

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКИХ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МЕТОДОМ РЕПЛАНТАЦИИ И ОСТЕОСИНТЕЗА

А.И. Матвеев, А.А. Левенец, А.А. Чучунов

Красноярская государственная медицинская академия им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов.

Резюме. В работе представлены результаты хирургического лечения больных с высокими внутрисуставными переломами мышцелкового отростка нижней челюсти. Показаны преимущества использования методики Ф.Т. Темерханова при переломах с полным вывихом головки нижней челюсти.

Ключевые слова: нижняя челюсть, переломы мышцелкового отростка, хирургические методы лечения.

По данным отделения челюстно-лицевой хирургии Красноярской краевой больницы, переломы мышцелковых отростков составили 17,6 % от общего количества переломов нижней челюсти, из них изолированные 3,6 %. По данным других авторов, соответственно 15,6 - 19,1% и 2,9 - 6,2%. В различных клиниках используются разнообразные методические подходы к лечению переломов мышцелковых отростков нижней челюсти. Используя накопленный в нашей клинике материал, мы излагаем свою позицию на существующую проблему лечения переломов мышцелковых отростков нижней челюсти. При этом не всегда лечение таких больных возможно осуществлять только ортопедическими методами. Нередко приходится использовать и хирургическую фиксацию сместившихся отломков. Особую сложность при этом представляет хирургическое лечение так называемых высоких переломов мышцелковых отростков. Это, как правило, связано с тем, что при травме происходит вывих головки нижней челюсти из суставной впадины, смещение ее под основание черепа, внутрь и (или) вверх от ветви нижней челюсти, возможны различные варианты ее раздробления, что в целом значительно затрудняет проведение оперативного вмешательства и требует высокой квалификации от хирурга. Отказ же от оперативного вмешательства и использова-

ние только ортопедических методов лечения нередко является причиной развития у больного анкилоза, контрактуры, деформирующего артроза и открытого прикуса[1].

В настоящее время для решения данной проблемы предлагаются различные оперативные методы фиксации отломков нижней челюсти [2]. Предложены различные виды доступов к мышелковому отростку (височно-предушный, височно-внутриушный, подчелюстной, зачелюстной, огибающий угол нижней челюсти)[3]. Однако для их применения в повседневной клинической практике необходимо более четкое обоснование показаний в зависимости от характера, локализации перелома и особенности строения головы, шеи, нижнечелюстной кости.

Цель исследования: обоснование показаний к применению хирургических методов лечения переломов мышелковых отростков нижней челюсти.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов лечения 118 больных с переломами мышелковых отростков нижней челюсти, которые находились на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии ККБ в период с 2004 по июнь 2007 годы (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от пола и вида перелома мышелкового отростка нижней челюсти

Вид перелома мышелкового отростка нижней челюсти	Смещение отломков	Число больных			
		Мужчин		Женщин	
		n	%	n	%
Изолированные	Без	3	3,09	2	2,06
	Со смещением	36	37,12	5	5,15
Двусторонние изолированные	Без	1	1,04	-	
	Со смещением	12	12,37	3	3,09
Сочетающиеся с переломами других отделов нижней челюсти	Без	4	4,12	1	1,03
	Со смещением	41	42,26	10	10,31

Итого		97	100,0	12	12,37
-------	--	----	-------	----	-------

Из 118 107больных с переломами мышцелковых отростков нижней челюсти были пролечены оперативным методом, что составило 90% от общего числа пострадавших. Продолжительность с момента получения травмы до госпитализации больного в стационар составляла от 2 до 64 дней.

У 31 из 118 больных с переломами мышцелковых отростков нижней челюсти были высокие переломы головки нижней челюсти с вывихом, что составило 26,27% от всех больных с переломами мышцелкового отростка и 28,97% от 107 прооперированных больных (табл.2).

Таблица 2

Реплантация и остеосинтез мышцелковых отростков нижней челюсти по Ф.Т. Темерханову

Виды реплантаций	Количество операций*	Осложнения	
		n	%
Односторонняя	23	-	-
Двусторонняя	8	1	3,22
Итого	31	1	3,22

Примечание: оперативный доступ – зачелюстной.

