

При гистологическом исследовании материала наблюдали различные фазы воспалительно-регенераторного процесса, причем в 45,5% случаев активность воспалительного процесса носила умеренно выраженный характер. При анализе взаимосвязи степени активности воспаления в паренхиме ПЖ и степени неопластических изменений протокового эпителия достоверной корреляционной зависимости не выявлено. Воспалительная инфильтрация распространялась и в глубь долек, имела характер как очаговый, так и диффузный. Степень активности воспаления характеризовалась выраженностью инфильтрации полиморфно-ядерными лейкоцитами ткани органа, наличием абсцессов (рис. 5). Корреляционный анализ морфологических признаков и некоторых клинических проявлений выявил умеренную прямую взаимосвязь между диспластическими изменениями протокового эпителия ПЖ и длительностью заболевания ($r=0,41$). Умеренная отрицательная взаимосвязь ($r=-0,57$) между степенью протоковых изменений и ЭХО-плотность ПЖ свидетельствуют о снижении ЭХО-плотности на фоне длительно текущего патологического процесса с вероятным развитием диспластических изменений паренхимы ПЖ. Наблюдалась умеренная прямая взаимосвязь ($r=0,45$) между изменениями протокового эпителия и амилаземией, что, возможно, связано с поступлением больных в стационар в фазе выраженного обострения хронического панкреатита.

Заключение

Морфологический анализ представленного материала свидетельствует, что изменения протокового эпителия ПЖ носят мозаичный характер, не зависят от выраженности воспалительного процесса в паренхиме ПЖ, степени выраженности фиброза и длительности заболевания, поэтому изолированная оценка изменений протокового эпителия не информативна, и ее следует оценивать в совокупности с фиброзом, так как перечисленные характеристики весьма неоднородно связаны между собой.

Поступила 10.10.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Маев И. В. Эпидемиологические и молекулярно-генетические аспекты ассоциации хронического панкреатита и рака поджелудочной железы // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. 2005. № 2. С. 12–16.
2. Охлобыстин А. В. Новые данные о патогенезе наследственного панкреатита // Рос. журн. гастроэнт., гепатол., колопрокт. 1999. Т. 9. № 4. С. 18–23.
3. Саркисов Д. С., Саввина Т. В. Патоморфология заболеваний поджелудочной железы // Данилов М. В., Федоров В. Д. Хирургия поджелудочной железы: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. С. 57–97.
4. Хазанов А. И., Васильев А. П., Спесивцев В. Н. с соавт. Хронический панкреатит, его исходы и течение // Рос. журн. гастроэнт., гепатол., колопрокт. 1999. № 4. С. 24–30.
5. Циммерман Я. С. Диагностика и комплексное лечение основных гастроэнтерологических заболеваний. Пермь, 2003. С. 288.
6. Ammann R. W., Heitz P. U., Kloppel G. The «two-hit» pathogenetic concept of chronic pancreatitis // Int. J. Pancreatol. 1999. Vol. 25, № 3. P. 251.
7. Barthet M., Valantin V., Spinosa S., Bernard J. P., Sahel J. Clinical course and morphological features of chronic calcifying pancreatitis associated with pancreas divisum // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 1995. Vol. 7. № 10. P. 993–998.
8. Banks P. A. Pancreatitis. Pl. med. Books. New-York – London. 1979. P. 230.
9. Rocca G., Gaia E., Iuliano R., Caselle M. T., Rocca N., Calcamuggi G., Emanuelli G. Increased incidence of cancer in chronic pancreatitis // J. Clin. Gastroenterol. 1987. Vol. 9. P. 175–179.
10. Tytgat G. N. J., Bruno M. J. Chronic pancreatitis // London: Tines Mirror Internat. Publ. Ltd. 1996. P. 36.

**M. L. ROGAL, N. V. KOROCHANSKAJA,
O. N. PONKINA, I. JU. GRISHINA**

COMPLEX ESTIMATION OF MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE PANCREAS AT THE CHRONIC PANCREATITIS

In article the estimation of morphological changes in a pancreas is given at the complicated chronic pancreatitis. The analysis of the presented material testifies, that changes ductucal epithelium of pancreas have mosaic character, degrees of expressiveness fibrosis and duration of disease do not depend on expressiveness of inflammatory process in pancreas.

Key words: a pancreas, a chronic pancreatitis, morphological changes.

