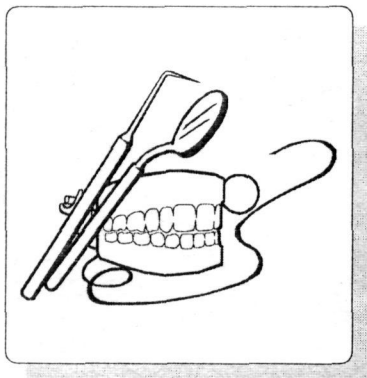




УДК 14.00.21

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

КОМБИНИРОВАННЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ВЫВИХОМ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск*

Среди повреждений мышцелкового отростка на долю переломов головки нижней челюсти, т.е. так называемых внутрисуставных переломов, приходится от 3 до 20%. Такие переломы часто сопровождаются гемартрозом, повреждениями суставного диска, внутрисуставных связок, суставной капсулы. В 9% наблюдений переломы нижней челюсти сопровождаются контузией ВНЧС, переломы мышцелкового отростка по основанию и шейке сочетаются с повреждениями суставного диска и связочно-капсулярного аппарата в 68% наблюдений, а переломы головки нижней челюсти со смещением — в 100% случаев. Эти данные необходимо учитывать при лечении таких повреждений, поскольку известно, что лечение переломов мышцелкового отростка нижней челюсти, особенно внутрисуставных, сопровождается большим количеством осложнений в виде различных внутренних нарушений ВНЧС, деформирующих анкилозов и артрозов. Лечение переломов мышцелковых отростков НЧ сопряжено с определенными трудностями, особенно тогда, когда возникает значительное смещение короткого фрагмента — мышцелкового отростка, сопровождающееся подвывихом или вывихом суставной головки. Переломы с вывихом суставной головки, особенно двусторонние, сопровождаются выраженными анатомо-функциональными изменениями и нередко при консервативном лечении приводят к нарушению прикуса, развитию контрактуры или анкилоза ВНЧС. Достичь восстановления утраченной анатомической формы и функции нижней челюсти при таком характере травмы ортопедическими методами обычно не удается.

Большинство известных способов погружного остеосинтеза переломов мышцелковых отростков нижней челюсти не вполне удовлетворяет хирургов, т.к. при этом в зоне остеосинтеза остается фиксирующий элемент, для извлечения которого требуется дополнительная, достаточно травматичная операция. Следует учитывать, что при осуществлении погружного остеосинтеза наносится значительная травма мягким тканям, окружающим ветвь нижней челюсти, влекущая выраженные нейродистрофические расстройства в зоне перелома, которые отрицательно влияют на процессы репаративной регенерации в костной ткани, замедляя консолидацию фрагментов и удлиняя сроки реабилитации больных.

Резюме

Сообщение посвящено новому способу хирургического лечения переломов мышцелкового отростка нижней челюсти с вывихом суставной головки, который позволяет добиться качественной репозиции смещенных отломков и их надежной фиксации, сокращая сроки лечения.

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

COMBINED SURGICAL METHOD OF THE TREATMENT OF THE LOW JAW CONDYLAR PROCESSUS FRACTURE ACCOMPANIED BY THE HEAD DISLOCATION

Far Eastern State medical University, Khabarovsk

Summary

The article is devoted to a new technique of the surgical treatment of the low jaw condylar processus fracture with TMJ dislocation. This method resulted in effective bone fragments reposition immobilization and a shorter treatment duration.

Все это свидетельствует о целесообразности дальнейшей разработки и совершенствования оперативных методов лечения таких повреждений.

В Хабаровской городской клинической больнице №2 им. Д.Н. Матвеева разработан и в течение трех лет успешно применяется комбинированный способ хирургического лечения переломов мышцелкового отростка нижней челюсти с вывихом суставной головки. Этот способ позволил объединить в себе преимущества погружных и наружных способов остеосинтеза, при этом минимизировав их недостатки. Открытый доступ к мышцелку и ВНЧС позволяет осуществить качественную репозицию отломков с одновременным восстановлением мягкотканых структур височно-нижнечелюстного сустава, а оригинальная фиксация отломков с помощью спиц обеспечивает быструю консолидацию. Способ малотравматичен, он предусматривает сохранение кровоснабжения и трофики МОНЧ и близлежащих мягкотканых структур во избежание грубых нейродистрофических расстройств в зоне перелома. Кроме того, он позволяет

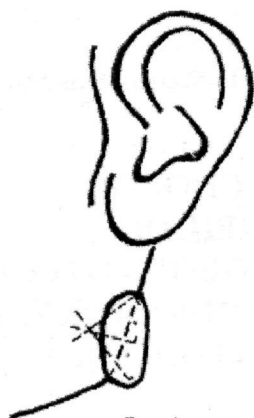


Рис. 1.

