



ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКИХ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ.

Медведев Ю.А., Сергеев Ю.Н., Бедирханлы Н.С., Хоанг Т. А.

Московская Медицинская Академия им. И.М.Сеченова, кафедра госпитальной хирургической стоматологии, г. Москва.

Аннотация: Среди травматических неогнестрельных переломов челюстно-лицевой области, несомненно первое место занимают переломы нижней челюсти. Нами проведено обследование 32 пациентов с высокими переломами мышцелкового отростка (ВПМО) нижней челюсти, находящихся на стационарном лечении в клинике челюстно-лицевой хирургии ММА им И.М. Сеченова. Анализ проведенных данных показал высокую эффективность оперативного лечения при вышеуказанной травме. Использование современных методов фиксации, в виде наkostных титановых мини и микро пластин и скоб из никелида - титана с эффектом памяти формы подняли на новый уровень качество оперативного лечения, улучшили систему реабилитацию больных, позволили начать раннюю социально активную жизнь.

В мирное время причинами переломов челюстей чаще всего являются удары и ушибы полученные при падениях и драках, сдавлении тяжелыми предметами (производственные и транспортные травмы). Особую группу среди них по особенностям своего клинического течения, диагностики и лечению занимают ВПМО нижней челюсти. По статистическим данным переломы мышцелкового отростка составляют 23.27% -36.3% (1,2,4,7). Частота ВПМО среди всех переломов нижней челюсти составляет от 3% до 14 %, а среди всех переломов мышцелкового отростка доля ВПМО нижней челюсти по данным разных авторов варьирует от 17.1% (3) до 29 % (5). При этом неогнестрельные высокие переломы мышцелковых отростков (ВПМО), включающие в себя внутрисуставные переломы, оскольчатые переломы и вывихи нижнечелюстной головки в большинстве случаев являются не прямыми, а отраженными вследствие травмы подбородка. Именно ВПМО являются наиболее частой причиной сложного комплекса патологических изменений во всех тканях ВНЧС, приводящий к осложнениям и тяжелым нарушениям его функций от нарушений прикуса и дисфункции сустава до образования деформирующего артроза или анкилоза, и как следствие понижение качества жизни пациента (1, 6). Лечение больных с данной патологией представляет определенные сложности и до настоящего времени не получило достойного разрешения. Причем консервативно-ортопедические методы при ВПМО, по мнению большинства хирургов, мало эффективны и приводят к указанным выше осложнениям. Чаще всего используются оперативные методы лечения. В большинстве наблюдений хирурги прибегали к репозиции отломков и остеосинтезу наkostными пластинами из металла, металлическими спицами и штифтами, шву кости проволокой. В редких случаях при ВПМО, особенно с вывихом нижнечелюстной головки, вместо реплантации мышцелкового отростка производили кондилэктомию, приводящую к тяжелым нарушениям функции височно-нижнечелюстного сустава. Это побуждает искать новые методы хирургического лечения больных с ВПМО нижней челюсти.

Цель исследования: Провести анализ и повысить качество диагностики, хирургического лечения и реабилитации больных с ВПМО нижней челюсти с медиальным вывихом суставной головки и смещением костных фрагментов, на основе использования усовершенствованных доступов к ВНЧС, способов металлоостеосинтеза и применения фиксаторов из титана и никелида-титана с эффектом памяти формы. В работе обоснованы показания и наиболее рациональные способы хирургического лечения ВПМО нижней челюсти.





Материалы и методы исследования: В клинике челюстно-лицевой хирургии Московской медицинской Академии им. И.М.Сеченова (г. Москва, Россия) за период с 2003 по 2009 год нами проведено обследование 32 пациентов (женщин 9 (28%) , мужчин 23(72%)) в возрасте от 18 до 59 лет с ВПМО нижней челюсти. До операции, при внекапсулярных переломах в пределах шейки и средней части мыщелкового отростка с вывихом нижней челюстной головки, проводили обычное рентгенографическое обследование: ортопантограммы, рентгенография черепа в прямой проекции, томограммы ВНЧС. При высоких внутрикапсулярных, включая оскольчатые переломы помимо этих исследований обязательным было проведение компьютерной томографии нижней челюсти с ВНЧС и височной кости со скуловым отростком. При указанных высоких переломах мыщелковых отростков с одной или двух сторон нижней челюсти в 31 случаях проводили операции реплантации мыщелковых отростков с субкондиллярной остеотомией ветви нижней челюсти и металлоостеосинтезом различными фиксаторами. В качестве оперативного подхода использовали поднижнечелюстной и зачелюстной доступ, в одном случае в сочетании с предушным. Методы фиксации у 19 (61.3 %) пациентов проведены с титановыми мини пластинами, у 7 (22.6%) пациентов скобами из никелида-титана с памятью формы, что позволяло проводить в этих наблюдениях не только фиксацию, но и компрессию отломков и фрагментов. У 5 пациентов (16.1%) остеосинтез проведен в сочетании шва кости проволокой и титановой мини пластины (в одном случае использовали спицу Киршнера и шов кости проволокой (по Малышеву)). Кроме того имел место один клинический случай реплантации суставной головки, без субкондиллярной остеотомии с фиксацией титановой мини пластиной с винтами- саморезами. После указанных операций отмечены осложнения у 2-х пациентов. В одном случае отмечена резорбция суставной головки при оскольчатом ВПМО, что потребовало в поздние сроки проведения артропластики ВНЧС титановым имплантатом с суставной головкой. В другом наблюдении после субкондиллярной остеотомии с реплантацией и металлоостеосинтезом скобами из никелид-титана с памятью формы имело место вторичное смещение костных фрагментов, из-за нарушения больным диеты и режима в раннем послеоперационном периоде. Это потребовало проведения в ближайшие сроки повторного металлоостеосинтеза. Отдаленные положительные функциональные результаты наблюдений имелись у всех больных в сроки от 1-и до 6-и лет.

