

Микробная обсемененность 1 г ткани раны на 3-5 сутки лечения уменьшилась до 10^2 степени, что было в 2,5 раза меньше, чем в контрольной группе. Скорость уменьшения площади раны в сутки у больных с применением кукумазима с УЗК и АУФОК составила $7,27 \pm 0,6\%$ ($p < 0,001$), а в контрольной группе $4,1 \pm 0,4$, что указывает на активизации репаративных процессов.

Выводы

1. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей головы и шеи при сахарном диабете протекают по принципу синдрома взаимного отягощения.
2. Комплексный подход с применением протеолитического фермента кукумазим с УЗК и АУФОК ускоряют сроки очищения ран от некротических масс на $3,4 \pm 0,4$ дня ($p < 0,001$), способствует разжижению и удалению гнойного содержимого.
3. Протеолитический фермент кукумазим с УЗК и АУФОК активизируют процессы регенерации, сокращают сроки полного заживления ран на $5,6 \pm 0,8$ дней ($p < 0,001$).
4. После сочетанного применения протеолитического фермента кукумазима с УЗК и АУФОК при лечении гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей головы и шеи осложнений или побочных эффектов не наблюдали.

Список литературы.

1. Межлумян Л.Г., Касымова Т.Д., Юлдашев П.Х. Протеиназы из млечного сока *Carica papaya*. //Химия природных соединений. –2003. -№3. –С.171-174
2. Стряпухин В.В., Лиценко А.Н. Хирургическое лечение диабетической стопы. //Хирургия. Журнал имени Н.И.Пирогова. -2011; -№2, -С.73-78.
3. Нарчаев Ж.А. Клиническое исследование действия ферментного препарата кукумазим в лечении трофических язв нижних конечностей у больных сахарным диабетом. //Доклады Академии наук Республики Узбекистан. –2004. -№5. -С.67-70.
4. Нарчаев Ж.А., Рахманов Р.К., Абдурахманов Х.К., Юлдашев П.Х. Протеолитические ферменты в лечении гнойно-некротических заболеваний мягких тканей. //Хирургия Узбекистана. –2000. -№4. –С.93-96.
5. Норчаев Ж.А. Принципы лечения диабетической остеоартропатии. //Медицинский журнал Узбекистана, -2015, -№2, -С.27-30.

УДК: 616.716.4 001:616. 833. 15 – 001

ПОВРЕЖДЕНИЕ III ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



Ешиев А.М., Хасаншина Н.М., Азимбаев Н.М.,

Заведующий клинической лаборатории Южного отдела

АННОТАЦИЯ

В данной статье отражены результаты проведенного исследования 549 больных с переломами нижней челюсти, получавшие стационарное лечение в Ошской межобластной объединённой клинической больнице с 2018 по 2020гг в отделении челюстно-лицевой хирургии. Целью исследования являлось изучение повреждений III ветви тройничного нерва при переломах нижней челюсти. В первые дни поступления 549 пациентов по поводу полученных травм в области нижней челюсти в стационар из них у 307 (55,9%) человек имелись: нарушение чувствительности кожи, слизистой оболочки полости рта. Результаты проведенного лечения 307 больных, показали, что через 30 дней нарушение чувствительности мягких тканей лица и зубов имело место уже у меньшего количества больных, что составило 96 (31,2%) больных. У остальных 211 (68,8%) больных нарушение чувствительности восстановилось целиком и полностью, а через 6 месяцев у 96 (31,2%) обследованных из 74 (77,1%) больных наступила нормализация чувствительности, а у 22 (22,9%) по-прежнему выявлялась симптоматика повреждений III ветви тройничного нерва, что соответствовало тому, что нижний альвеолярный нерв полностью был раздавлен или разорван.

Ключевые слова: повреждение III ветви тройничного нерва, перелом нижней челюсти, нарушение чувствительности кожи лица.

DAMAGE TO THE III BRANCH OF THE TRIPLE NERVE IN A FRACTURE OF THE LOWER JAW

Eshiev A.M., Hasanshina N.M., Azimbaev N.M.,

Head of the Clinical Laboratory of the Southern Department

*National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic. Kyrgyzstan, Osh city, Ak-Tilek microdistrict
29/11 street. Eshiev-abdyrakhman@rambler.ru*

ABSTRACT

This article reflects the results of the study of 549 patients with fractures of the lower jaw who received inpatient treatment at the Osh Interregional United Clinical Hospital from 2018 to 2020 in the Department of Maxillofacial Surgery. In the first days of admission to the hospital, 307 (55.9%) people had a violation of sensitivity of the skin and oral mucosa. The results of the treatment of 307 patients showed that after 30 days there was already a violation of the sensitivity of the soft tissues of the face and teeth in 96 (31.2%) patients. The remaining 211 (68.8%) patients recovered completely, and after 6 months 96 (31.2%) of the 74 (77.1%) patients examined had a normalization of sensitivity, and 22 (22.9%) continued to have symptoms of trigeminal nerve damage.

