

Н.Г. Бобылев, А.Г. Бобылев, Д.А. Бобылев, А.П. Ладнюк,
С.А. Абросимов, П.В. Зарицкий, Г.Т. Берикашвили

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-30-53-11, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Среди повреждений нижней челюсти особое место занимают переломы мышцелкового отростка нижней челюсти (МОНЧ) [5], которые нередко сочетаются с травмой височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) [11]. Среди переломов нижней челюсти на долю поврежденных ВНЧС приходится от 13 до 37% [10, 11], а переломы МОНЧ составляют от 24 до 32% случаев. Несмотря на современные методы диагностики, повреждения мышцелкового отростка нижней челюсти и височно-нижнечелюстного сустава в 17% случаев своевременно не распознаются, что нередко приводит к таким осложнениям, как артрозы, анкилозы, нарушения прикуса и функции нижней челюсти.

Проблема лечения повреждений мышцелкового отростка височно-нижнечелюстного сустава остается до настоящего времени одной из наиболее сложных в травматологии челюстно-лицевой области. Большие трудности в выборе оптимального метода лечения возникают при внутрисуставных переломах мышцелкового отростка нижней челюсти со смещением отломков, которые, как правило, несвоевременно диагностируются и, по данным различных авторов, в 10,5-42,7% наблюдений сопровождаются осложнениями, среди которых преобладают окклюзионные нарушения, дисфункции, артрозы и деформирующие артрозы. Имеется необходимость разработки щадящих хирургических способов внеочаговой фиксации костных отломков, обеспечивающих раннее восстановление функции височно-нижнечелюстного сустава, не требующих травматического повторного оперативного вмешательства для удаления фиксирующих конструкций, в частности, титановыми мини-пластинами. В проблеме нижней челюсти важное место должно отводиться разработке новых технологий, отличающихся малой инвазивностью, высокой физиологичностью и косметичностью, к которым, прежде всего, следует отнести эндохирургические методики. Этому направлению в отечественной и зарубежной литературе посвящены отдельные работы, основанные на единичных клинических наблюдениях, и имеется острая необходимость дальнейшего совершенствования этих технологий [6].

Цель исследования — разработать и обосновать эффективные хирургические методы лечения повреждений мышцелкового отростка нижней челюсти и височно-нижнечелюстного сустава.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту и характер повреждений мышцелкового отростка нижней челюсти и височно-нижнечелюстного сустава.
2. Разработать аппарат для чрескостной внеочаговой фиксации костных отломков мышцелкового отростка

Резюме

Проведена сравнительная оценка эффективности хирургического лечения 1237 пострадавших с повреждениями МОНЧ и ВНЧС разработанным нами чрескостным внеочаговым остеосинтезом. Были разработаны и применены новые аппараты и методики для чрескостного внеочагового остеосинтеза повреждений МОНЧ и ВНЧС. При использовании нашего способа частота осложнений, приведших к отрицательным результатам, составила $3,6 \pm 0,7\%$ и была достоверно ниже ($p < 0,05$) в сравнении с погружным на костном остеосинтезом титановыми мини-пластинами ($12,4 \pm 3\%$) и фиксаторами из сплавов с памятью формы ($13,5 \pm 2,1\%$). На основе большого клинического материала нами установлена высокая эффективность использования чрескостного внеочагового остеосинтеза с использованием эндоскопической техники, роботехники и разгружающей терапии.

Ключевые слова: остеосинтез, эндоскопическая техника, мышцелковый отросток нижней челюсти, височно-нижнечелюстной сустав, чрескостный внеочаговый погружной остеосинтез.

N.G. Bobilev, A.G. Bobilev, D.A. Bobilev, A.P. Ladnuk,
S.A. Abrosimov, P.V. Zaritskiy, G.T. Berikashvili

SURGICAL TREATMENT OF DAMAGES OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT AND CONDYLAR PROCESS OF MANDIBLE

Far Eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

We have carried out the comparative evaluation of efficiency of 1237 patients' surgical treatment with damages of temporomandibular joint and condylar process of mandible by transosseous extrafocal osteosynthesis having been worked out by the authors. We have also elaborated and applied new apparatus and method for transosseous extrafocal osteosynthesis damages of temporomandibular joint and condylar process of mandible. While practicing our method, the frequency of complications leading to failures reached $3,6 \pm 7\%$ and was definitely lower compared to immersive on-the-bone osteosynthesis made by titanic miniplates ($12,4 \pm 3\%$) and holders made of shape memory alloy ($13,5 \pm 2,1\%$). Basing on the vast clinical material, we have determined high efficiency of transosseous extrafocal osteosynthesis using endoscopic techniques, robot techniques and unloading therapy.

