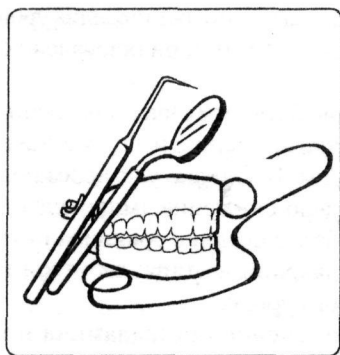


ных функций у 71% пациентов с ДР в течение 12 мес. после лечения.

#### Л и т е р а т у р а

1. Беляев В. С. // Вестн. офтальмологии. 1983. №6. С. 18-21.
2. Киселев Г. А. // Вестн. офтальмологии. 1988. №2. С. 40-43.

3. Tang S. // Br J Ophthalmol. 1994. Vol. 78, №5. P. 370-376.
4. Van der Fijl J.W. // J. Am. Soc. Nephrol. 1997. Vol. 8, №3. P. 456-462.
5. Van der Fijl J.W. // Lancet. 1997. Vol. 350, №9093. P. 1743-1745.
6. Van der Fijl J.W. // Lancet. 1998. Vol. 351, №9094. P. 1743-1744.



УДК 14.00.21

Н.Г. Бобылев, Ф.И. Тарасова, А.Г. Бобылев, И.А. Горбонос,  
Ю.В. Маслова

## МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ДОНСКОМУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ УГЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,  
г. Хабаровск*

Среди повреждений костей лицевого скелета на долю переломов нижней челюсти приходится от 66 до 96%. По данным литературы, переломы нижней челюсти чаще всего возникают в области ее углов — 57-65%. Несмотря на распространенность и высокий удельный вес данного вида патологии, она до сих пор представляет собой сложную и актуальную проблему. Общеизвестная схема лечения переломов челюстей с помощью алюминиевых шин, предложенная еще в 1915 г. С.С. Тигерштедтом, несмотря на многочисленные усовершенствования, имеет ограниченные показания к применению. Она неэффективна при переломах со смещением отломков, не обеспечивает надежной иммобилизации отломков, особенно при ретромолярных переломах, когда вторичные смещения отломков обуславливают замедление сроков консолидации, неправильное сращение отломков, нарушения прикуса. Кроме того, ограничение функций нижней челюсти вследствие шинирования влечет развитие кальциевого дефицита в зоне перелома, мышечные контрактуры, дефицит белка с потерей веса до 10% от массы тела, что также отрицательно сказывается на сроках консолидации. В настоящее время общая тенденция в травматологии сводится к функционально-физиологическому лечению переломов челюстей. При этом одни авторы решают задачу путем более рационального режима ведения больных, включающего периодическое снятие резиновых колец, разрешение ранних движений и от-

#### Р е з ю м е

В сообщении изложен новый способ хирургического лечения переломов угла нижней челюсти со смещением отломков, разработанный в клинике челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ г. Хабаровска. Проведена сравнительная характеристика консервативных методов лечения переломов и различных способов остеосинтеза. Оригинальный способ остеосинтеза позволяет добиться качественной репозиции смещенных отломков нижней челюсти и их надежной фиксации, сокращая сроки лечения и реабилитации пострадавших.

N.G. Bobylev, F.I. Tarasova, A.G. Bobylev,  
J.V. Maslova

## MODIFIED OSTEOSYNTHESIS TECHNIQUE BY DONSKOY FOR THE ANGLE LOW JAW FRACTURE

*Far East state medical university, Khabarovsk*

#### S u m m a r y

This article presents a new method of the surgery of the jaw fracture with fragments dislocation, elaborated in the maxillae-facial surgery department of the Far East Medical University (Khabarovsk). We compared different surgical and no surgical methods of the jaw fracture treatment. Original method of osteosynthesis allows achieving precise reposition of the dislocated jaw fragments and stable fixation, reducing treatment time and rehabilitation period for the patients with jaw fractures.