Keywords: damage to the III branch of the trigeminal nerve, fracture of the lower jaw, impaired sensitivity of the face skin.

Актуальность. Повреждение костей лица занимают особое место среди травматических поражений скелета человека. Одной из особенностей костного лица является наличие крупных чувствительных ветвей тройничного нерва. Учитывая такое топографо-анатомическое своеобразие тройничного нерва, некоторые клиницисты [1] отмечали, что при переломах лицевого скелета возможно повреждение его разветвлений.

В результате таких повреждений возникают лицевые боли, которые не редко истолковываются как невралгия тройничного нерва. На самом деле они являются клиническим проявлением посттравматических невритов, сопутствующих переломам костей лица. Часто, вследствие недостаточного внимания хирургов-стоматологов к неврологическому обследованию, даже резкие нарушения чувствительности при сочетанных повреждениях костей лица и нервов остаются нераспознанными. К лечению травматических невритов приступают поздно, в результате чего значительно снижается эффективность лечения различных функциональных нарушений зубо-челюстной системы [2, 3,5].

Современная диагностика сопутствующих повреждений ветвей тройничного нерва важна тем, что травматический неврит нередко является одной из причин возникновения остеомиелита челюсти и нарушение репаративной регенерации [4].

Ранняя диагностика повреждения тройничного нерва позволяет своевременно провести комплексное лечение, что определенной степени предупреждает или уменьшает интенсивность неврологических нарушений.

Цель: изучить повреждений III ветви тройничного нерва при переломах нижней челюсти.

Материалы и методы исследования. В нашей клинике за период с 2018 по 2020гг. пролечено 549 человек с различными локализациями переломов нижней челюсти. Из них мужчин 513 (93,5%), женщин 36 (6,5%). Возраст больных колеблется от 8 до 63 лет. По локализации переломов нижней челюсти: Односторонние переломы зарегистрированы у 349 (63,6%), двухсторонние у 186 (33,9) множественные переломы (3 и более) у 14 (2,5%).

Всем больным проведены электроодонто диагностика с аппаратом ИВН-1 и электромиография при помощи электромиографа ЭМГ2-01 накожными электродами. Проводили исследование болевой, тактильной и температурной чувствительности. Исследование болевой чувствительности кожи лица и слизистой оболочки преддверия рта производили покалываниями инъекционной иглой симметричных участков. При покалывании больной находился с закрытыми глазами, отвечая «остро» или «тупо». Тактильную чувствительность кожи лица исследовали в тех же условиях с помощью легкого прикосновения клочком ваты.

Температурную чувствительность кожи лица и слизистой оболочки полости рта исследовали пробирками, заполненными водой определенной температуры (от +10С-холод до +40С- тепло).

Изучение двигательной сферы тройничного нерва проведено с помощью электрокимографического исследования жевательных мышц. Для этой цели мы использовали электромиографию ЭМГ2-01 с накожными электродами.

Результаты исследования и их обсуждения. Обследовано 549 больных с переломами нижней челюсти различной локализации. При ЭМГ выявляют значительные функциональные нарушения жевательных мышц. У 356 (64,8%) больных резко снижение амплитуды биотоков имело место на стороне перелома.

При исследовании ЭОД из 549 больных у 280 (51%) имелся зуб в линии перелома. Из них у 101(36%) больного – ЭОД 100 мкА, у 96 (34%) больных – до 200 мкА. 197 зубы повреждена пульпа, связи с тем, эти зубы удалены. У 83 (30%)больных имелись токи ниже 60 мкА. Зуб, находящийся в щели перелома, оставлен.

Всех больных с переломами нижней челюсти по локализации линии перелома и нарушению чувствительности кожи, слизистой оболочки полости рта разделили следующим образом (табл. 1)

Таблица №1. Распределение больных по локализации линии перелома и нарушению чувствительности кожи, слизистой оболочки полости рта

№	Локализация линии перелома	Число больных	Нарушение чувствительности кожного покрова лица и слизистой оболочки полости рта
1	Центральный перелом нижней челюсти (изолированный)	22	9
2	Ментальный перелом нижней челюсти (изолированный)	55	45
3	Перелом нижней челюсти, в области тела (изолированный)	45	21
4	Угловой перелом угла нижней челюсти (изолированный)	155	120
5	Двухстороннее переломы нижней челюсти	108	72
6	Двойной перелом нижней челюсти	78	21
7	Перелом собственной ветви нижней челюсти	39	11
8	Перелом суставной головки челюсти		
9	Перелом венечного отростка нижней челюсти	40	8
		7	-
	Итого	549	307

Из таблицы 1, видно, 549 переломов нижней челюсти у 307 (55,9%) пациентов имелось нарушение чувствительности кожи, слизистой оболочки полости рта. Из 22 больных с переломами нижней челюсти по линии центрального отдела имелось нарушение чувствительности кожи лица и слизистой оболочки преддверия рта у 14(41%) больных.