Key words: osteosynthesis, endoscopic techniques, condylar process of mandible, temporomandibular joint, transosseous extrafocal osteosynthesis.

нижней челюсти и разгрузки височно-нижнечелюстного сустава и оценить эффективность его применения в клинике.

3. Разработать технологии внеочагового остеосинтеза поврежденных мышечного отростка нижней челюсти под эндоскопическим контролем и изучить результаты их использования.

4. Предложить дистрактор и роботизированную систему для одномоментной репозиции и фиксации костей скелета с дистанционным управлением и оценить их эффективность в хирургии переломов мышечного отростка нижней челюсти.

5. Провести сравнительную оценку частоты осложнений при лечении поврежденных мышечного отростка нижней челюсти и височно-нижнечелюстного сустава с использованием разработанных нами аппаратов и методик с современными традиционными способами.

6. Провести сравнительную оценку клинической и клинико-экономической эффективности различных методик хирургического лечения больных с изолированными односторонними переломами мышечного отростка нижней челюсти.

За период 1996-2006 гг. под нашим наблюдением находилось 1478 пострадавших с переломами нижней челюсти в возрасте от 18 лет до 61 г. (мужчин было 1257, женщин 221). Среди пострадавших наибольшую группу, 1237 чел., составили больные с переломами мышечных отростков нижней челюсти. У 1155 чел. диагностированы односторонние переломы мышечных отростков нижней челюсти, у 82 — двусторонние. В целом с учетом двусторонних повреждений у 1237 чел. имели место 1319 переломов мышечных отростков нижней челюсти. У 1100 чел. (88,9±0,3%) повреждения мышечных отростков сочетались с переломами других отделов нижней челюсти, у 96 (7,6%) чел. — с множественными переломами костей лицевого черепа, у 736 (56,5%) — с черепно-мозговой травмой. Следующую группу составили 241 чел. с переломами в области тела и угла нижней челюсти, которые были обследованы с целью выявления повреждения мягкотканых структур височно-нижнечелюстного сустава и назначения необходимого лечения. У 628 пострадавших проведено 669 операций чрескостного внеочагового остеосинтеза при переломах мышечных отростков по разработанным нами технологиям. Остеосинтез мышечных отростков нижней челюсти при переломах без смещения отломков осуществлялся чрескостным проведением металлических спиц с закреплением их в разработанном нами аппарате (Патент № 2318463). У 31 пострадавшего чрескостный внеочаговый остеосинтез осуществлялся под эндоскопическим контролем. У 16 из них внутриротовым доступом под контролем эндоскопа производилась репозиция костных отломков с последующим чрескожным проведением металлических спиц в костные отломки и фиксацией их моноблоком из самотвердеющей пластмассы (Патент № 2310403). Создание искусственной полости во время остеосинтеза осуществлялось с помощью разработанного нами дистрактора для височно-нижнечелюстного сустава (Патент № 2313302). У 15 чел. эндоскопический остеосинтез был выполнен по поводу переломов мышечных отростков нижней челюсти с вывихом головки в подвисочную ямку.

Сущность способа заключается в том, что с целью обеспечения доступа к вывихнутому мышечному отростку производилась резекция венечного отростка внутриротовым доступом. После репозиции отломков, фиксация их, как и в предыдущем варианте, осуществлялась с помощью пластмассового моноблока (Патент № 2311143). У 17 пострадавших с переломами мышечных отростков нижней челюсти со смещением отломков был выполнен остеосинтез при помощи роботизированной системы с дистанционным управлением (Патент № 2295927), под рентгенологическим контролем с помощью ЭОП. У 208 пострадавших (214 операций) произведена функциональная разгрузка височно-нижнечелюстного сустава с чрескостным внеочаговым остеосинтезом переломов мышечных отростков нижней челюсти аппаратом нашей конструкции. У 36 пострадавших с переломами в области угла или тела нижней челюсти с контузией височно-нижнечелюстного сустава проводился чрескостный внеочаговый остеосинтез, а на поврежденный сустав накладывался функционально-разгружающий узел того же аппарата для фиксации отломков МОНЧ и разгрузки ВНЧС. У 111 пострадавших произведен погружной остеосинтез по поводу 121 перелома мышечных отростков титановыми мини-платами по методике Michelet F.X. et al, 1973. Следующую группу составили 242 пострадавших, которым был выполнен погружной остеосинтез с фиксаторами из сплавов с памятью формы по поводу 267 переломов мышечных отростков нижней челюсти по способу В.К. Поленичкина (1987). У 96 пострадавших с переломами мышечных отростков, сопровождающихся повреждениями средней зоны лица, использовались оригинальные методы фиксации отломков костей носа, верхней челюсти и скулового комплекса по разработанным нами методам (Патенты № 2274428, 2311147, 53888).

