонта у больных дисплазией соединительной ткани до и после комплексной терапии: автореф. дис. д-ра мед. наук / К. О. Самойлов. — Новосибирск, 2008. — С. 28.
5. Нарушение формообразования у больных с переломами нижней челюсти и способы их коррекции: сборник научных трудов кафедры госпитальной хирургии / ММСИ; под ред. П. И. Ивасенко. — М., 1997. — С. 17.
6. Кадурина, Т. И. Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. — СПб.: Элби-СПб., 2009. — 701 с.
7. Miller, V. J. The long-term effect of oromaxillofacial trauma on the function of the temporomandibular joint / V. J. Miller, L. Bodner // Oral Rehabilitation. — 1999; 26:9:749-751.
8. Walker, R. R. Unilateral mandible fracture with bilateral TMJ dislocation / R. R. Walker, P. D. Connor // Tenn Med. — 2000; 93:1:19 — 20.

ДМИТРИЕВ Вячеслав Валерьевич, интерн кафедры судебной медицины с курсом правоведения.

КОНЕВ Владимир Павлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины с курсом правоведения.

СУЛИМОВ Анатолий Филиппович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Адрес для переписки: 644043, г. Омск, ул. Партизанская, 20.

Статья поступила в редакцию 18.08.2010 г.

© В. В. Дмитриев, В. П. Конев, А. Ф. Сулимов