ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

SILVA, Agnaldo Plácido da ^[1], PLÁCIDO, Eloá Jessica Mendes dos Santos ^[2], SILVA, Gustavo Henrique Ramos da ^[3]

SILVA, Agnaldo Plácido da. PLÁCIDO, Eloá Jessica Mendes dos Santos. SILVA, Gustavo Henrique Ramos da. Двусторонний оскольчатый перелом нижней челюсти от огнестрельного оружия: отчет о клиническом случае. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 05-й год, Эд. 11, Vol. 17, стр. 05-13. Ноябрь 2020 года. ISSN: 2448-0959, Ссылка доступа: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/лечение-зубов/огнестрельного-оружия>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/ru/71231

Contents

- РЕЗЮМЕ
- ВВЕДЕНИЕ
- КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
- ОБСУЖДЕНИЕ
- ЗАКЛЮЧЕНИЕ
- БИБЛИОГРАФИЯ

РЕЗЮМЕ

Перелом миндибуляра имеет в качестве наиболее распространенных причин автомобильных аварий, физических агрессий, падений и несчастных случаев в удалении зубов, среди других. Тем не менее, травмы лица, вызванные огнестрельным оружием по-прежнему вызывают большую озабоченность здоровья, которые могут причинить большой эстетический и функциональный ущерб пациенту, в дополнение к потере качества жизни. Терапевтический выбор для лечения будет зависеть от тяжести случая и овладения техникой, выбранной профессионалом. Цель данной статьи состоит в том, чтобы сообщить о лечении пациента с двусторонним переломом тела и челюсти ветви, в результате агрессии с применением огнестрельного оружия снаряда. Имея в качестве лечения установлен дополнительный доступ с установкой

Двусторонний оскольчатый перелом нижней челюсти от огнестрельного оружия: отчет о клиническом случае

пластин и винтов 2,0 мм на правой и левой стороне, потому что это хороший вариант лечения comminuted переломов, вызванных огнестрельным оружием снаряда, возвращаясь к пациенту эстетического, функционального и психологического аспекта.

Ключевые слова: фиксация перелома, огнестрельные ранения, переломы челюсти, хирургия полости рта.

ВВЕДЕНИЕ

“Челюсти представляет себя как только мобильные кости лицевого скелета, будучи сформулированы с головой через два сустава; она имеет форму подковы, в которой есть устойчивая центральная область, будучи слабее на ее концах” (SIQUEIRA; CARVALHO *et al.*, 2012). Челюсти представляет себя как один из наиболее часто перелом костей из-за его известность (BAIRRAL; DUARTE *et al.*, 2011), занимая второе место среди всех переломов лицевого скелета (SAKR; FARAG и ZEITOUN, 2006 г.).

Этиологические агенты мибibuлярных переломов могут варьироваться в зависимости от изучаемого региона; наиболее распространенными причинами являются: автомобильные аварии, физическая агрессия, спортивные аварии, огнестрельное оружие и патологические переломы (SCARIOT; OLIVEIRA *et al.*, 2009).

По словам Côrtes (2010), переломы челюсти являются одними из наиболее частых поражений, обнаруженных в травматологических центрах. В последнее время одной из основных причин перелома челюсти является физическая агрессия с применением огнестрельного оружия (CÔRTEZ; MARQUES и GUEDES, 2010), эти поражения представляются в качестве важной проблемы общественного здравоохранения из-за их заболеваемости и смертности (BERMEJO; COLÉTE *et al.*, 2016).

Огнестрельные ранения лица могут привести к разрушительным последствиям для пациентов, в зависимости от калибра используемого оружия и расстояние пациента от места стрельбы может привести к разрушительным эстетическим и функциональным последствиям (HOLLIER; GRANTCHAROVA и KATTASH, 2001).

Управление пациентами с огнестрельными ранениями лица остается весьма спорным в

отношении лечения (CLARK; BIRELY *et al.*, 1996); литература о терапии огнестрельных ранений в лицо является скудной (MCLEAN; MOORE e YELLIN, 2005), некоторые специалисты советуют выполнять хирургическое вмешательство на начальном этапе (CLARK; BIRELY *et al.*, 1996), однако, некоторые исследования сообщают о более консервативном подходе, без выполнения хирургических процедур в первые минуты (WEIDER; HUGHES *et al.*, 1999).