Рис.1. Ортопантомограмма больного Г. до и через 2 года после МОС

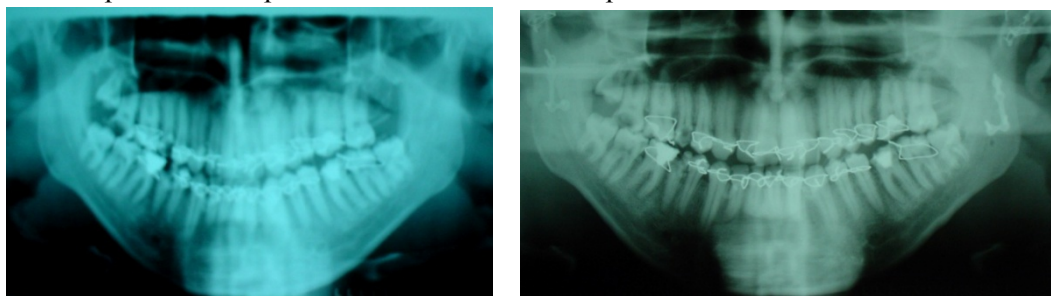


Рис.2. Больной Г. спустя 2 года после оперативного вмешательства.





Клиническое наблюдение 1. Больной Г. 21 лет, поступил в клинику ЧЛХ ММА им. И.М. Сеченова 27.08.07 после автодорожной травмы. При поступлении был выставлен диагноз «Множественный перелом нижней челюсти в области 33-го зуба и мыщелковых отростков справа и слева со смещением. Вывих суставных головок с обеих сторон». При госпитализации были наложены назубные шины. Прикус был фиксирован в привычном для больного положении резиновыми тягами. 06.09.07. больному было произведено оперативное лечение в объеме двусторонней субкондилярной ступенчатой остеотомии нижней челюсти, МОС титановыми микро - и мини пластинами с винтами-саморезами, реплантации суставных головок. Послеоперационный период гладкий. Шины сняты через 5 суток. За время наблюдения не выявлено осложнений, на контрольных рентгенограммах состояние костных фрагментов удовлетворительное, функция нижней челюсти в полном объеме.

Клиническое наблюдение 2. Больной К. 24.11.08. поступил в клинику ЧЛХ ММА И.М. Сеченова с диагнозом «Закрытый двусторонний травматический перелом нижней челюсти в области мыщелковых отростков справа и слева. Вывих суставных головок с обеих сторон» Больному было выполнено оперативное вмешательство в объеме: «Двусторонняя субкондилярная остеотомия нижней челюсти, МОС скобами из никелида-титана и реплантация суставных головок мыщелкового отростка с обеих сторон» Компрессионный остеосинтез скобами из никелида титана, позволил в послеоперационном периоде, обойтись без дополнительной иммобилизации в виде назубных бимаксилярных шин с межчелюстной фиксацией, а также улучшил госпитальный этап реабилитации.

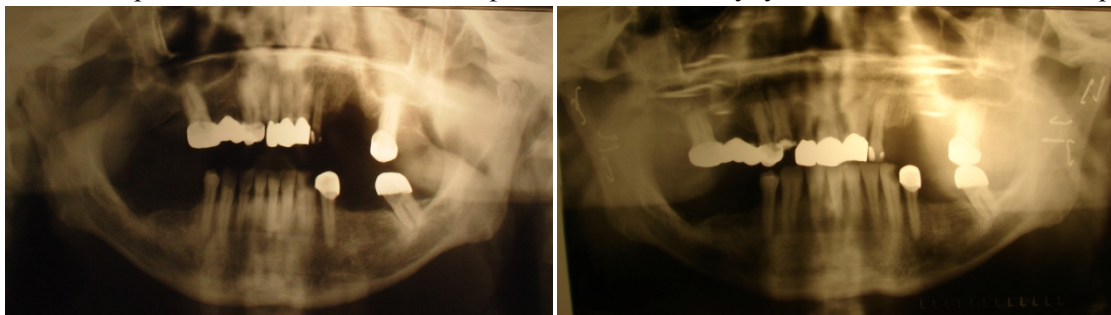


Рис.3 Рентгенография нижней челюсти пациента К. до и спустя 8 месяцев после оперативного вмешательства. Визуализируется удовлетворительное состояние костных фрагментов, функция нижней челюсти в полном объеме.

