

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.716.4-001: 616.714.34

© А.М. Сулейманов, Н.А. Гильмиярова, И.И. Уразбахтин, И.Р. Туктаров, И.С. Ганеев, А.Н. Питюк, 2013

А.М. Сулейманов, Н.А. Гильмиярова, И.И. Уразбахтин,  
И.Р. Туктаров, И.С. Ганеев, А.Н. Питюк  
**РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДИСЛОКАЦИИ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА  
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СРЕДНЮЮ ЧЕРЕПНУЮ ЯМКУ**  
*ГБУЗ «Городская клиническая больница № 21», г. Уфа*

Одним из редких осложнений перелома мыщелкового отростка нижней челюсти является его дислокация в среднюю черепную ямку. В мировой литературе известно о 45 подобных случаях, чаще встречаемых в педиатрической популяции (53,7%). Опасность дислокации мыщелкового отростка нижней челюсти в среднюю черепную ямку заключается в возможности образования субдуральной гематомы с непредсказуемыми последствиями. Подобное осложнение перелома нижней челюсти вызывает также нарушение окклюзии с затруднением процесса жевания пищи.

В статье приводится описание редкого случая дислокации мыщелкового отростка нижней челюсти у 19-летней девушки, пострадавшей в дорожно-транспортном происшествии. Ранняя диагностика повреждения была затруднена из-за его сложности и редкой встречаемости.

Диагностику подобных редких повреждений может облегчить КТ-исследование с 3D реконструкцией.

**Ключевые слова:** мыщелковый отросток, нижняя челюсть, дислокация, средняя черепная ямка, компьютерная томография.

A.M. Suleymanov, N.A. Gilmiyarova, I.I. Urazbakhtin,  
I.R. Tuktarov, I.S. Ganeev, A.N. Pityuk  
**THE RARE CASE OF DISLOCATION OF THE CONDYLE  
OF THE MANDIBLE IN THE MIDDLE CRANIAL FOSSA**

One of the rare complications of condylar fracture of the lower jaw is its deployment in the middle cranial fossa. The world literature knows about 45 such cases, more inherent in pediatric population (53.7%). The danger of dislocation of the mandible condyle into the middle cranial fossa is the possibility of formation of a subdural hematoma, with unpredictable consequences. Such complication of the lower jaw fracture also causes violation of occlusion with the difficulty of the process of food chewing.

The article describes a rare case of dislocation of the condyle of the mandible in 19 year-old girl injured in a traffic accident. Early detection of damage was difficult because of its rarity and complexity.

Diagnosis of these rare lesions can be facilitated by CT study with 3D reconstruction.

**Key words:** condylar process, mandible, dislocation, middle cranial fossa, computed tomography.

Повреждение костей лица после автодорожных аварий иногда имеет самый непредсказуемый характер. Одним из редких последствий травмы костей лицевого скелета является дислокация мыщелкового отростка нижней челюсти в среднюю черепную ямку.

В мировой литературе [1] известно о 45 подобных случаях, чаще встречаемых педиатрической популяции (53,7%), средний возраст пострадавших при этом составил 23,4 года. В двух случаях из 45 повреждение сустава нижней челюсти сопровождалось образованием субдуральной гематомы на стороне травмы. Дислокация мыщелкового отростка нижней челюсти чаще происходит после дорожно-транспортных происшествий или в результате падения с велосипеда. Опасность дислокации мыщелкового отростка нижней челюсти в среднюю черепную ямку заключается не только в образовании субдуральной гематомы, но и в развитии анкилоза височно-нижнечелюстного сустава на стороне повреждения и в нарушении окклюзии.

Несмотря на современные возможности исследований, диагностика дислокации мыщелкового отростка нижней челюсти в сред-

нюю черепную ямку затруднительна. Это связано с тем, что внедрение суставной головки нижней челюсти может быть одномоментным, мыщелковый отросток после повреждения суставной впадины возвращается на исходное положение, и кроме затруднения открывания рта из-за болевого синдрома, внешних признаков повреждения может и не быть.

В нашей практике был случай дислокации мыщелкового отростка нижней челюсти в среднюю черепную ямку.

**Приводим клиническое наблюдение:**

Больная С., 19 лет, безработная, была госпитализирована 15.10.2011 г. в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфы через месяц после перенесенной сочетанной дорожно-транспортной травмы с диагнозом: перелома-вывих мыщелкового отростка нижней челюсти слева со смещением. Вывих головки правого мыщелкового отростка в среднюю черепную ямку. Открытый перекрестный прикус.

Ранее по месту жительства было проведено оперативное лечение закрытого оскольчатого перелома левой плечевой кости со смещением отломков, включающее открытую

репозицию с интрамедуллярным остеосинтезом плеча с блокированием.

