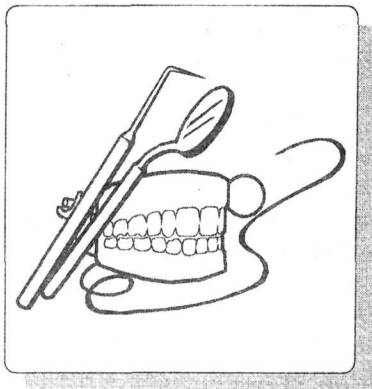




УДК 14.00.21

Н.Г. Бобылев, С.П. Сысолятин, А.Г. Бобылев, Ф.И. Тарасова,
К.А. Росляков, Ю.В. Маслова, М.М. Олейникова

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОД ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Внедрение новых технологий в современную хирургию качественно изменило ее и подняло на совершенно иной уровень, по сравнению с традиционной. Если раньше широкий доступ и свобода манипуляций при оперативном вмешательстве доминировали в тактике хирурга, то в настоящее время является неоспоримым то, что степень травматизации должна быть сведена к минимуму, и это положение является стратегическим в современной хирургии [1, 3, 4, 8, 12, 15]. Среди технических инноваций особый интерес вызывает эндоскопическая техника, которая предоставила возможность осматривать внутренние органы и ткани человека через естественные пути к ним либо через проколы или мини-разрезы.

Внедрение эндоскопических технологий не только дало возможность усовершенствовать известные оперативные методики, но также позволило пересмотреть сами хирургические основы и внедрить принципиально новые методы точечного воздействия, с учетом физиологических механизмов, в результате чего качество лечения перешло на совершенно иной уровень. Немаловажна и эстетичность эндохирургии, исключившей кожные разрезы [1, 4, 5, 8, 10, 15].

Проблема диагностики переломов мышелкового отростка нижней челюсти имеет две составляющие: вне- и внутрисуставные переломы. Диагностика внесуставных переломов не представляет особой сложности, рентгенография нижней челюсти в двух проекциях дает достаточное представление о локализации перелома, его плоскости, направлении и величине смещения отломков и других нюансах.

Существенно сложнее обстоит дело с внутрисуставными переломами и переломами мышелкового отростка нижней челюсти с вывихом головки в подвисочную ямку. Сложность задачи заключается в необходимости исследования не только костной структуры, но и связочно-капсулярного аппарата, суставного диска [1, 8, 9, 15]. До недавнего времени безальтернативным методом исследования оставался рентгенологический, однако связочно-капсулярный аппарат был недоступен для визуализации. Реальный прогресс был достигнут лишь с появлением компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Первая вывела на новый уровень диагностику состояния костных элементов, вторая — мягкотканых. В первую очередь оба метода полностью решили проблему проекционных искажений и наложения (суперпозиции)

Резюме

Сообщение посвящено возможностям практического применения эндоскопической техники в челюстно-лицевой хирургии, а также новым методикам диагностических и лечебных эндохирургических вмешательств на мышелковом отростке нижней челюсти.

N.G. Bobilev, S.N. Sysolatin, A.G. Bobilev,
F.L. Tarasova, K.A. Rosliakov, U.V. Maskova,
M.M. Olennikova

NEW METHOD OF THE LOWER JAW CONDYLARIS PROCESSUS FRACTURE USING ENDOSCOPIC TECHNIC

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

This article is about the practical use of endoscopic techniques in maxilla-facial surgery, and new methods of diagnostics and endosurgical operations on processus condylaris of the lower jaw.

суставных элементов. Во-вторых, улучшилось качество изображения суставных структур [1].

Самой важной и сложной проблемой в лечении переломов мышелкового отростка нижней челюсти является лечение переломов МОНЧ с вывихом головки в подвисочную ямку. На нашей кафедре был разработан и внедрен новый способ лечения этой сложной травмы.

Остеосинтез выполняется внутриворотным доступом под видеоэндоскопическим контролем по следующей методике. Производится разрез слизистой оболочки — 3-4 см в вертикальном направлении вдоль переднего края восходящей ветви нижней челюсти. Рассекаются: слизистая оболочка, подслизистый слой, жировая ткань, щечная мышца, которая отсекается распатором от места ее прикрепления в области гребешка и наружного края ретромолярной ямки. В нижнем отделе височного гребешка отслаивается мышечное прикрепление верхнего сжимателя глотки.

После гемостаза края операционной раны разводятся крючками Фарабефа у основания венечного отростка от переднего края до вырезки с обеих сторон, распатором отсекаются сухожильные волокна височной мышцы. При помощи микромотора твердо-

сплавным бором производится плоскостная остеотомия у основания венечного отростка с целью последующей фиксации отростка спицами Киршнера. После отсечения венечного отростка и фиксации его лигатурой за сухожилие височной мышцы, он отводится кверху, тем самым открывается возможность широкого оперативного доступа к мышечковому отростку нижней челюсти. В глубину операционной раны вводится эндоскоп для лучшего обзора и определения положения, наклона, смещения мышечкового отростка. После тщательной ревизии и гемостаза осуществляется репозиция головки мышечкового отростка под контролем эндоскопической техники.