Заключение: Анализ клинических наблюдений у 32 пациентов в сроки до 6 лет позволяет говорить о хороших и вполне удовлетворительных результатах после проведенного оперативного вмешательства в объеме субкондилярной остеотомии при ВПМО нижней челюсти с МОС и реплантацией мыщелковых отростков и их головок. Современные методы остеосинтеза с использованием титановых на костных микро - и мини пластин различной формы и эластических конструкций из никелид-титана с памятью формы позволяют улучшить реабилитацию больных с ВПМО нижней челюсти, начать раннюю активацию нижней челюсти и обойтись в ряде случаев без дополнительной иммобилизации в виде назубных бимаксилярных шин с межчелюстной фиксацией или значительно сократить время межчелюстной иммобилизации при множественных переломах костей лицевого скелета. Стабильный остеосинтез также позволил снизить среднее пребывание в стационаре в среднем на 5 ± 2 койко дня, что имеет большое значение, учитывая в основном трудоспособный контингент больных. Это не только сокращает сроки полноценной реабилитации в послеоперационном периоде, но и позволяет получать стойкие функциональные и эстетические результаты, а значит и улучшать качество жизни пациентов и в более ранние сроки после травм приступать к активной социальной деятельности.



ЛИТЕРАТУРА

1. Жилонов А.А., Клиника, диагностика и лечение больных с высокими переломами мыщелкового отростка нижней челюсти: Автореф. Дисс....канд. мед. наук.- М 1985.- 25 с
2. Васильев А.В., Козлов В.А., Шаболдо О.П. Новый вид скрепителя для остеосинтеза и реплантации мыщелкового отростка нижней челюсти. // Материалы 5-ой международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб. – 2000. – С.40.
3. Ищенко Н.А., Совершенствование методов хирургического лечения переломов мыщелкового отростка нижней челюсти Автореф. Дисс...докт.мед.наук –Омск 1996, -19 с.
4. Малышев В.А., Кабаков Б.Д. , Переломы челюстей – Санкт-Петербург, Спецлит, 2005- 223с
5. Ким А.Е. Лечение переломов суставного отростка нижней челюсти, Автореф. Дисс... канд. мед. наук. Ташкент 1981, 20 с.
6. Медведев Ю.А., Лечение высоких переломов мыщелкового отростка при множественных повреждениях лицевого скелета. // Врожденная патология лицевого скелета. Патология височно-нижнечелюстного сустава. – Москва 1989, с 147-149
7. Stoll P., Wachter R., Schlotthauer U., Journal of Oral and Maxillofacial Surgery July 2002 • Volume 60 • Number 7 P 784-791.

EXPERIENCE AND PERSPECTIVES IN SURGICAL TREATMENT OF HIGH MANDIBULAR CONDYLE DISLOCATED FRACTURE

Y. A. Medvedev, Y. N. Sergeev, N.S. Bedirchanli, T.A. Hoang

Moscow Medical Academy I.M. Sechenov, Department of hospital surgical stomatology, Moscow, 119992, Trubetskaya street, 8-2, Phone: (499) 248 -38 -55, 8 909 964 3395

Purpose: The purpose of this study was to evaluate the clinical and radiographic outcomes of the different techniques in all patients who underwent surgical treatment during a seven-year period.

Patients and Methods: Thirty two patients with condylar fractures were operated from 2003 to 2009 in the department of maxillofacial surgery, Moscow Medical Academy Sechenov. Replantation of the proximal segment, either alone or in combination with a posterior ramus osteotomy is performed when managing displaced condylar neck fractures. Osteosynthesis has been done with wires (1 patient), Steinmann pin (1 patient), plates and screws (24 patients) and NiTi clips (7 patients). Panorama and computer tomography were taken before the operation and at 1 month and 2 years postoperatively. Follow up from 2 to 8 years.

Results: The clinical outcome was excellent in 30 of 32 patients (93,8%) treated with replantations of the condyle with excellent clinical functions and anatomical bone healing. The complication was resorption of the condylar head with one cases and requires secondary arthroplasty. In one caces, there was malunion after fixation with NiTi clips and require replacement with titanium plates and screws.

Conclusion: Replantation of the proximal segment, either alone or in combination with a posterior ramus osteotomy allows ideal anatomical reduction and fixation. Our good results showed that this is safe and predictable surgical method of treatment when managing displaced condylar neck fractures.

Key words: Mandibular condyle, condylar fracture, condylar replantation, Nikel Titanium.