Оценку результатов лечения пострадавших производили на основании комплекса клинических, рентгенологических, функциональных и статистических методов исследования.

Результаты и обсуждение

Клинико-рентгенологический анализ показал, что в целом из 1237 пострадавших с переломами мышечных отростков нижней челюсти у 1155 чел. (93,4±0,7%) имели место односторонние переломы, у 82 (6,6±2,7%) — двусторонние. У 1130 чел. диагностировано 1206 переломов (91,4±0,8%) в области основания и шейки мышечных отростков. На долю повреждений этой локализации со смещением костных отломков приходилось 947 переломов (71,8±1,2%), с вывихом головки нижней челюсти — 167 (12,7±0,9%).

Переломы головки нижней челюсти диагностированы у 107 пострадавших, имевших 113 переломов (8,6±0,8%). Смещение отломков установлено при 75 переломах (5,7±0,6%), вывих головки нижней челюсти — при 12 переломах (0,9±0,3%).

Нами отмечено, что в 88,9±0,95% повреждения мышечных отростков сочетаются с переломами других отделов нижней челюсти, в 7,6±2,7% — с множественными переломами костей лицевого черепа, в 56,5±1,8% — с черепно-мозговой травмой.

Наши данные совпадают с результатами статистических исследований других авторов, свидетельствующих

о значительном проценте пострадавших с «тяжелыми» повреждениями мышечковых отростков, к которым относятся переломы головки нижней челюсти, переломы с вывихом головки нижней челюсти, а также переломы мышечковых отростков, сопровождающиеся черепно-мозговой травмой и множественными переломами лицевого черепа [12]. При хирургическом лечении переломов мышечковых отростков нижней челюсти важнейшим вопросом является разработка и внедрение в лечебную практику щадящих методов остеосинтеза отломков. С этой целью нами изучены результаты разработанных нами технологий чрескостного внеочагового остеосинтеза с современными традиционными методами погружного остеосинтеза титановыми мини-пластинами и фиксаторами из сплавов с памятью формы.

После чрескостного внеочагового остеосинтеза аппаратом нашей конструкции сращение отломков в правильном положении с хорошими функциональными результатами достигнуто после 643 ($96,1 \pm 0,76\%$) из 669 операций. С учетом проведенных операций под видеондоскопическим контролем и с использованием робототехники, где для фиксации костных отломков также использовались разработанные нами технологии чрескостного внеочагового остеосинтеза, положительные результаты были достигнуты после 691 ($96,4 \pm 0,9\%$) из 717 операций, что было достоверно выше в сравнении с погружным на костным остеосинтезом титановыми мини-пластинами и фиксаторами из сплавов с памятью формы ($p < 0,05$).

При оценке результатов остеосинтеза наряду с восстановлением анатомической целостности мышечкового отростка учитывалось функциональное состояние ВНЧС, а также окклюзии.

Причины отрицательных результатов остеосинтеза, выявленных в сроки от 2 мес. до 12 лет после операции. При чрескостном внеочаговом остеосинтезе частота осложнений, приведших к отрицательным результатам лечения, составила $3,6 \pm 0,7\%$ и была достоверно ниже ($p < 0,05$) в сравнении с погружным на костным остеосинтезом титановыми мини-пластинами ($12,4 \pm 3\%$) и фиксаторами из сплавов с памятью формы ($13,5 \pm 2,1\%$).

Структура осложнений в значительной степени зависит от метода фиксации костных отломков.

Наиболее характерными при на костном остеосинтезе фиксаторами из сплавов с памятью формы были осложнения, связанные с окклюзионными нарушениями, со вторичным смещением отломков, которые составили $58,3\%$ всех осложнений при этом способе остеосинтеза. Наши данные совпадают с результатами исследований других хирургов [11], свидетельствующих о возможности развития таких осложнений. Эти осложнения связаны с нарушением технологии операции, при которой не учитываются биомеханические свойства фиксатора. С целью их предупреждения следует соблюдать медико-технические требования, которые предъявляются к фиксаторам из сплавов с эффектом памяти формы.