Когда головка репонирована и отломки установлены в правильное анатомическое положение, для более прочного удержания головки нижней челюсти в суставной ямке возможно осуществление дополнительной фиксации посредством введения спицы Киршнера чрескожно, пройдя основание скулового отростка височной кости и головку мышечкового отростка нижней челюсти по методике А. Holmlund. После этого в каждый отломок чрескожно вводится по 3 спицы Киршнера под углом от 30 до 130° друг к другу и к плоскости кости. Свободные концы спиц фиксируются моноблоком из быстротвердеющей пластмассы. Затем при помощи лигатуры выводится в операционную рану венечный отросток, устанавливается в анатомически правильном положении, и через оба отломка проводятся чрескожно две спицы Киршнера, снаружи они фиксируются быстротвердеющей пластмассой к основному моноблоку. Все манипуляции в ране проводятся под видеоэндоскопическим контролем. После проведения гемостаза рана ушивается послойно. Затем, если вводилась спица, фиксирующая головку мышечкового отростка в суставной ямке, она удаляется.

Клинический пример.

Больная П., 26 лет, история болезни № 165, поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии Хабаровской горбольницы №2 27.01.06 г. через 4 ч после бытовой травмы. Клинический диагноз: перелом мышечкового отростка нижней челюсти слева со смещением головки в подвисочную ямку. После обследования больной 31.01.06 г. был осуществлен остеосинтез под видеоэндоскопическим контролем по вышеописанной методике. Мышечковый отросток был репонирован и фиксирован чрескожно спицами Киршнера, наружные концы спиц были зафиксированы в едином моноблоке из самотвердеющей пластмассы, наложена асепти-

ческая повязка. В течение всего реабилитационного периода пациентка чувствовала себя удовлетворительно. После консолидации перелома на 21 сут моноблок и спицы были удалены, функция нижней челюсти восстановлена в полном объеме, пациентка в удовлетворительном состоянии выписана из отделения.

В заключение следует сказать, что эндоскопические технологии могут существенно продвинуть проблему операционной визуализации, исключить необходимость прямого зрения на операционное поле, а следовательно, избавиться от широких разрезов, доступов под прямым или близким к нему углом и т.д. Открылась реальная возможность пользоваться всеми естественными полостями, щадить интактные структуры, лежащие на пути к пораженным, сохранять действующие физиологические механизмы.

Л и т е р а т у р а

1. Сысолятин П.Г., Сысолятин С.П. Эндоскопические технологии в челюстно-лицевой хирургии. М., 2005. С. 6-93.
2. Abd-VI-Salam И., Kryshchalskyj B., Wemberg S. // Int. J. Oral Maxillofac Surg. 2003. Vol 32, Suppl. 1. P. 51.
3. Lo J., Cheung L.K. // J. Cranio-Maxillofac Surg. 2002. Vol 30, Suppl. 1. P. 140.
4. Eleftheriadis // Int. J. Oral Maxillofacial Surg. 2003. Vol 32, Suppl. 2. P. 3.
5. Eppley B.L. // J. Cranio-Maxillofac. Surg. 2002. Vol 30, Suppl. 1. P. 307.
6. Fusetti S., Beccazi A., Emanuelle et al // J Cranio-maxillofac Surg. 2002. Vol 30, Suppl. 1. P. 14.
7. Hamada Y., Kondoh T., Ata H. et al. // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2003. Vol 32, Suppl 1. P. 89.
8. Holmlund A., Helsing G. // Int. J. Oral Maxillofac Surg. 1985. Vol 14, P. 169.
9. Leibur E., Muursepp P., Tamme T. et al. // Int. J. Oral Maxillofac Surg. 2003. Vol 32, Suppl 1. P. 53.
10. Schon R., Gutwald R., Gellrich N.C. et al // J. Cranio-Maxillofac Surg. 2002. Vol 30, Suppl 1. P. 312.
11. Schon R., Gutwald R., Schramm A. et al. // J. Cranio-Maxillofac Surg. 2002. Vol.30, Suppl. 1. P.96.
12. Schon R., Gutwald R., Schramm A. et al. // Mund Kiefer. Gesichts Chir. 2002. №6. S.236-240.
13. Segami N. // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2003. Vol.32, Suppl.2. P. 9.
14. Viktoraitis S., Aotrasukas T. // J. Cranio-Maxillofac. Surg. 2002. Vol.30, Suppl. 1. P. 125.
15. Ziegler C.M., Haag C., Muhling J. // J. Cranio-Maxillofac. Surg. 2002. Vol.30, Suppl. 1. P. 48.