Некоторые важные нововведения позволили лучше лечения мидибулярных переломов, таких, как использование блокировки системных пластин, которые могут облегчить управление переломов, будь то простой или сложный, однако, это не полностью устранить осложнения (MORAIS; CARVALHO *et al.*, 2010).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

67-летний мужчина с лейкодермией, поступивший в региональную больницу Агресте в городе Caruaru, пострадавший от PAF на лице, не был обследован с помощью общей хирургии, которая в качестве начальной процедуры выбрала пациента. чтобы сохранить проходимость дыхательных путей. На следующий день пациент был переведен в службу челюстно-лицевой травматологии больницы Santa Efigênia в том же городе. В анамнезе экстраоральное отверстие входа снаряда наблюдалось в правой области лица на уровне угла нижней челюсти и выходное отверстие на уровне левого внеорального угла нижней челюсти; у пациента наблюдались экхимоз в области щек и раствор для непрерывности в области угла и тела правой и левой челюсти. Было выполнено визуальное исследование (компьютерная томография), подтвердившее клинические данные о двустороннем переломе нижней челюсти, с обширным измельчением тел и углов нижней челюсти, с двусторонним предупреждением о смещении и отломках и потере замораживания целостности нижней челюсти. (Рисунок 1).

Рисунок 1 – Компьютерная томография, обозначающая обширное скопление тел и мидибулярных углов.

Двусторонний оскольчатый перелом нижней челюсти от огнестрельного оружия: отчет о клиническом случае

Пациент оставался в больнице, используя антибиотики, стероидные противовоспалительные, обезболивающие и нестероидные противовоспалительные препараты парентеральные (внутривенные), в дополнение к жидкой диете и поддержанию трахеостомы.

Операция была проведена через 14 дней с носовой интубации и мандибулярного челюстно-челюстного блока, мы выбрали экстраоральный доступ, охватывающий подмандибулярный регион на двусторонней основе с разбавлением самолетов, воздействием областей сломанной челюсти; сокращение и хирургическая фиксация челюсти и фрагментов были выполнены с 2,0 мм прямой титановые миниплаты, пластины были смоделированы, чтобы исправить замятые фрагменты костей, обеспечивая стабильность челюсти и спасения мандибулярных рамок. (Рисунок 2 и 3)

Рисунок 2 – Прямоугольный подмандибулярный доступ и фиксация пластины 2,0 мм

Двусторонний оскольчатый перелом нижней челюсти от огнестрельного оружия: отчет о клиническом случае

Рисунок 3 – Левый угол подуманного

доступа и ф 2,0 мм. После четвертого послеоперационного дня и госпитализации пациент был выписан из больницы, поскольку он был в общем, асимптомном состоянии; не было дефицита нервных структур, представляя сохранившиеся мандибулярные движения, лишь проявлялась небольшая трудность, чтобы открыть рот, что свидетельствует о удовлетворительном окклюзии. При проведении послеоперационного радиографического обследования наблюдалась преемственность костных сегментов без других изменений (рисунок 3). Физиотерапия было предложено восстановить, как можно скорее, диапазон движения, стимулируя и способствуя возвращению пораженной чувствительности во время операции.

Рисунок 3 – Радиографические осмотры (панорамные), обозначающие реконструкцию челюсти с внутренней системой фиксации.

Двусторонний оскольчатый перелом нижней челюсти от огнестрельного оружия: отчет о клиническом случае

ОБСУЖДЕНИЕ

Очень важно, чтобы специалисты, работающие по уходу за жертвами PAF, учитывали протокол ATLS. Часто, по-видимому безобидные поражения могут представлять неприятные сюрпризы для профессионала, это ответственность хирурга, чтобы знать, что наличие квалифицированной и хорошо обученной команды, может указывать или противопоказывать окончательной хирургии в первый момент (RODRIGUES; ALMEIDA *et al.*, 2020) (MORAIS; CARVALHO *et al.*, 2010) (DANTAS; SILVA *et al.*, 2018).

В большинстве случаев травмы, причиненные PAF-Семейная амилоидотическая полинейропатия, связаны с преступной деятельностью (MORAIS; CARVALHO *et al.*, 2010) (RODRIGUES; ALMEIDA *et al.*, 2020), такие обширные травмы могут включать синяки, обильные кровотечения, загрязнение и повышенное внутричерепное давление (GIESE; KOOPS *et al.*, 2002) . Когда эти снаряды достигают лицевых костей, преобладают переломы оскольчатого типа в нижней челюсти и пронзающие раны в верхней челюсти (MORAIS; CARVALHO *et al.*, 2010).