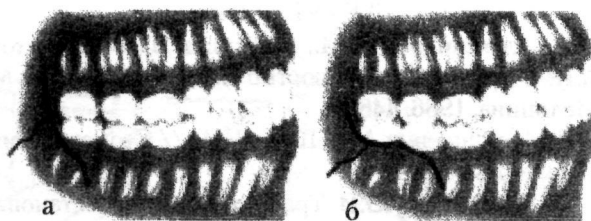


Рис. 1. Разрез в зависимости от локализации перелома

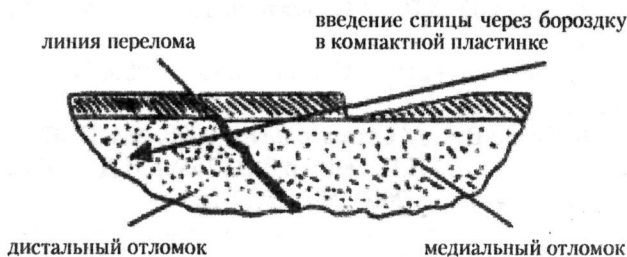


Рис. 2. Горизонтальный срез угла нижней челюсти

крывания рта, прием более жесткой пищи. Другие специалисты видят выход в отказе от межчелюстных шин и расширения показаний к оперативному лечению.

Наружные способы остеосинтеза, среди которых следует выделить чаще применяемые аппараты Я.М. Збаржа, В.Ф. Рудько, Ю.И. Вернадского, не обеспечивают качественную одномоментную репозицию отломков и надежную их иммобилизацию. Эти конструкции громоздки, причиняют пациенту массу неудобств, кроме того, разрезы, необходимые для их установки, являются воротами для проникновения инфекции.

Из погружных способов остеосинтеза наибольшее признание и распространение получил остеосинтез мини-платами, но и он не лишен недостатков. Дополнительная травматизация шурупами костной ткани в зоне перелома в 15% случаев приводит к развитию остеомиелита. К недостаткам способа следует также отнести необходимость повторных оперативных вмешательств для извлечения фиксирующей конструкции.

В Хабаровской городской клинической больнице №2 им. Д.Н. Матвеева разработан и успешно применяется в течение года комбинированный способ хирургического лечения переломов нижней челюсти в области углов. Способ заключается в следующем. После местного или общего обезболивания с вестибулярной стороны в проекции наружной кривой линии проводится косой разрез слизистой и надкостницы над линией перелома (рис. 1а). Если в линии перелома имеется 8 зуб, разрез продлевается медиальнее с рассечением круговой связки (рис. 1б), 8 зуб удаляется, слизисто-надкостничный лоскут отслаивается с обоих отломков нижней челюсти на 0,5 см для лучшего обзора линии перелома.

На медиальном отломке, на наружной его поверхности по средней линии, медиальнее на 0,2 см наружной кривой линии, отступив от линии перелома на 0,5 см, фиссурным бором наносится направляющая бороздка в компактной пластинке глубиной 0,2-0,3 см такой конфигурации, чтобы спица без соскальзывания могла войти в отломок под малым углом (рис. 2).



Рис. 3. Внешний вид фиксирующей конструкции

Через эту бороздку под возможно меньшим углом (30-45°) в медиальный отломок вводится спица Киршнера и через линию перелома проводится в дистальный отломок на 2,5-3,5 см, после чего слизисто-надкостничный лоскут укладывается на место и ушивается, свободный конец спицы в полости рта припасовывается к 4-5 неподвижным зубам нижней челюсти в области шеек и фиксируется к ним проволочными лигатурами (рис. 3). На проволочные лигатуры со спицей наносится тонкий слой самотвердеющей пластмассы, что предохраняет слизистую полости рта от травмирования концами проволоки и облегчает уход за полостью рта. Для оптимальной иммобилизации нижней челюсти в оба отломка чрезкожно вводится по 2-3 спицы Киршнера, на их свободных концах формируется блок из самотвердеющей пластмассы (рис. 3).