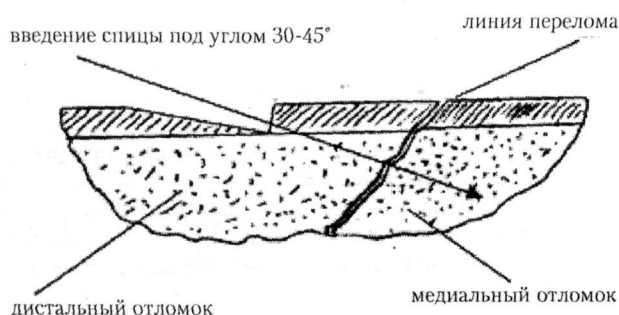


Рис. 2.

осуществить одномоментную репозицию и фиксацию отломков, обеспечить их надежную иммобилизацию, при этом исключив необходимость повторных оперативных вмешательств, что также является несомненным его преимуществом.

Способ заключается в следующем. После местного или общего обезболивания ниже предполагаемого разреза, в области угла нижней челюсти чрезкожно вводятся 3 или 4 спицы Киршнера под углом 50-80° к плоскости кости. На их свободных концах, отступив на 1,5-2,0 см от поверхности кожи, формируем моноблок из самотвердеющей пластмассы. Таким образом, на этом начальном этапе хирургического вмешательства решается задача прочного захвата и отведения большого отломка нижней челюсти книзу для осуществления точной репозиции отломков (рис. 1).

На 0,5-1 см кпереди от козелка уха, от верхнего прикрепления ушной раковины до точки на 0,5-1 см ниже нижнего края наружного слухового прохода, проводится предушной разрез кожи и подкожной клетчатки (рис. 1), тупым путем раздвигается поверхностная фасция, рассекается наружный листок околоушно-жевательной фасции, верхний полюс околоушной жевательной железы отводится книзу. Сосудисто-нервный пучок (n. facialis, a. et v. transversae facies) отводится кверху и кзади, рассекается глубокий листок околоушно-жевательной фасции, распатором отслаивается фасциально-надкостничный лоскут от основания скулового отростка височной кости и шейки суставного отростка для обзора линии перелома.

Медиальный отломок нижней челюсти отводится книзу, после чего репозируется мышцелок с одномоментным вправлением головки в суставную полость. Для восстановления связочно-капсулярного аппарата ВНЧС производится вскрытие капсулы

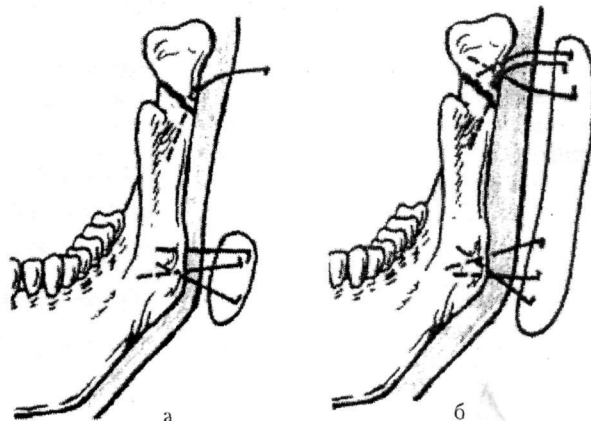


Рис. 3.

сустава горизонтальным разрезом, репозиция оторванного и смещенного суставного диска в правильное положение, освежение его краев в месте отрыва от капсулы. Края суставной капсулы подворачиваются на освеженные края суставного диска и фиксируются П-образными швами, после чего капсула ушивается.

После осуществления репозиции отломков, вправления головки и восстановления связочно-капсулярного аппарата ВНЧС, на малом отломке, на наружной его поверхности по средней линии, выше на 0,5-1,0 см от линии перелома, фиссурным бором наносится направляющая бороздка глубиной 0,2-0,3 см такой конфигурации, чтобы спица без соскальзывания могла войти в отломок под малым углом. Через эту бороздку под углом 30-45° в дистальный отломок вводится спица Киршнера и через линию перелома проводится параллельно заднему краю нижней челюсти в медиальный отломок на 1,5-2 см (рис. 2).

Свободный конец спицы изгибается к заднему (ушному) краю операционной раны таким образом, чтобы после ушивания раны свободный конец спицы не вызывал натяжения мягких тканей (рис. 3 а). Введение спицы на этом этапе операции решает задачу промежуточной фиксации отломков, предотвращающей их смещение при дальнейших операционных манипуляциях на мышцелке и мягкотканых структурах ВНЧС.