Жалобы больной при поступлении были на боли в нижней челюсти, нарушение прикуса, затруднение процесса жевания пищи.

Общее состояние на момент осмотра удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы физиологической окраски. Тоны сердца ритмичные, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС – 90 ударов в минуту.

Местно: прикус открытый, расстояние между резцами фронтальных зубов – 1,5 см. Смещение нижней челюсти вправо от средней межрезцово-линии на 13 мм. На консультации оториноларинголога патологии не выявлено.

При осмотре больной в отделении челюстно-лицевой хирургии и анализе данных компьютерной томограммы (КТ) от 15.09.2011 г., проведенной в ЦРБ г. Сибая, на первый взгляд нам показалось, что мы имеем случай перелома мыщелкового отростка нижней челюсти с внедрением отломка в среднюю черепную ямку. В нашем распоряжении не оказалось 3D-реконструкции зоны повреждения. Дополнительная ортопантомография рассеяла подозрения о возможном переломе мыщелкового отростка нижней челюсти справа и утвердила мнение о его целостности и дислокации в среднюю черепную ямку.

На серии КТ (рис.1-3) определялся перелом мыщелкового отростка нижней челюсти слева со смещением отломков, а справа – дислокация суставной головки в среднюю черепную ямку без признаков повреждения твердой мозговой оболочки.

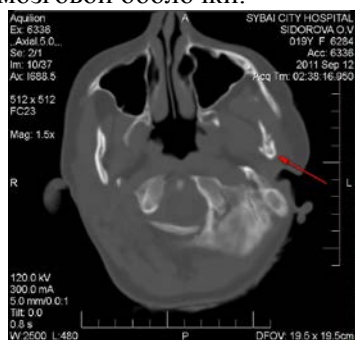


Рис. 1. Нарушение целостности мыщелкового отростка нижней челюсти слева на компьютерной томограмме черепа в аксиальной проекции (указано стрелкой)

В предоперационном периоде проведены исследования: общий анализ крови (ОАК) от 17.10. 2011 г.: эритроциты –  $3,4 \times 10^{12}/л$ , Нв – 113 г/л, тромбоциты –  $140 \times 10^9/л$ ; лейкоциты –  $6,8 \times 10^9/л$ , СОЭ – 15 мм/ч; лейкоформула: палочкоядерные – 2, сегментоядерные –

57, эозинофилы – 1, лимфоциты – 36, моноциты – 4.

Биохимический анализ крови от 17.10.2013 г.: общий белок – 70 г/л; калий – 4,7 ммоль/л; натрий – 148 мкмоль/л; мочевины – 64 мкмоль/л, остаточный азот – 4,6 ммоль/л, билирубин общий – 14,7 мкмоль/л, холестерин – 4,8 ммоль/л.

Анализ мочи от 17.10.2011 г.: удельный вес 1015, реакция кислая.

ЭКГ от 18.10.2011 г.: синусовая аритмия, умеренные нарушения процессов реполяризации.

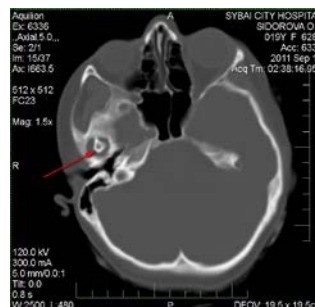


Рис. 2. Нарушение целостности суставной впадины справа с внедрением мыщелкового отростка в полость черепа (указано стрелкой)



Рис. 3. Дислокация мыщелкового отростка в среднюю черепную ямку (указано стрелкой)

После проведенного дообследования выставлен диагноз: переломо-вывих мыщелкового отростка нижней челюсти слева со смещением. Дислокация правого мыщелкового отростка в среднюю черепную ямку. Открытый перекрестный прикус. Посттравматическая энцефалопатия.

26.10.2011 г. под эндотрахеальным наркозом произведена операция: поднижнечелюстным доступом слева произведена репозиция мыщелкового отростка с остеосинтезом на костной мини-пластине на винтах. Вправление мыщелкового отростка нижней челюсти справа проведено крючком Лимберга через вырезку нижней челюсти с применением значительного усилия.

В послеоперационном периоде проводилась коррекция прикуса бимаксиллярной шиной Тигерштедта с заменой резиновых колец.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии для дальнейшего амбулаторного лечения у хирурга-стоматолога по месту жительства.

**Выводы.** Пенетрация мышечного отростка в среднюю черепную ямку является

одним из редких осложнений переломов нижней челюсти. При подозрении дислокации мышечного отростка нижней челюсти в среднюю черепную ямку КТ-диагностика должна сопровождаться 3D-реконструкцией зоны повреждения.

**Сведения об авторах статьи:**

**Сулейманов Азат Мудасирович** – к.м.н., зав. отделением челюстно-лицевой хирургии ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, Лесной проезд, 3. Тел. (347) 246-53-40. E-mail: Suleimanov\_azat@mail.ru.