При погружном остеосинтезе титановыми мини-пластинами чаще других диагностированы гнойно-воспалительные осложнения, закончившиеся в $46,7\%$ наблюдений отрицательными результатами остеосинтеза, секвестраций кости и нарушениями процессов сращения костных отломков.

У 27 (35%) из 77 чел. в сроке наблюдения от 2 до 11 лет после остеосинтеза были выявлены различные формы дисфункции ВНЧС, которые также достоверно реже встречались в сравнении с погружным остеосинтезом титановыми мини-пластинами и фиксаторами из сплавов с памятью формы ($p < 0,05$).

Следует остановиться еще на одном из частых осложнений, которое связано с оперативным доступом к мышечковому отростку нижней челюсти, повреждением ветвей лицевого нерва. Это осложнение нами было зарегистрировано после 71 ($18,3 \pm 4,2\%$) из 388 операций погружного остеосинтеза конструкциями из титана и сплавов с памятью формы и не было отмечено ни в одном наблюдении при чрескостном внеочаговом остеосинтезе по разработанным нами методикам.

Важным преимуществом наших технологий является и отсутствие послеоперационного рубца. Удаление металлических спиц после сращения костных отломков представляет простую амбулаторную манипуляцию.

Довольно сложную, подчас не менее травматичную операцию, чем проведение остеосинтеза, представляет удаление фиксатора, которое нами было выполнено у 121 ($31,2\%$) из 388 больных, подвергнутых погружному остеосинтезу. Особые сложности возникают при удалении титановых мини-пластин из-за развальцовывания головок титановых мини-винтов. Такая операция оставляет дополнительные рубцы и также чревата повреждением ветвей лицевого нерва.

Клинические наблюдения показали, что разработанные нами технологии чрескостного внеочагового остеосинтеза показаны при односторонних и двусторонних переломах в мышечковых отростках в области основания и шейки без смещения и со смещением отломков. При необходимости, разработанными аппаратами, наряду со стабильной фиксацией костных отломков мышечковых отростков, одномоментно обеспечивается прочная фиксация костных отломков при переломах в области угла и тела нижней челюсти. Малая травматичность предложенных нами методов делает их методом выбора при тяжелых сочетанных повреждениях костей скелета и костей лица.

В последние годы с целью снижения травматичности операций, обеспечения хороших эстетических результатов все большее внимание уделяется разработке технологий остеосинтеза переломов мышечковых отростков под эндоскопическим контролем. Мы успешно использовали остеосинтез переломов мышечкового отростка нижней челюсти под эндоскопическим контролем у 31 пострадавшего.

Другим перспективным направлением современной травматологии является разработка робототехники, обеспечивающей надежную репозицию костных отломков при повреждениях опорно-двигательного аппарата, в частности лицевого скелета. Разработанная нами роботизированная система для одномоментной репозиции костей скелета с дистанционным управлением была апробирована при хирургическом лечении 17 пострадавших с переломами мышечковых отростков нижней челюсти.

Визуальный контроль процесса репозиции отломков позволяет с максимальной точностью и быстротой восстановить анатомическую целостность мышечкового отростка нижней челюсти. В послеоперационном периоде рентгенологически у всех 17 чел. выявлено оптимальное

сопоставление костных отломков, что облегчило быстрое их сращение с полноценным восстановлением окклюзии и функции ВНЧС.

Следует отметить, что при лечении переломов мышечковых отростков основное внимание уделяется репозиции и стабильной фиксации костных отломков и практически не учитываются повреждения мягкотканых структур, среди которых преобладают контузии ВНЧС, сопровождающиеся гемартрозом. Разработка новых эффективных технологий, обеспечивающих профилактику осложнений как при лечении внутрисуставных переломов, так и повреждений мягкотканых структур сустава представляется крайне актуальной для клинической практики.

С этой целью нами разработан аппарат для чрескостной фиксации мышечкового отростка нижней челюсти и разгрузки ВНЧС. Клинические наблюдения показали, что фиксирующий узел этого аппарата обеспечивает стабильную чрескостную фиксацию отломков мышечкового отростка, функционально-разгрузочный узел, закрепленный на скуловой кости и дуге, после соединения узлов в единый функциональный аппарат производит разгрузку ВНЧС путем его distraction.

