

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

### IMPROVE THE MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH FRACTURES OF THE MANDIBLE

**I. Fisher**

*Summary.* mandibular Fractures are the most common among all the fractures of the facial skeleton [1,2,4,6].

The algorithm of provision of assistance tailored to a comprehensive assessment of the patient's condition, allowing to judge about efficiency of rehabilitation treatment. A comprehensive assessment involves the study of clinical and anamnestic and instrumental data [3,5,7].

Analyzing the above, we can conclude that the actual problem today is the development of an individual rehabilitation plan, including the restoration of anatomical integrity of the lower jaw on the basis of individual indicators of the local status, local hemodynamics, indicators of psychological status.

*Keywords:* mandibular fractures, rehabilitation, physiotherapy.

**Фишер Ирина Игоревна**

Ассистент, Самарский Государственный Медицинский Университет, г. Самара  
Fisheririna3310@yandex.ru

*Аннотация.* Переломы нижней челюсти являются наиболее распространенными среди всех переломов костей лицевого скелета [1,2,4,6].

Алгоритм оказания помощи составлен с учетом комплексной оценки состояния больного, позволяющий судить об эффективности восстановительного лечения. Комплексная оценка предполагает изучение клинико-anamnestических и инструментальных данных [3,5,7].

Анализируя вышесказанное, можно сделать вывод, что актуальной проблемой на сегодняшний день является составление индивидуального плана реабилитации, включая восстановление анатомической целостности нижней челюсти исходя из индивидуальных показателей локального статуса, локальной гемодинамики, показателей психологического статуса.

*Ключевые слова:* перелом нижней челюсти, реабилитация, физиотерапия.

**Н**ами была разработана программа реабилитации пациентов с переломами нижней челюсти. Все реабилитационные мероприятия были разделены на 4 группы:

- ◆ Проведение неотложных мероприятий и подготовка больного к операции.
- ◆ Период выбора метода лечения — лечение функциональным методом.
- ◆ Послеоперационный период или период максимального использования сохраненных функций для восстановления нарушенных.
- ◆ Период перед выпиской или период полного восстановления

#### Клинический пример

Больной З., 23 года, история болезни № 5664/266 с диагнозом: открытый перелом угла нижней челюсти слева со смещением отломков.

На рисунке 1 общий вид пациента после получения травмы, данные рентгенографии, реографии, термографии.

На первом этапе реабилитации были проведены неотложные мероприятия (иммобилизация отломков, для

предупреждения вторичного смещения отломков, снятия болевого синдрома, предупреждения развития шока). Проведена диагностика функциональных нарушений: были проведены рентген, реография и термография.

На рентгенограмме в трех проекциях отмечается нарушение непрерывности костной ткани в области угла нижней челюсти слева со смещением отломков.

На реограмме отмечается смешанный тип кровообращения, пульсовое кровенаполнение снижено слева, выявлена асимметрия кровенаполнения (слева меньше на 47%), регионарное сосудистое сопротивление снижено во всех сегментах. Реографический индекс (РИ) справа <49%, слева <62%. Регионарное сосудистое периферическое сопротивление (ДИК) справа <68%, слева <56%. Тонус артериальных сосудов (ДИА) справа <50%, слева <26%.

На термограмме отмечается асимметрия между подчелюстными областями в симметричных участках до 1,2 °С. (разница температур образуется вследствие различного кровообращения в тканях).

Проведен осмотр специалистами (анестезиолог и психолог).

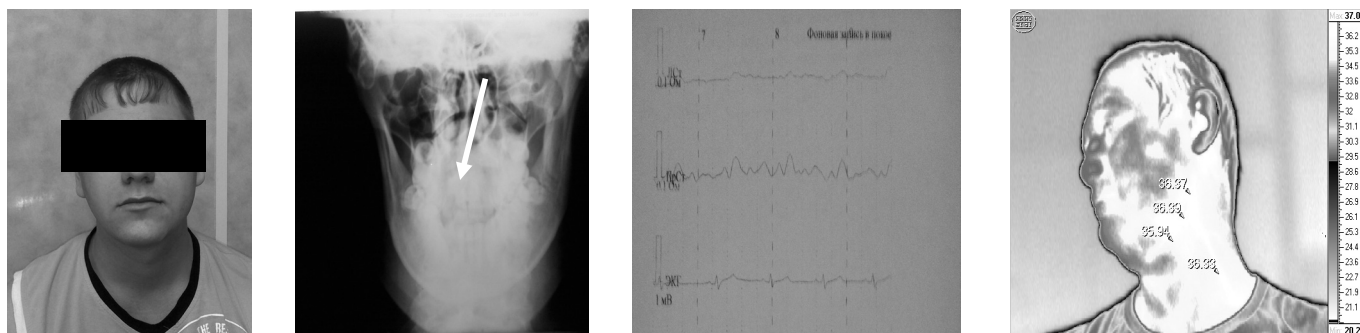


Рис. 1

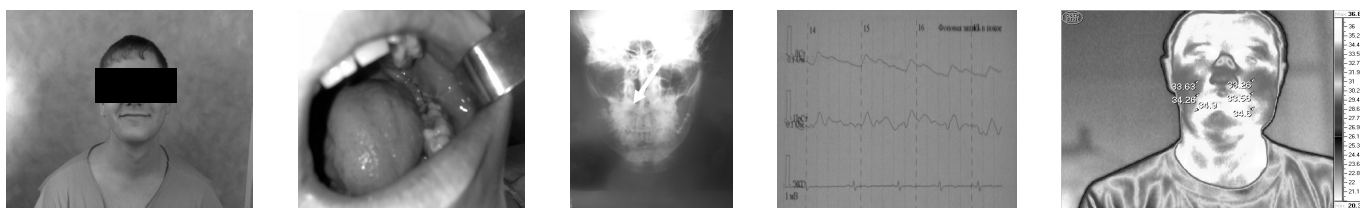


Рис. 2

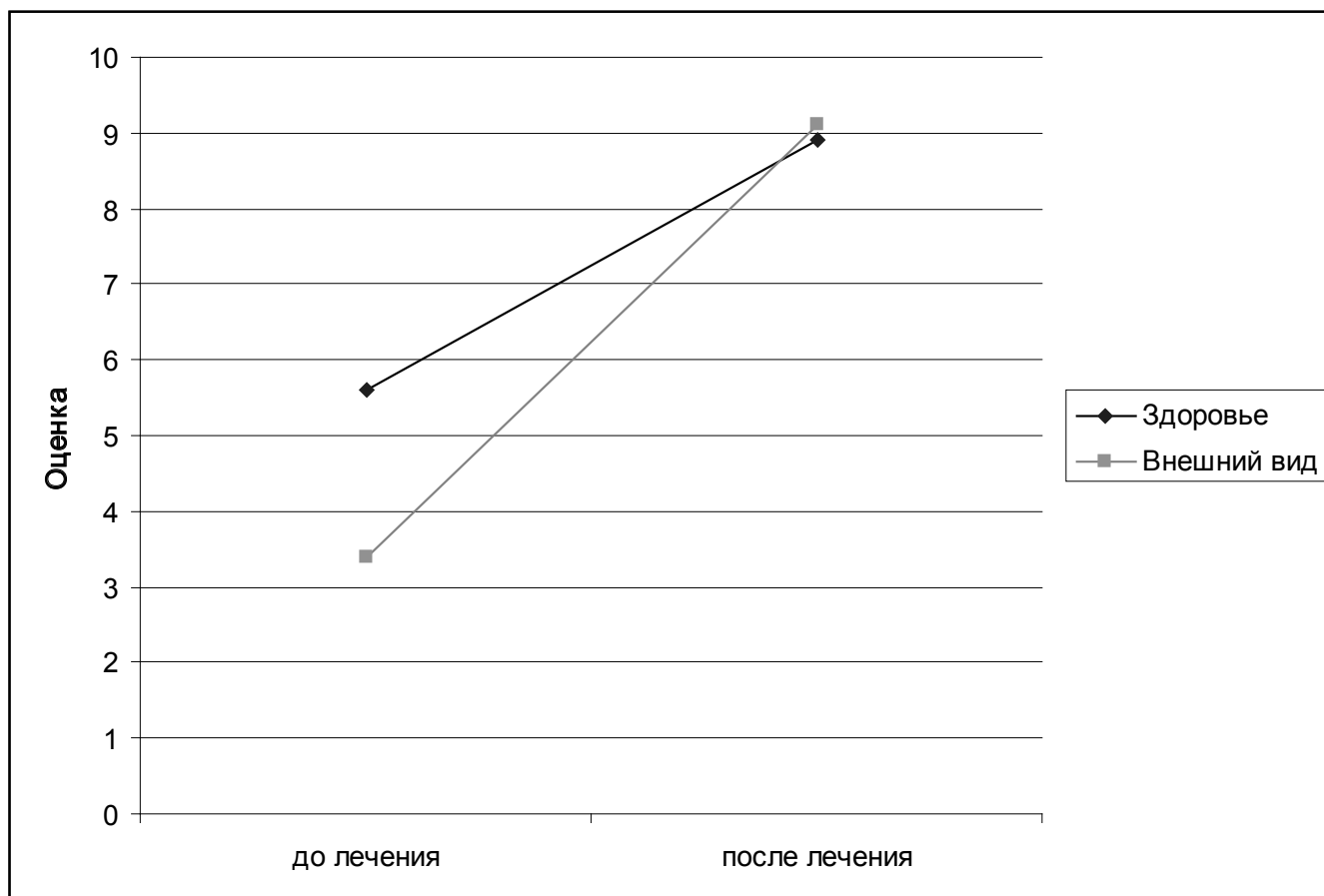


Рис. 3. Графическое отображение самооценки здоровья и внешнего вида в динамике

Заключение психолога: проведено тестирование. Установлен тип отношения к болезни анозогнозический. Отмечен высокий уровень ситуативной тревожности и ригидности. Отмечаются низкие оценки внешнего вида и здоровья.

Проведено тестирование по методике Дембо-Рубинштейн. Выявлено снижение уровня здоровья и низкая оценка внешнего вида.

На втором этапе реабилитации проведено оперативное вмешательство: остеосинтез титановыми минипластинами (Stryker) внутриворотным доступом.

На третьем этапе реабилитации была назначена физиотерапия под контролем реографии и лечебная гимнастика с элементами психомиогимнастики.

На четвертом этапе была проведена: контрольная рентгенография, реография, термография, проведена встреча с психологом.

На рисунке 2 внешний вид больного З. на момент выписки, состояние в полости рта, контрольная рентгенография, реография и термография.

На рентгенограмме сопоставление отломков удовлетворительное.

На реограмме отмечается магистральный тип кровообращения, асимметрия кровенаполнения не выявлена, регионарное сосудистое сопротивление в норме во всех сегментах. Реографический индекс (РИ) справа <41%, слева <40%. Регионарное сосудистое периферическое сопротивление (ДИК) справа в норме, слева в норме. Тонус артериальных сосудов (ДИА) справа в норме, слева в норме.

На термограмме: асимметрия между подчелюстными областями до 0,3 °С.

Проведено повторное тестирование по методике Дембо-Рубинштейн. Выявлено повышение оценки здоровья и внешнего вида. На рисунке 3 представлен график оценки здоровья и внешнего вида больного З., история болезни № 5664/266.

В процессе комплексной реабилитации пациента нами были проанализированы объективная картина заболевания, послеоперационный период, назначенное лечение динамика показателей реографии.

Клинически обосновано назначение физиотерапии, механотерапии и психомиогимнастики в процессе реабилитации пациентов с переломами нижней челюсти за счет использования дополнительных методов исследования (реографии, термографии), методов диагностики психологического профиля пациентов и оценки качества жизни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В. В. Травматология челюстно-лицевой области. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 г. — 256 с.
2. Байриков И. М., Имбрыков К. В., Савельев А. Л., Самуткина М. Г., Фишер И. И. Реабилитация больных с травматической болезнью при переломах нижней челюсти // Вестник Российской Военно-Медицинской Академии. Приложение, 2011. — № 1. — с. 66.
3. Еремушкин М. А. Основы реабилитации: учеб. пособие для студ. учреждений сред. мед. проф. образования / М. А. Еремушкин. — 3-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2013. — 208 с. ISBN978-5-7695-9971-2
4. Изосимов А. А. Оптимизация комплексного лечения переломов нижней челюсти (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Пермь, 2007. — 23–24 с.
5. Медицинская реабилитация. /Под ред. В. М. Боголюбова. Книга 1. — Изд. 3-е, испр и доп. — М.: Издательство БИНОМ, 2012. — 416с., ил. ISBN978-5-9518-0408-2
6. Мирсаева Ф. З., Изосимов А. А. Оптимизация комплексного лечения переломов нижней челюсти // Институт стоматологии. Газета для профессионалов, 2016. — № 2. — с. 6–7.
7. Оптимизация реабилитационного процесса при оперативном лечении переломов дистального конца плеча. Солод Э. И. Лазарев А. Ф. Цыкунов М. Б. Джанибеков М. Х. Вестник восстановительной медицины № 3 (67) июнь 2015 с. 29–33.

© Фишер Ирина Игоревна ( Fisheririna3310@yandex.ru ).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»