**A. Н. СИДОРЕНКО, Ю. А. ПЕТРОСОВ,
К. Г. СЕФЕРЯН, М. П. КАЛПАКЬЯНЦ**

ЛЕЧЕНИЕ АНКИЛОЗОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Кубанский государственный медицинский университет

Лечение анкилозов височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) проводится в основном путем сложных хирургических операций. Оперативные вмешательства направлены на восстановление подвижной челюсти, функционального состояния зубочелюстной системы, устранение микрогении и деформации в челюстно-лицевой области. Для создания ложного сустава были предложены различные виды операций. С целью избежания рецидива хирурги стали вводить между резецированными фрагментами различные трансплантаты: Г. Т. Митрофанов (1957) применял в качестве межкостной прокладки мышечные лоскуты, жир, фесцию, кожу, А. А. Лимберг (1950) – жир стебельчатого

лоскута; П. Т. Корнев (1914) – широкую фесцию бедра.

В. А. Синицкий (1970) после иссечения костного массива предлагает в образовавшийся костный дефект помещать аутооттрансплантат из ребра с хрящевой поверхностью. Подобной операцией пользовались S. Kennett (1973), А. М. Никандров (1973), А. М. Никандров, В. М. Гнешева (1974), Н. А. Плотикинов (1961, 1968), А. М. Плотикинов, А. М. Ткаченко (1970), В. Г. Мелехов (1976).

Н. Н. Каспарова (1970) при анкилозе ВНЧС у взрослых производила артропластику лиофилизированным гомотрансплантатом. Г. П. Бернадская-Михайлик

(1978) предлагает артропластику с применением склерокорнеальной прокладки. В. Ф. Рудько, Н. Н. Каспарова (1956), Л. О. Варшавский (1952), В. А. Лукьяненко (1965), W. G. Momba (1977), J. Sonnenburg (1978), R. W. Lewin и соавт. (1978) и другие пользовались при операции пластмассовым колпачком, который надевался на резицированный конец ветви челюсти. С. М. Silver (1977) применял колпачок из виталиума.

Несмотря на множество различных способов хирургических операций наблюдались частые рецидивы анкилоза. Так, по А. Э. Рауэру (1934) он составляет 33,3%, М. М. Великановой (1938) – 27,5%, П. М. Медведевой (1953) – 43%, Л. О. Варшавскому (1956) – 27,3%, А. Т. Титовой (1966) – 24,6%, Г. П. Иоаннидис (1969) – 19,2%, Ю. И. Вернадскому (1973) – от 21% до 58,1%. М. Goski (1963) предлагает методику операции для создания ложного сустава без каких-либо интерпанирующих средств. Согласно его методике под наркозом полностью исключают височные мышцы и временно жевательные. Края костных фрагментов сглаживают и формируют после остеотомии. Для предупреждения излишнего образования рубцовой ткани между отломками автор предлагает в первые недели после операции вводить гиалуронидазу и гидрокортизон. Послеоперационное рубцевание происходит при широко открытом рте. Для этого между зубными рядами вставляют распорки, таким образом, псевдоартроз образуется без интерпонирующих материалов. Из 34 больных рецидив, по его данным, наблюдался у 7 человек.

Лечение анкилозов ВНЧС в детском возрасте, согласно литературным данным, ведется в трех направлениях: 1) резекция суставной головки (основное направление); 2) удаление рубцовых тканей из суставных поверхностей; 3) насильственная одномоментная редрессация рубцовых тканей или медленное раскрытие рта различными распорками и аппаратами для механотерапии.

Большинство хирургов являются сторонниками резекции суставных головок (А. А. Лимберг, 1952; В. Ф. Рудько и Н. Н. Каспарова, 1956; В. С. Дмитриева, 1965; Н. Н. Каспарова, 1972; А. Т. Титова и соавт., 1960; Г. П. Иоаннидис, 1974; Baranzan и соавт., 1970; Davis и соавт., 1975; E. L. Moffy, 1974; Freidel и соавт., 1971; Kennet, 1973; Н. С. Schwartz, 1979; J. M. Converse, 1979, и др.). Вышеуказанные авторы считали, что удаление суставной головки приостановит вредное влияние рубцовых сращений на развитие костей лицевого скелета. Кроме того, такое лечение направлено на ликвидацию анкилоза и микрогении. Однако согласно исследованиям Ю. А. Петросова (1996) удаление основных зон роста, находящихся на суставной головке, также приводит к микрогении.