Для оценки эффективности разработанного нами метода функциональной разгрузки ВНЧС при лечении контузии мы провели сравнительную оценку сроков исчезновения симптомов контузии ВНЧС и восстановления жевательной функции у 36 пострадавших с функциональной разгрузкой ВНЧС и у 43 чел. с контузией сустава без функциональной разгрузки.

По проблеме лечения внутрисуставных переломов ВНЧС в настоящее время существуют различные точки зрения. Одни авторы придерживаются активной хирургической тактики, вплоть до удаления поврежденной суставной головки и замены ее костным трансплантатом или протезом, другие предпочитают консервативное, нехирургическое лечение.

При лечении внутрисуставных переломов мы применили новую тактику — функциональную разгрузку ВНЧС. С этой целью функционально-разгрузочный узел предложенного нами аппарата накладывался на скуловую кость, скуловую дугу и ветвь нижней челюсти, с одной стороны, обеспечивалась distraction, разобщение поврежденных костных поверхностей от основания черепа, с другой — сохранялась подвижность в суставе за счет обеспечения движений в функционально-разгрузочном узле. Этот метод был применен у 101 больного, из них у 80 чел. диагностированы свежие переломы головки нижней челюсти, у 21 — застарелые, спустя 15-24 сут после травмы. Функционально-разгрузочный узел демонтировался при свежих переломах через $13,2 \pm 0,1\%$ сут, при застарелых переломах — аппарат для разгрузки и разработки суставов через $21,5 \pm 0,17\%$ сут.

В группе больных со свежими переломами положительные результаты достигнуты у 75 больных ($93,75 \pm 2,7\%$). У 5 чел. имели место осложнения: у 3 чел. диагностирована дисфункция ВНЧС, у 2 развился деформирующий артроз. Из 21 больного с застарелыми переломами осложнение отмечено у одного больного и было связано с развитием деформирующего артроза.

Наши наблюдения показали, что метод функционально-distractionной терапии может быть методом выбора при переломах головки нижней челюсти без смещения и

при невыраженном смещении костных отломков с контактом между раневыми поверхностями. При переломах с вывихом головки нижней челюсти он предупреждает развитие анкилоза, однако не исключает дисфункцию ВНЧС. Метод функционально-distractionной терапии предупреждает развитие анкилоза при застарелых внутрисуставных переломах головки нижней челюсти и может быть успешно использован в этой группе пострадавших. Следует отметить перспективность дальнейших исследований в этом направлении, об этом убедительно свидетельствуют данные ряда ведущих клиник об эффективности использования метода функциональной терапии при лечении анкилозов ВНЧС различной этиологии, в том числе и посттравматических.

Выводы

1. В структуре повреждений мышечковых отростков нижней челюсти переломы по основанию и шейке составили $1206 (91,4 \pm 0,8\%)$, переломы головки — $8,6 \pm 0,8\%$, в том числе без смещения отломков $92 (7 \pm 0,7\%)$, со смещением $947 (71,8 \pm 1,2\%)$, с вывихом головки нижней челюсти — $13,6 \pm 1,2\%$. Переломы головки составили $113 (8,6 \pm 0,8\%)$.

У 1100 чел. ($88,9 \pm 0,3\%$) повреждения мышечковых отростков сочетались с переломами других отделов нижней челюсти, у 96 ($7,6\%$) — с множественными переломами костей лицевого черепа, у 736 ($56,5\%$) — с черепно-мозговой травмой.

Повреждения височно-нижнечелюстного сустава (контузия) диагностировались при переломах угла и тела нижней челюсти в 36 ($14,9 \pm 2,3\%$) случаях, при переломах мышечкового отростка — в 68 ($34 \pm 3,4\%$) и в 26 ($55,3 \pm 7,2\%$) — при переломах головок нижней челюсти. В 12 ($6,1 \pm 1,7\%$) — смещение суставного диска и 11 ($5,6 \pm 1,6\%$) — повреждения связочно-капсулярного аппарата при переломах в области основания и шейки мышечковых отростков и в 21 ($44,7 \pm 11,9\%$) случае — смещение диска и повреждения связочно-капсулярного аппарата при переломах головки.

2. Разработанный нами аппарат для фиксации костных отломков и разгрузки височно-нижнечелюстного сустава позволяет осуществлять одновременно стабильный внеочаговый чрескостный остеосинтез и функционирование ВНЧС на период сращения костных отломков и может быть методом выбора при лечении переломов мышечкового отростка в области головки, шейки и основания, при переломах тела и ветви, сопровождающихся контузией сустава.