Двусторонний оскольчатый перелом нижней челюсти от огнестрельного оружия: отчет о клиническом случае

Поздний или немедленный подход к переломам вызывает множество разногласий в литературе, однако челюстно-лицевой хирург вместе с бригадой ассистентов должны рассмотреть возможность инфекции, с которой связаны эти травмы, при принятии решения о сохранении снаряда. его расположение в пораженных анатомических пространствах (RODRIGUES; ALMEIDA *et al.*, 2020). Каждая ситуация должна быть тщательно оценена, и решение об идеальном времени для лечения должно быть выбрано в соответствии с каждой ситуацией, стремясь к полному восстановлению функций пациента как можно скорее (KROON; VAN BEEK и VAN DAMME, 2007).

Другой перспективой, связанной со случаями огнестрельных ранений в лицо, в большинстве случаев является техническое обслуживание или нет снаряда (RODRIGUES; ALMEIDA *et al.*, 2020). Важно, чтобы при принятии решений хирургическим или консервативным подходом в отношении размещенных объектов учитывались клинические, хирургические и анатомические критерии, с тем чтобы улучшить качество жизни и снизить заболеваемость пациента (SUASSUNA; SILVA JÚNIOR *et al.*, 2017). Эти критерии следует рассматривать со значительной скупой, так как расположение снаряда близко к благородным структурам, таким как вены, артерии и нервы, кроме того, расположение, в котором находится снаряд, может препятствовать или препятствовать его удалению (RODRIGUES; ALMEIDA *et al.*, 2020).

Хирургу необходимо понимать, что не все огнестрельные ранения требуют хирургического вмешательства. Раны, в которых снаряд пробил структуры, не вызвав перелома или повреждения сосудов, не требуют хирургического вмешательства, протокол заключается в очистке краев раны (DEMETRIADES; CHANWAN *et al.*, 1998). Однако при ранах PAF с переломами нижней челюсти использование реконструктивных пластин по-прежнему преобладает в качестве лечения, поскольку они имеют преимущества перед другими системами стабилизации (ROCTON; CHAINE *et al.*, 2007). Использование внутренних систем фиксации устраняет или снижает необходимость в межчелюстной блокаде, эта система фиксации имеет такие преимущества, как возможность для пациента говорить, жевать, улучшать состояние питания. Однако отсутствие у профессионала навыков в технике – частое явление при применении устройств внутренней фиксации при оскольчатых переломах нижней челюсти, это отсутствие навыков может вызвать повреждение корней зубов, перелом винта во время установки, отсутствие костных структур. стабильна для фиксации

Двусторонний оскольчатый перелом нижней челюсти от огнестрельного оружия: отчет о клиническом случае

osteosintетического материала и секвестрации кости в месте сверления (RODRIGUES; ALMEIDA et al., 2020) (IMAZAWA; KOMURO et al., 2006).

С учетом всех упомянутых факторов описанный случай был проведен наилучшим образом. Система пластин диаметром 2,0 мм использовалась для уменьшения и адекватного исправления нескольких фрагментов костей, что позволяло поддерживать маститаическую нагрузку, показывая, что проводимое дело представляет удовлетворительные результаты, восстановление функции и эстетического контура, с минимальным воздействием осложнений на пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Травма лица, связанная с применением огнестрельного оружия, представляет собой проблему для челюстно-лицевого хирурга, поскольку деструктивный уровень, вызванный такой травмой, является значительным, что всегда приводит к запросам относительно лучшей методологии лечения, поскольку она затрагивает анатомические структуры большое значение. Упомянутый случай показал, что использование жесткой внутренней фиксации посредством открытой репозиции улучшило самочувствие пациента в послеоперационном периоде, учитывая, что этот хирургический метод позволяет быстро вернуться к нормальному физиологическому функционированию, так как он более предсказуем и оптимизирует результат. лечение и снижает количество осложнений, обеспечивая реинтеграцию пациента в общество за короткий период времени, уменьшая социально-экономические последствия.

БИБЛИОГРАФИЯ

BAIRRAL, J. V. et al. Otite Média e Anquilose na Região Temporomandibular Causada por Fratura de Arma de Fogo. Relato de Caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe, v. 11, n. 2, p. 27-32, abr./jun. 2011.

BERMEJO, P. R. et al. Tratamento cirúrgico de fratura mandibular decorrente de projétil de arma de fogo: relato de caso. Arch Health Invest, v. 5, n. 6, p. 330-335, 2016.