#### Клинический пример

*Больной К., 22 года, история болезни № 401, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии городской больницы №2 08.03.05 г. в состоянии алкогольного опьянения, в течение первых суток после получения бытовой травмы. Объективно: множественные ушибы лица, отек жевательной области слева, болезненность при пальпации нижней челюсти слева, прикус патологический, смещение линии центральных резцов на 2 мм влево, разрыв слизистой оболочки в области 47, 48 зубов. Рентгенологически: линия перелома в области угла нижней челюсти слева.*

*9.03.05 г. был проведен остеосинтез по описанной методике: под общим наркозом внутриротовым доступом был выделен слизисто-надкостничный лоскут в ретромолярном пространстве слева, обнажена линия перелома. Произведена репозиция костных отломков под контролем прикуса, после чего в компактной пластинке медиального отломка фиссурным бором нанесена бороздка, через которую введена спица под углом 30° через линию перелома в дистальный отломок на 3 см. Слизисто-надкостничный лоскут уложен на место и ушит, свободный конец спицы прификсирован лигатурами к зубному ряду. Для лучшей иммобилизации нижней челюсти в оба отломка чрезкожно введено по 2 спицы Киршнера, на их свободных концах сформирован блок из самотвердеющей пластмассы.*

*Послеоперационный период протекал без осложнений, после консолидации отломков на 21 день после операции конструкция была снята, в удовлетворительном состоянии выписан из отделения.*

## Выводы

1. Предлагаемый способ прост в техническом исполнении, не требует сложного дополнительного инструментария, позволяет добиться качественного восстановления анатомической формы и функции нижней челюсти, обеспечивает надежную иммобилизацию отломков и устраняет необходимость повторных оперативных вмешательств для извлечения металлических конструкций.

2. Малотравматичность и компактность конструкции способствуют раннему восстановлению двигательной функции челюстно-лицевого аппарата, что благоприятно сказывается на сроках регенерации и восстановлении анатомической формы и функции нижней челюсти, сокращает сроки реабилитации больных.

3. Показаниями к применению данного способа являются все случаи переломов нижней челюсти в области углов со смещением отломков.



## Литература

1. Александров Н.М., Аржанцев П.З., Агроскина А.П. и др. Травмы челюстно-лицевой области. М: Медицина, 1986. 448 с.
2. Артюшкевич А.С., Швед И.А. // Стоматология. 1998. №1. С. 12-15.
3. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. М: Мед. лит., 1999. 445 с.
4. Донской В.В. // Стоматология. 1980. № 5. С. 41-43.
5. Коликов С.И. // Стоматология. 1999. №1. С. 34-36.
6. Кузин В.А. // Стоматология. 2000. №4. С. 67.
7. Сысолятин П.Г., Гюнтер В.Э., Тазин И.Д. // Рос. стоматол. журнал. 2000. №1. С. 17-20.



УДК 611.711.1

В.И. Лабзин

## ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ И ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КРЮЧКОВИДНЫХ ОТРОСТКОВ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ ЧЕЛОВЕКА

*Амурская медицинская академия, г. Благовещенск*

Крючковидные отростки шейных позвонков достаточно часто упоминаются в клинической литературе, поскольку их рассматривают как фактор механической "агрессии" по отношению к сосудисто-нервным образованиям, расположенным в канале поперечных отростков и межпозвоночных отверстиях [1, 3-7]. Изменяясь при дегенеративно-дистрофических процессах в шейном отделе позвоночника, они сдавливают функционально значимые структуры этих топографических областей (позвоночную артерию, вены, симпатические сплетения, корешки спинного мозга и т.д.), что приводит к развитию тяжелых, а порой и смертельно опасных заболеваний нервной системы (рефлекторные и компрессионные синдромы, инсульты и инфаркты, шейные миелопатии и т.д.). Ориентируясь на эти проблемы, а также принимая во внимание недостаток морфологических сведений о крючковидных отростках, мы предприняли настоящее исследование, целью которого являлось расширение информационной базы о вышеуказанных структурах с учетом индивидуальной и типологической изменчивости.

## Резюме

В статье описаны варианты строения, классификация и особенности расположения крючковидных отростков в зависимости от уровня шейного отдела позвоночника. Представлены новые сведения, объясняющие функциональное предназначение и клиническую значимость этих образований.

V.I. Labzin

## INDIVIDUAL AND TYPOLOGICAL PECULIARITIES OF THE STRUCTURE OF UNCINATE PROCESSES OF HUMAN CERVICAL VERTEBRAE

*Amur state medical academy, Blagoveschensk*

## Summary

The article is devoted to the description of the variants of structure, classification and peculiarities of uncinat processes locations depending on the level of cervical part. The regularities explaining functionality and clinical significance of these formations are determined.