В качестве оперативного доступа к головке или мышцелковому отростку нижней челюсти был использован оригинальный метод, защищённый авторским свидетельством (А.А. Левенец. Способ оперативного доступа к мышцелковому отростку нижней челюсти. АС № 1128926 от 15 августа 1984 г.). Разрез кожи проводится в зачелюстной области между передним краем кивательной мышцы и задним краем ветви нижней челюсти (рис.1 а, 1 б, 1 в). Вверху разрез начинается на уровне верхушки мочки уха (или на 0,5 см ниже её), книзу огибает угол нижней челюсти приблизительно до середины области прикрепления собственной жевательной мышцы. Длина разреза 5-7 см. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, а в нижнем отделе раны и подкожная мышца шеи. Затем рассекается собственная фасция шеи в верхнем отделе раны по переднему краю кивательной мышцы, а внизу – между нижним по-

люсом околоушной слюнной железы (ОСЖ) и поднижнечелюстной слюнной железой (ПНЧСЖ), то есть линия разреза собственной фасции шеи смещена нижним концом кверху и не совпадает с направлением разреза кожи. Расслаиваются ткани окологлоточного отростка, из которого выводится глоточный отросток ОСЖ. Задний край ОСЖ вместе с капсулой отсекается от переднего края жевательной мышцы и ОСЖ отводится крючком кверху и кпереди. В ране хорошо виден задний край ветви, основание мышелкового отростка, верхнечелюстная артерия. Рассекается надкостница по заднему краю ветви в области перелома. Собственно жевательная и медиальная крыловидная мышца не отслаиваются.

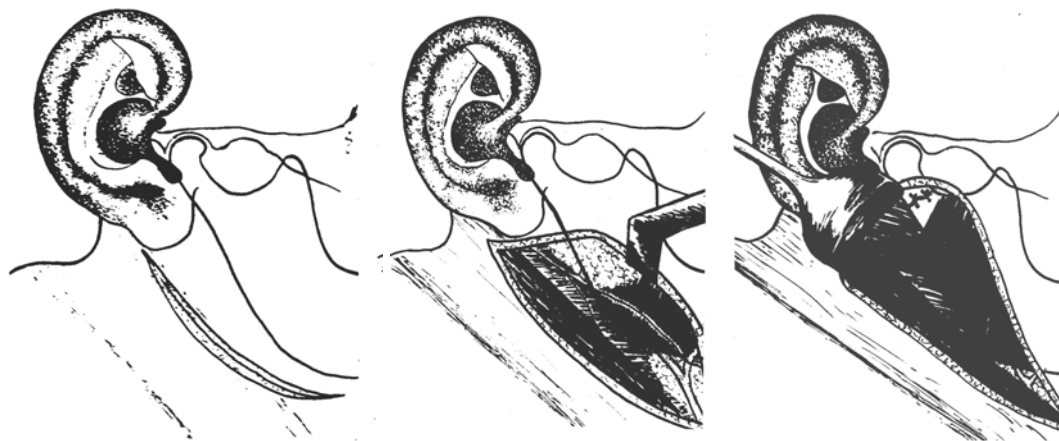


Рис. 1. Схема зачелюстного доступа к мышелковому отростку нижней челюсти: а) линия разреза кожи; б) околоушная железа приподнята кверху и кпереди, видны собственно жевательная мышца и проходящая над ней в области угла челюсти краевая ветвь лицевого нерва; в) в ране видны сопоставленные и зафиксированные проволочными швами отломки.

Переломы мышелковых отростков по высоте подразделяли на низкие (часто сочетающиеся с переломами ветви нижней челюсти), средние, высокие и внутрисуставные. По виду переломы подразделяли на линейные, косые, оскольчатые, с вывихом головки кнутри под основание черепа или наружу.

Результаты и обсуждение

С учетом вышеизложенного планировался метод фиксации отломков нижней челюсти, но окончательное решение принималось после визуального осмотра и оценки перелома. Для оперативного лечения мы использовали зачелюстной доступ (А.А. Левенец, 1989). Для фиксации отломков применяли

костный шов, титановые минипластины, фиксаторы из сплава никелида титана, обладающие термомеханической памятью формы (при низких переломах), спицы и комбинации из выше перечисленных материалов и методов.