Автор считает, что при фиброзном анкилозе зоны роста не полностью поражаются и сохранившаяся часть, функционируя, будет способствовать росту челюсти. Оперативное удаление зон роста суставной головки вредно, так как может привести к еще большей деформации костей лицевого скелета.

Устранение фиброзного анкилоза путем насильственного разрыва фиброзных сращений в нашей стране впервые описал Г. И. Семенченко (1954). Под проводниковым обезболиванием между зубными рядами вводилось плоское долото, обернутое марлей, и производилось разведение челюстей до тех пор, пока появится возможность введения бокового ротасширителя, и с его помощью насильственно раскрывается рот до 3,5–4 см. Затем между зубными рядами устанавливается распорка из пластмассы на двое суток. Этой методикой с успехом пользовались В. А. Лукьяненко (1956, 1958), Serge (1970). В. А. Лукьяненко производил редрессацию рубцовых спаек с одновременным введением в полость сустава гидрокортизона. А. М. Соколов (1964) рекомендует после разрыва фиброзных спаек при анкилозе вводить в полость сустава гидрокортизон и регенератор и проводить лечебную гимнастику.



Рис. 1. Фото больного Б., 18 лет. Отмечается резкое недоразвитие нижней челюсти



Рис. 2. Внутриротовой пружинящий аппарат: общий вид аппарата

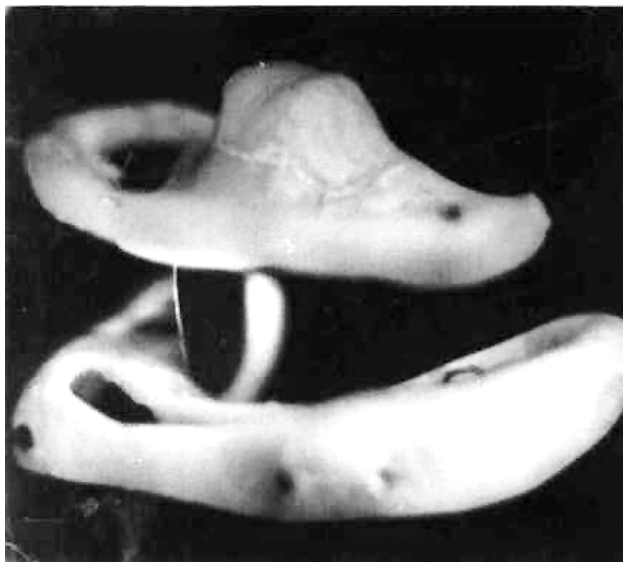


Рис. 3. Зубонаддесневые шины
с наклонной плоскостью:
общий вид аппарата

Г. П. Иоаннидис (1974) считает, что насильственное раскрытие рта можно производить лишь при частичных фиброзных анкилозах, когда прослеживается суставная щель. При полных фиброзных анкилозах и деформации суставной головки следует производить резекцию головки. По мнению Г. П. Иоаннидис, разорванные рубцы вновь быстро срастаются, что приводит к рецидиву.

Наши наблюдения показали, что лечение анкилозов ВНЧС необходимо проводить по показаниям.

При костном анкилозе у детей следует проводить хирургическое лечение. При частичных костных анкилозах, когда рентгенологически имеются отдельные тонкие костные спайки, и при фиброзных анкилозах лечение следует проводить ортопедически.

В тех случаях, когда спайки утолщенные, редрессация спаек может привести к отрыву тонкой костной пластинки суставной впадины, отделяющей сустав от средней черепной ямки, следует проводить хирургическое лечение.

Ортопедическое лечение фиброзных анкилозов ВНЧС

Ортопедическое лечение фиброзных анкилозов ВНЧС в раннем детском возрасте следует проводить по специально разработанной методике. В комплекс лечебных мероприятий должны входить: редрессация фиброзных спаек, активная механотерапия вне- и внутриротовыми аппаратами собственной конструкции, ортодонтическое исправление деформации прикуса, физиотерапевтические процедуры. Больным снимают оттиски с верхней и нижней челюсти специально уплощенными ложками с низкими бортами с помощью альгенантных масс. По оттискам изготавливаются пластмассовые зубонаддесневые шины на обе челюсти со втулками в области жевательных зубов.

Для редрессации фиброзных спаек нами сконструирован аппарат для механотерапии у детей (авторское свидетельство № 501756).