Для окончательной фиксации отломков в мышцелок под углом 50-80° к плоскости кости вводятся 2 или 3 спицы Киршнера, наружные их концы так же ориентируются вдоль заднего (ушного) края операционной раны. Рана послойно ушивается, на свободные концы спиц и моноблок в области угла нижней челюсти накладывается моноблок из самотвердеющей пластмассы (рис. 3 б). Спицы удаляются после окончания консолидации на 20-22 сут.

Клинический пример.

Больная А., 24 г., история болезни №195, поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии Хабаровской городской больницы №2 03. 02. 05 г. на 7 сут после бытовой травмы. Клинический диагноз: перелом шейки мышцелкового отростка нижней челюсти слева с вывихом.

Больная получила травму 26.04.05 в г. Якутске, где была оказана медицинская помощь — межчелюстное

шинирование по Тигерштедту, однако смещение отломков не было устранено.

После обследования в нашей клинике 04.02.05 г. был проведен наружный остеосинтез с наложением компрессионно-дистракционного аппарата, однако смещение не было устранено, в связи с чем был проведен остеосинтез по описанной методике. Под общим обезболиванием предущим доступом была обнажена линия перелома и произведена репозиция отломков с вправлением головки в суставную впадину. В малом отломке бором была сделана бороздка, через которую введена спица Киришнера в оба отломка, свободный конец спицы выведен наружу через задний край операционной раны. В малый отломок были введены еще 2 спицы Киришнера, концы спиц выведены через задний край операционной раны наружу. После ушивания мягких тканей концы спиц были зафиксированы в едином моноблоке из самотвердеющей пластмассы вместе со спицами и моноблоком в области угла нижней челюсти, наложена асептическая повязка. После консолидации перелома на 21 сут конструкция была удалена, функция нижней челюсти восстановлена в полном объеме, пациентка в удовлетворительном состоянии выписана из отделения.

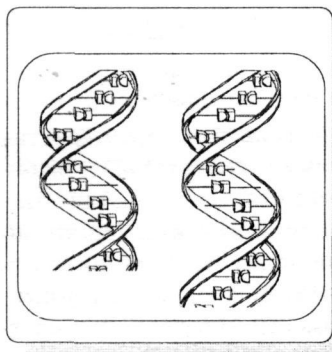
Выводы

1. Предлагаемый способ малотравматичен, обеспечивает сохранность трофики мышелка и близлежащих мягкотканых структур, что благоприятно сказывается на сроках регенерации.
2. Он позволяет добиться качественного восстановления анатомической формы и функции нижней челюсти, обеспечивает надежную иммобилизацию отломков, исключает необходимость повторных опе-

ративных вмешательств для извлечения металлических конструкций.

Л и т е р а т у р а

1. Агапов В.С., Васильев А.Ю. и др. // Институт стоматологии. 2004. №2. С. 30-33.
2. Агапов В.С., Багаутдинова В.И., Розильская О.Н. // Институт стоматологии. 2003. №2. С. 19-23.
3. Гершуни Ю.Д. Хирургическое лечение переломов мышелкового отростка нижней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Киев, 1986. 24 с.
4. Иващенко Н.И. // Военно-медицинский журнал. 1996. №1. С. 38-41.
5. Камалов Р.К. Определение показаний к выбору метода и объема лечения переломов мышелкового отростка нижней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1988. 16 с.
6. Медведев Ю.А., Темерханов Ф.Т., Малков Н.В. // Врожденная патология лицевого скелета. Патология височно-нижнечелюстного сустава: Сб. науч. тр. М., 1989. С. 147-149.
7. Сысолятин П.Г., Арсенова И.А. // Стоматология. 1999. №2. С. 34-39.
8. Сысолятин П.Г., Ильин А.А., Дергалев А.П. Классификация заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава. М.: Мед. книга, НГМА, 2000. 79 с.
9. Хуснутдинов Р.И. Клинико-морфологическое обоснование остеосинтеза переломов нижней челюсти металлическими спицами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Куйбышев, 1972.
10. Черноус Л.А. Хирургическое лечение переломов суставного отростка нижней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1978. 17 с.



УДК 612.015.1 : 616.89 (571.61/62)

И.П. Логинов

ЗНАЧЕНИЕ ФЕНОТИПА АЦЕТИЛИРОВАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МОНГОЛОИДОВ ПРИАМУРЬЯ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Установлено, что предрасположенность к различным болезням связана с фенотипом ацетилирования [5, 14, 15]. Особый интерес в этом плане представляет N-ацетилтрансфераза - фермент, преимуществен-

но локализующийся в ткани печени и слизистой оболочке 12-перстной кишки и разрушающий ряд ксенобиотиков, содержащих аминогруппу. Соотношение медленных и быстрых ацетиляторов значительно ме-