CLARK, N. et al. High-energy Ballistic and Avulsive Facial Injuries: Classification, Patterns, and an Algorithm for Primary Reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, v. 98, n. 4, p. 583-601, Sep. 1996.

CÔRTEZ, M. G. W.; MARQUES, A. C.; GUEDES, L. J. Fratura cominutiva grave de mandíbula por arma de fogo: relato de caso. *Rev Méd Minas Gerais*, v. 20, p. 415-418, 2010.

DANTAS, A. C. G. C. et al. Fratura cominutiva de mandíbula por fogos de artifício. Relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, Camaragibe, v. 18, n. 3, p. 17-21, jul./set. 2018.

DEMETRIADES, D. et al. Initial Evaluation and Management of Gunshot Wounds to the Face. *J Trauma*, v. 45, n. 1, p. 38-41, Jul. 1998.

GIESE, A. et al. Head Injury by Gunshots From Blank Cartridges. *Surg Neurol*, v. 67, n. 4, p. 268-277, Apr. 2002.

HOLLIER, L.; GRANTCHAROVA, E. P.; KATTASH, M. Facial Gunshot Wounds: A 4-year Experience. *J Oral Maxillofac Surg*, v. 59, n. 3, p. 277-82, Mar. 2001.

IMAZAWA, T. et al. Mandibular Fractures Treated With Maxillomandibular Fixation Screws (MMFS Method). *J Craniofac Surg*, v. 17, n. 3, p. 544-549, May. 2006.

KROON, F. H. M.; VAN BEEK, G. J.; VAN DAMME, P. A. Cranio-maxillofacial Traumatology. *Ned Tijdschr Tandheelkd*, v. 114, n. 1, p. 23-33., jan. 2007.

MCLEAN, J. N.; MOORE, C. E.; YELLIN, S. A. Gunshot Wounds to the Face-Acute Management. *Facial Plast Surg*, v. 21, n. 3, p. 191-198, Aug. 2005.

MORAIS, H. H. A. D. et al. Tratamento imediato de fratura de mandíbula por projétil de arma de fogo. *RGO – Rev Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p. 399-403, jul./set. 2010.

ROCTON, S. et al. Mandibular Fractures: Epidemiology, Therapeutic Management, and Complications in a Series of 563 Cases. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, v. 108, n. 1, p. 3-10, Feb. 2007.

RODRIGUES, C. M. D. C. et al. Tratamento conservador de ferimento por arma de fogo em face, associado remoção cirúrgica tardia de projétil sob anestesia local – relato de caso. Brazilian Journal of health Review, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 3044-3053, mar./apr 2020.

SAKR, ; FARAG, I. A.; ZEITOUN, I. M. Review of 509 Mandibular Fractures Treated at the University Hospital, Alexandria, Egypt. Br J Oral Maxillofac Surg, v. 44, n. 2, p. 107-111, Apr. 2006.

SCARIOT, R. et al. Maxillofacial Injuries in a Group of Brazilian Subjects Under 18 Years of Age. J Appl Oral Sci., v. 17, n. 3, p. 195-195, 2009.

SIQUEIRA, P. et al. Fratura mandibular após injúria por projétil de arma de fogo: relato de caso clínico. Revista de Odontologia da UNESP, v. 41, n. 2, p. 133-138, Mar-Apr. 2012.

SUASSUNA, T. M. et al. Retenção de Projéteis de arma de fogo na face – relato de casos. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe , v. 17, n. 1, p. 46-50, jan./mar. 2017.

WEIDER, L. et al. Early Versus Delayed Repair of Facial Fractures in the Multiply Injured Patient. Am Surg, v. 65, n. 8, p. 790-793, Aug. 1999.

^[1] Аспирант в области биомедицинских наук в IUNIR – Итальянский университетский институт Росарио. Специалист по букомаксиллофальной хирургии и травматологии ciodonto – Интегрированная стоматологическая клиника. Окончил стоматологию в ASCES – Каруаруэнсе Ассоциации высшего образования. Окончил биолог уПВ – Университет Пернамбуку.

^[2] Окончил курс физиотерапии колледжа UNISSAU.

^[3] Окончил стоматологию в Ascес Unita. Участие Специализация в ортодонтике – Cruzeiro делать Сул колледж.

Отправлено: июль 2020 года.

Утверждено: Ноябрь 2020 года.