Активная механотерапия проводится в течение 2–3 месяцев ежедневно. Каждый сеанс продолжается 3–5 минут, до появления усталости в суставе. В день



Рис. 4. Аппарат для ортопедического
лечения двусторонней микрогении

проводится 3–4 сеанса. Перед каждым сеансом механотерапии назначается парафинотерапия.

После сеансов механотерапии степень открывания рта увеличивается. За ночь открывание рта заметно уменьшается, доходя почти до первоначального состояния.

С целью сохранения достигнутой после механотерапии величины открывания рта больным на ночь следует накладывать внутриротовой пружинящий аппарат нашей конструкции.

Он состоит из тех же зубонаддесневых шин на верхнюю и нижнюю челюсти, соединенных на уровне моляров съемными пружинами в виде английской булавки, концы которых входят в трубки, вваренные в пластмассу с вестибулярной стороны шин. Пружины изготавливаются из пружинящей стальной проволоки диаметром 0,8–1,0–1,2 мм. Пружины можно активировать в вертикальном и горизонтальном направлениях, что обеспечивает не только открывание рта, но и выдвижение нижней челюсти.

В первые две недели лечения открывание рта увеличивается приблизительно на 1,5 см, нижняя челюсть производит лишь вертикальные движения. После сеанса механотерапии или снятия аппарата нижняя челюсть не сразу приходит в исходное положение. Закрывание рта происходит медленно, ступенчатообразными движениями. Со временем, через месяц-полтора, смыкание челюстей осуществляется свободно, плавно. При достижении раскрытия рта до 2 см и более появляются трансверзальные движения. С данного момента кроме аппаратного лечения ребенку необходимо назначать комплекс миогимнастических упражнений. В число упражнений должен входить сдвиг нижней челюсти в здоровую сторону при открывании рта путем надавливания ладонью руки на тело челюсти и подбородок. При достаточной степени открывания рта устраняется деформация прикуса зубонаддесневыми шинами с наклонной плоскостью (рис. 3). В зависимости от вида деформации прикуса применяют необходимые для исправления ортопедические аппараты.

При двусторонних анкилозах ВНЧС у детей нижняя челюсть заметно отстает в росте, т. е. возникает двусторонняя микрогения, ограничение открывания рта (рис. 1).

После достижения стойкого самостоятельного открывания рта в пределах 30—35 мм по вышеописанной методике следует применять предложенный нами аппарат для механотерапии и вытяжения нижней челюсти в сагиттальном направлении.

Аппарат состоит из пластмассовой шапочки, в лобной части которой с помощью вваренной в пластмассу металлической скобы с фиксатором укрепляется один конец плоской пружины. На обе челюсти изготавливаются зубонаддесневые шины и т. д. К верхней шине во фронтальном отделе перпендикулярно щечной поверхности вваривается металлический стержень, а к нижней шине с оральной стороны с помощью самотвердеющей пластмассы прикрепляется один конец прижимающего устройства аппарата. К другому концу этого устройства фиксируется подчелюстной фиксатор из пластмассы. Прижимающее устройство в центре имеет регулирующее колесо, а впереди заканчивается стержнем с резьбой и гайкой для фиксации дистального конца плоской пружины. Принцип действия аппарата заключается в следующем: плоская пружина, зафиксированная головкой к шапочке, одним концом в центре упирается в горизонтальный стержень верхней зубодесневой шины, изгибаясь, крепится гайкой к прижимающему устройству. Стремясь принять первоначальное положение, пружина, выпрямляясь, оказывает давление через горизонтальный стержень на верхнюю челюсть и одновременно вытягивает нижнюю челюсть в сагиттальном направлении.

После выписки из стационара родителям ребенка следует дать инструктаж о необходимости проведения механотерапии и специального комплекса миогимнастических упражнений.

Ранний детский возраст больных, хорошая податливость рубцовых тяжей к растяжению и разрыву, наличие узкой суставной щели на всем протяжении ВНЧС, важность сохранения основной ростковой зоны ветви нижней челюсти (субхондральной зоны головки), желание, стремление к лечению и вера родных в излечение ребенка бескровным путем способствовали разработке ортопедических методов восстановления функции ВНЧС и предотвращения стойких челюстно-лицевых деформаций.

Способ ортопедического лечения фиброзных анкилозов ВНЧС в раннем детском возрасте заключается в разрыве спаек и отведении суставных головок от суставных ямок с целью создания постоянного диастаза между сочленовыми поверхностями; постепенном увеличении экскурсий суставных головок пружинящими аппаратами; функциональном формировании и шлифовании деформированной головки; образовании замыкающей пластинки по всему краю суставной головки и впадины.