**Гильминярова Наталья Алексеевна** – челюстно-лицевой хирург ГБУЗ РБ ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, Лесной проезд, 3. Тел. (347) 246-53-40.

**Урабахтин Илгам Ирекович** – челюстно-лицевой хирург ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Адрес: 450071, г. Уфа, Лесной проезд, 3. Тел. (347) 246-53-40.

**Туктаров Илдар Раисович** – челюстно-лицевой хирург ГБУЗ РБ ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, Лесной проезд, 3. Тел. (347) 246-53-40.

**Ганеев Ирек Сaitович** – челюстно-лицевой хирург ГБУЗ РБ ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, Лесной проезд, 3. Тел. (347) 246-53-40.

**Питюк Аэлита Николаевна** – врач-рентгенолог ГБУЗ РБ ГКБ № 21. Адрес: г. Уфа, Лесной проезд, 3. Тел. (347) 246-53-40.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Dislocation of the mandibular condyle into middle cranial fossa causing an epidural haematoma /Johannes Struewer [et al.] // J. Cranio-maxillofac Surg. – 2012. – Vol. 40., №5. – P.396-399.

УДК 617.721.6 - 006.81

© А.Ф. Габдрахманова, А.А. Александров, Г.Р. Галлямова, 2013

**А.Ф. Габдрахманова<sup>1</sup>, А.А. Александров<sup>2</sup>, Г.Р. Галлямова<sup>3</sup>  
СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОМИНИРУЮЩИХ  
ОБРАЗОВАНИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА**

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

<sup>2</sup>Центр лазерного восстановления зрения «Optimed», г. Уфа

<sup>3</sup>Центр лазерного восстановления зрения «Optimed», г. Октябрьский

Обследовано 23 пациента с проминирующими образованиями глазного яблока. Проведенное комплексное УЗИ на портативном ультразвуковом аппарате My Sono U5 позволило детализировать локализацию, проминенцию, ширину основания патологического образования, наличие васкуляризации и определить доплерографические параметры кровотока. Наиболее часто наблюдалась постэкваториальная локализация проминенций – 13 случаев (56,6 %), при этом преимущественно отмечалось юкстапапиллярное расположение очага (в 12 случаях). В режиме цветовой доплерографии с применением энергетического и /или цветowego доплеровского картирования выявлена патологическая васкуляризация в виде «цветовых локусов»(ЦЛ) в проминирующей ткани – в 14 (61%) случаях, что, как правило, характерно для меланом хориоидеи. В основном новообразованный сосуд, питающий патологическое образование, был обнаружен у основания проминирующего очага в 10 (71%) случаях. Гемодинамические скоростные показатели в глазной артерии на стороне патологического очага были снижены в 2 раза по сравнению с данными здорового глаза ( $p \leq 0,01$ ). Метод портативного ультразвукового исследования может обеспечить получение необходимой и достаточной скрининговой информации для первичной диагностики внутриглазной меланомы и может позволить сузить дифференциально-диагностический ряд при заболеваниях заднего отрезка глаза.

**Ключевые слова:** гемодинамика глаза, цветовой доплеровский картирование, увеальная меланома.

**A.F. Gabdrakhmanova, A.A. Aleksandrov, G.R. Gallyamova  
SCREENING DIAGNOSTICS OF PROTRUDING FORMATIONS OF EYEBALL**

The study involved 23 patients with inside protruding formations of the eyeball. A comprehensive study on the portable device My Sono U5 has allowed to detail location, protrusion, the width of the base of pathologic formation, the presence of vascularization and to define blood flow dopplerographic parameters. The mostly often observed localization of protrude formation was postequatorial one - 13 cases (56.6%), predominantly we observed juxta papillare location of protrude formation (in 12 cases). In the color Doppler mode with the use power and / or Doppler color we have revealed pathological vascularization as "color locus" (CL) in protruding tissues in 14 cases (61%), which is generally typical for choroidal melanomas. Most often neogenic vessel that feed the pathological formation was found at base of the protrude formation in 10 cases (71%). Parameters of blood flow velocity in ophthalmic artery on the side of pathological formation were reduced twice in comparison with the data of a healthy eye ( $p \leq 0.01$ ). The method of portable ultrasound examination can provide a necessary and sufficient information for the primary diagnosis of intraocular melanoma and can afford to narrow differential diagnoses for diseases of posterior segment of the eye.

**Key words:** eye hemodynamics, color doppler imaging, choroidal melanoma.

В последние годы достигнут значительный прогресс в дифференциальной диагностике заболеваний органа зрения с использо-

ванием ультразвука. Во многих случаях ультразвуковое исследование (УЗИ) является достаточным для получения исчерпывающей