С ментальным переломом нижней челюсти из 55 больных нарушение чувствительности отмечено у 45 (81%).

Из 45-ти больных с линией перелома в области премоляров и моляров нарушение чувствительности кожи лица и слизистой оболочки полости рта отмечено всего у 21(46%) пациентов.

У подавляющего большинства больных, пролеченных с переломами нижней челюсти, - переломы в области угла. Из 155 больных нарушение чувствительности зарегистрировано у 120 (77%).

Двухстороннее переломы нижней челюсти,-108 больных из них у 72 (66%) отмечалось нарушение чувствительность.

Двойной перелом нижней челюсти у 78 больных из них у 21 (26,9%) больных нарушение чувствительности зарегистрировано.

С переломом собственной ветви нижней челюсти было 39 больных, из них у 11 (28,2%) отмечалось повреждение тройничного нерва.

С переломом суставной головки нижней челюсти 40 больных нарушение чувствительности имело место у 8 (20%).

С повреждением венечного отростка из 7 больных повреждение тройничного нерва не отмечалось.

По результатам проведенного нами исследования при первичном обращении повреждение тройничного нерва было выявлено у 307 больных (55,9%) из 549 постаравшихся. Через 30 дней после перелома нижней челюсти нарушение чувствительности мягких тканей лица и зубов имело место уже у 96 (31,2%) больных. У остальных 211 (68,8%) больных нарушение чувствительности восстановилось полностью. Такая динамика восстановления чувствительности дает основания полагать, что повреждения были нестойкими и обратимыми. Такой, повреждения нерва могут быть обусловлены, ушибами, сотрясением, растяжением, непродолжительными сдавлением его костными осколками или гематомой.

Через 6 месяцев обследованы 96 (31,2%) больных, из них у 22 (22,9%) по-прежнему выявилась симптоматика повреждения тройничного нерва. У остальных 74 (77,1%) больных наступила нормализация чувствительности.

Заключение: Таким образом, у 22,9% больных с переломами нижней челюсти поражение нижнечелюстного нерва оказалось необратимым, что явилось причиной значительных функциональных расстройств. Неудовлетворительная регенерация пораженных нервов, а следовательно, необратимость неврологических нарушений, чаще всего имели место при большой силе удара и значительном смещении отломков челюсти, превышающим пределы растяжимости нижнечелюстного сосудисто-нервного пучка.

Нижний альвеолярный нерв нередко был раздавлен или разорван. В этих случаях, несмотря на проводимые комплексные лечебные мероприятия, нарушения чувствительности мягких тканей лица и зубов было длительным и довольно часто необратимым.

Нами рекомендуется больных с переломами нижней челюсти необходимо обследовать на наличие повреждения третьей ветви тройничного нерва (выяснение характерных жалоб, определение интенсивности болевых ощущений, потребности в анальгетиках, инструментальное обследование на наличие сенсорно-парестетических расстройств).

Литература/References

1. Авдеева, Е. А. Частота встречаемости травматических невритов тройничного нерва в зависимости от этиологических факторов / Е. А. Авдеева, А. И Печурский // Матер. III съезда челюстно-лицевых хирургов Республики Беларусь. Витебск: ВГМУ, 2017. - С. 91-93.
2. Бахтеева, Г. Р. Особенности течения и лечения переломов нижней челюсти, сопровождающихся повреждением третьей ветви тройничного нерва: автореф. дис. ... кан. мед наук. / Г.Р. Бахтеева. Волгоград, 2010.-22с.
3. Ешиев А.М. совершенствованием хирургических методов лечения открытых переломов нижней челюсти// Центрально-Азиатский Медицинский Журнал, 2006.-XII (6).-С.383-385.
4. Матрос-Транец И.Н., Клиновский Д.К. Некоторые закономерности изменения биоэлектрической активности мышц лица вследствие травматического повреждения костей лицевого черепа //Травма, 2014.-№5.-С47-55.
5. Тимуров Ф.Т., Тажибаев Б.М., Шарапединова А.О. Использование различных методов лечения переломов нижней челюсти //Проблемы стоматологии.-Алматы, 2013.-С.69-70.