Больной В., 6 лет, диагноз «двусторонний фиброзный и частично костный анкилоз ВНЧС», проведено хирургическое лечение (остеотомия нижней челюсти с двух сторон) с созданием ложного сустава.

В возрасте 18 лет отмечены резкая двусторонняя микрогения, резкая деформация лица, известная в литературе как «птичье лицо» (рис. 1). Несмотря на имеющиеся рецидивы в отдаленные сроки после лечения сохранившаяся ростковая зона в мышечках сохраняет рост челюсти, микрогения при ортопедичес-

ком лечении бывает не столь резко выражена, как после хирургического лечения.

В заключение следует отметить, что лечение фиброзных анкилозов ВНЧС у детей раннего возраста следует начинать с применения ортопедических аппаратов в комплексе с физиотерапевтическими мероприятиями и лечебной физкультурой. При неэффективности в лечении следует прибегать к оперативным вмешательствам. Достигнутые результаты механотерапии необходимо поддерживать во время ночного сна с помощью пружинящих аппаратов, одновременно устраняющих деформацию прикуса и предотвращающих вторичную деформацию верхней челюсти. Дети с анкилозами ВНЧС во всех случаях, в том числе и при положительных результатах лечения, требуют длительного диспансерного наблюдения, до окончания формирования лицевого скелета.

Получила 04.10.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Бережнов В. В., Мурашкин Н. И. Отдаленные результаты хирургического лечения анкилозов височно-нижнечелюстного сустава у детей // Организация стоматологической помощи детям: Тезисы докл. Куйбышев, 1977. С. 45–47.
2. Бернандская-Михайлик Г. П. Устранение анкилоза височно-нижнечелюстного сустава и микрогении с использованием склерокорнимальной оболочки и аутогенного венозного оттока // Стоматология. 1978. Т. 57, № 6. С. 38–42.
3. Петросов Ю. А., Калпакьянц О. Ю., Сеферян Н. Ю. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Краснодар, 1996. 325 с.
4. Deffez J. P., Ferkadji L., Brethaux A. J., Chauve J., Gross D., Julhes L., Hazen M., Themar P. Occurrence of post-traumatic temporomandibular ankylosis. Trial of classification of anatomic-pathologic lesions // Rev Stomatol Chir Maxillofac. 1992. Vol. 93, № 4. P. 231–235.
5. Lei Z. Auricular cartilage graft interposition after temporomandibular joint ankylosis surgery in children // J. Oral Maxillofac Surg. 2002. Vol. 60, № 9. P. 985–987.
6. Munenaga Y., Ohno G., Mitsui K., Sakamoto T., Yoshiga K., Takada K. Case of temporomandibular joint ankylosis in childhood. Treatment and follow-up for 12 years // Nihon Ago Kansetsu Gakkai Zasshi. 1989. Vol. 1, № 1. P. 190–194.
7. Qudah M. A., Qudeimat M. A., Al-Maaita J. Treatment of TMJ ankylosis in Jordanian children – a comparison of two surgical techniques // J. Craniomaxillofac Surg. 2005. Vol. 33, № 1. P. 30–36.
8. Tanrikulu R., Erol B., Gorgun B., Soker M. The contribution to success of various methods of treatment of temporomandibular joint ankylosis (a statistical study containing 24 cases) // Turk J Pediatr. 2005. Vol. 47, № 3. P. 261–265.
9. Vasconcelos B. C., Bessa-Nogueira R. V., Cypriano R. V. Treatment of temporomandibular joint ankylosis by gap arthroplasty // Med Oral Patol Cir Bucal. 2006. Vol. 11, № 1. P. 66–69.

**A. N. SIDORENKO, Y. A. PETROSOV,
K. G. SEFERYAN, M. P. KALPAKYANTS**

TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT ANKYLOSIS

The data of long standing observation of children and adolescents having fibrous ankylosis of temporomandibular joint are given in the article. Orthopedic apparatuses aimed at stretching and breaking of fibrous adhesions have been developed. The methods of integrated treatment using various orthopedic apparatuses are described in detail (intraoral flexing apparatus, the apparatus with a sloping plane, etc). The advantage offered method in comparison with the surgical one is preserving of the growth zone of the joint head, regulating growth and jaw development and prevention of tooth-jaw system deformation. Keywords: ankylosis, microgenia, treatment ankylosis.