3. Применение разработанных технологий чрескостного внеочагового остеосинтеза при повреждениях мышечкового отростка нижней челюсти под эндоскопическим контролем с использованием интратимпанального доступа показано при переломах в области шейки и основания со смещением отломков, при переломах, сопровождающихся вывихом головки нижней челюсти.

4. Предложенная роботизированная система с дистанционным управлением для репозиции отломков при переломах костного скелета обеспечивает оптимальное сопоставление костных отломков, сокращает время операции.

5. Разработанные технологии чрескостного остеосинтеза в сравнении с погружным на костном остеосинтезом титановыми мини-пластинами и устройствами из

сплавов с памятью формы сокращают время проведения операции, уменьшают количество послеоперационных осложнений и исключают необходимость повторных травматичных операций для удаления фиксаторов.

6. Клинико-экономический анализ «затраты — эффективность» показал, что разработанные технологии чрескостного внеочагового остеосинтеза в сравнении с погружным остеосинтезом титановыми мини-пластинами и устройствами из сплавов с памятью формы обеспечивают более высокую клиническую эффективность и менее затратны.

Л и т е р а т у р а

1. Абакаров С.И. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава при патологической стираемости твердых тканей зубов: труды VII Всерос. съезда стоматологов. - М., 2001. - С. 137-138.

2. Абдельгани И.А.А. Хирургическое лечение переломов мышечелкового отростка нижней челюсти новыми методами: III Междунар. мед. конф. студентов и молодых ученых (Украина, 26-28 сентября). - Днепрпетровск, 2002. - С. 255.

3. Альваамлех А.И. Лечение переломов мышечелкового отростка и связанных с ним переломов нижней челюсти // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии: сб. науч. тр. - Харьков, 2003. - Вып. 5. - С. 9-11.

4. Арсенова И.А. Реабилитация больных с дефектами нижней челюсти и патологическими процессами височно-нижнечелюстного сустава: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Иркутск, 2006. - 41 с.

5. Вернадский Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. - М.: Медицина, 1999. - 444 с.

6. Екельт У., Горев В., Зеела В. Результаты оперативного лечения переломов суставного отростка нижней челюсти // Стоматология. - 1981. - №6. - С. 73-74.

7. Зотов В.М. Современные методы лечения и реабилитации больных с множественной и сочетанной травмой челюстно-лицевой области: автореф. дис.... д-ра мед. наук. - Самара, 1997. - 44 с.

8. Соловьев Н.Н., Мелкий В.И. Лечение застарелых переломов мышечелкового отростка нижней челюсти: сб. науч. тр. - Л., 1989. - С. 55-57.

9. Сысолятин П.Г., Ильин А.П. Классификация заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава. - М.: Мед. книга, 2001. - 252 с.

10. Медведев Ю. А. Сочетанные травмы средней зоны лицевого черепа: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Новокузнецк, 1992. - 20 с.

Координаты для связи с авторами: *Бобылев Николай Геннадьевич* — доктор мед. наук, доцент, зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ; *Бобылев Анатолий Геннадьевич* — канд. мед. наук, челюстно-лицевой хирург Городской больницы №2 им. Д.Н. Матвеева, тел.: 8-(4212)-23-21-87; *Бобылев Денис Анатольевич* — ст. лаборант кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ; *Ладнюк Алексей Павлович* — студент 6 курса лечебного факультета ДВГМУ, тел.: 45-15-67; *Абросимов Сергей Александрович* — врач интерн-стоматолог; *Зарицкий Павел Васильевич* — ассистент кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ; *Берикашвили Гурам Темурович* — ассистент кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии ДВГМУ.



УДК 616.311.2 : 616.3] : 378.661.96 (571.62)

Г.И. Оскольский

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Кафедра ортопедической стоматологии была организована в сентябре 1983 г. и прошла период формирования и подбора кадрового потенциала, способного решать не только учебно-методические, но и научные задачи.

С 1997 г. кафедру возглавляет профессор, доктор мед. наук, академик РАЕН Г.И. Оскольский. Кроме него в настоящее время преподавательский состав кафедры представлен 11 сотрудниками, из них 1 доцент, доктор

мед. наук; 2 доцента, кандидаты мед. наук; 2 ассистента, кандидаты мед. наук; 6 ассистентов. Все преподаватели кафедры являются выпускниками ХГМИ, ныне ДВГМУ. Научные исследования проводятся по отраслевой научно-исследовательской программе «Разработка новых методов диагностики, профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний». Исходя из этого определено и основное научное направление кафедры: