

DOI 10.58351/2949-2041.2026.33.4.013

Осипова Анастасия Валерьевна

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет
имени И. Н. Ульянова»

Софронов Кирилл Сергеевич

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет
имени И. Н. Ульянова»

Гадршин Ренат Наилевич

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет
имени И. Н. Ульянова»

Халаков Дени Саид-Магомедович

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет
имени И. Н. Ульянова»

ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ ЗУБА, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ЛИНИИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Аннотация. Переломы нижней челюсти составляют до 85% всех переломов костей лицевого скелета, и в 50-85% случаев линия перелома проходит через зубной ряд. Вопрос о тактике в отношении зубов, оказавшихся в линии перелома, остается одной из наиболее дискуссионных тем в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. В нашей статье проведен обзор литературы, в ходе которого были рассмотрены вопросы о возможном сохранении зубов, оказавшихся в линии перелома, либо же их удалении

Ключевые слова: Перелом нижней челюсти, зуб в линии перелома, раннее удаление зуба, осложнения переломов челюсти, несращение отломков, остеомиелит

Переломы нижней челюсти занимают первое место среди повреждений костей лицевого скелета. Наиболее частой причиной возникновения данной патологии выступают травматические факторы, к которым относятся дорожно-транспортные происшествия, бытовой или уличный травматизм (драки), а также спортивные травмы [1]. Чаще всего при ударе кулаком ломается угол нижней челюсти, а при ДТП или падении с высоты – мышцелковый отросток. Не менее важными этиологическими факторами являются патологические состояния – это одонтогенные кисты, остеомиелит, опухоли челюстей (например, амелобластома или остеобластокластома) и метастазы злокачественных опухолей в челюсть. В клинической практике нередко возникает ситуация, когда линия перелома проходит через зуб (чаще через третий моляр в области угла нижней челюсти, премоляры при переломах в области тела челюсти, резцы и клыки – при прямых травмах переднего отдела) [2]. В этом случае перед хирургом встает вопрос – удалять этот зуб во время операции по репозиции отломков или оставить.

Цель – на основе изученной литературы определить оптимальную тактику ведения пациентов с зубами в линии перелома нижней челюсти и оценить риски раннего удаления.

Материалы и методы.

Для написания данного обзора был проведен поиск научной литературы в следующих электронных базах данных: eLibrary, PubMed, PEDro и Scopus. Глубина поиска составила 5 лет (2021-2025гг.) Критерия включения публикаций: исследования, посвященные этиологии перелома нижней челюсти; работы, описывающие риски при раннем удалении зуба в линии перелома нижней челюсти; клинические случаи, описывающие осложнения переломов челюсти.



Результаты:

Неправильное решение в отношении зубов в линии перелома может привести к различным осложнениям, например, остеомиелиту челюсти, формированию ложного сустава, длительной нетрудоспособности пациента [3].

В ходе исследования были выявлены аргументы за и против раннего удаления зуба в области перелома. Сторонники, выступающие за удаление, приводят следующие обоснования своего мнения:

- 1) Зуб может быть источником инфекции из корневых каналов, либо же из пародонтальных карманов, так как удалить зуб легче, чем лечить развившийся остеомиелит;
- 2) Корень зуба может мешать точному сопоставлению отломков [4].

Однако было выявлено, что сторонников против удаления зуба гораздо больше, так как в последнее время все чаще прибегают к консервативной тактике лечения. Их аргументы:

1) Более низкий риск развития осложнений при сохранении зуба, которое подтвердилось в исследовании, проведенном в 2019 году, с 1212 пациентами. Было выявлено, что при сохранении зубов риск осложнений на 46% ниже, чем при удалении, но достоверной разницы несращения из-за корня зуба, который может мешать точному сопоставлению отломков, между удалением и сохранением выявлено не было [5].

2) Некоторые авторы считают, что удаление зуба в линии перелома имеет огромный риск повреждения нижнеальвеолярного нерва [5,6].

3) Наличие зуба в линии перелома может стабилизировать его, то есть выполнять роль шинирующего элемента [7].

Однако, вне зависимости от дискуссий разных авторов, имеются абсолютные показания к удалению таких зубов. К ним относятся: выраженная подвижность зуба (III степени), перелом корня, обнажение пульпы, хронический периодонтит зуба, находящегося в линии перелома и перелом в области фолликула непрорезавшегося зуба [4]. И при наличии таких показаний желательно удалить зуб во время первичной операции по репозиции отломков, чтобы избежать повторного вмешательства.

Стоит учесть, что у пациентов, оперированных в ранние сроки (не более 24 часов с момента перелома), риск осложнений при наличии интактного зуба в линии перелома минимальный при его сохранении, поэтому желательно прибегнуть к консервативным методам лечения [8].

При сохранении зуба необходим рентгенологический контроль (например, конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ)) для оценки его положения, а также отломков, диспансерное наблюдение таких пациентов через 1, 3 и 6 месяцев для определения жизнеспособности зуба, после консолидации перелома стоит прибегнуть к эндодонтическому лечению, а при появлении признаков инфекции при диспансерном наблюдении – удаление зуба.

Таким образом, современные исследования с высоким уровнем доказательности показывают, что сохранение здоровых зубов в линии перелома не увеличивает риск осложнений, а в ряде случаев даже снижает его, а удаление показано только при наличии абсолютных показаний. Однако при сохранении зуба необходим динамический контроль с возможностью последующего эндодонтического лечения или удаления при появлении признаков инфекции

Список литературы:

1. Mehta J., Shah P., Mirza T. To extract or not to extract? International Journal of Surgery, 2018; 55: S67.
2. Said M., Voora R.S., Hom D.B. Is a Tooth Extraction Required if Dentition Lies Within a Mandible Fracture? TRIO Best Practice, Laryngoscope, 2022.
3. Ответ доцента кафедры ЧЛХ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Doctor.ru, 2024.
4. Hendricks M.R. Extraction and retention of teeth in the line of mandibular fracture: A study of a Western Cape sample. University of the Western Cape, 1986.



5. Khavanin N., Jazayeri H., Xu T., et al. Management of Teeth in the Line of Mandibular Angle Fractures Treated with Open Reduction and Internal Fixation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2019; 144 (6): 1393-1402.
6. Furr A.M., Schweinfurth J.M., May W.L. Factors associated with long-term complications after repair of mandibular fractures. *Laryngoscope*, 2006; 116 (3): 427.
7. Powers D.B. How To Do an Emergency Tooth Extraction. *MSD Manual Professional Edition*, 2025.
8. Валиева Л.У., Панкратов А.С., Орлова О.Р., Барышников И.В. Проблема ранней реабилитации пациентов с переломом нижней челюсти и их осложнениями (обзор). *Клиническая стоматология*, 2024; 27 (3): 134-141