При внутрисуставных переломах использовали реплантацию и остеосинтез головки нижней челюсти (рис.2) по Темерханову Ф.Т.(1986).

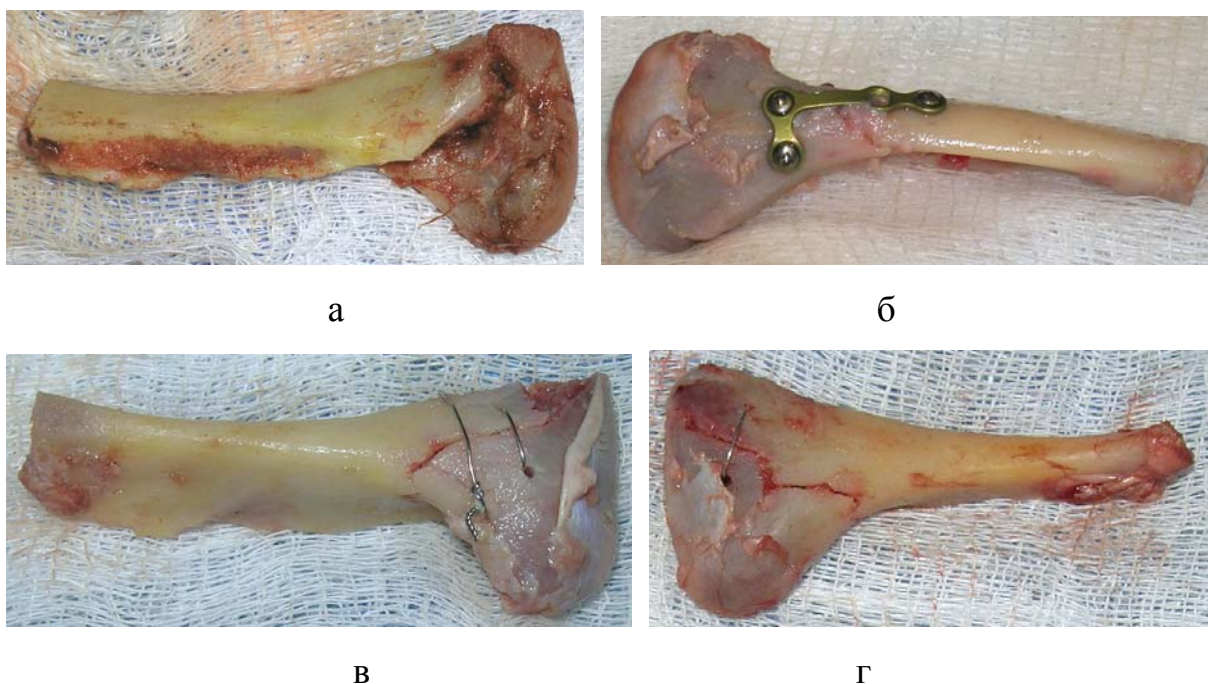


Рис. 2. Реплантаты внутрисуставных переломов головки нижней челюсти (а,в,г), готовые для фиксации к ветви нижней челюсти: для соединения фрагментов головки и ветви использованы винты и минипластины (б), проволочные лигатуры (в, г) .

У 31 больного с реплантацией и остеосинтезом мыщелкового отростка по Ф.Т. Темерханову проведено 37 операций. Для фиксации фрагментов использован проволочный шов кости при 20 операциях, титановые минипластины - при 8 и сочетание этих методов – при 9 (табл.3).

Таблица 3

Методы фиксации мыщелковых отростков нижней челюсти

Виды реплантаций	Структура видов реплантации					
	Шов кости		Минипластины		Комбинированные	
	п	%	п	%	п	%
Односторонняя	17	85,0	3	15,0	4	20,0
Двусторонняя	3	15,0	5	25,0	5	25,0

Всего	20	100,0	8	40,0	9	45,0
-------	----	-------	---	------	---	------

Для фиксации реплантата к основной части ветви нижней челюсти мы пользовались проволоочными швами кости. При этом при зачелюстном доступе сохранялись передние, средние и частично задние волокна жевательной мышцы, что обеспечивало ранние движения и более короткий срок периода реабилитации (рис. 1, 3).

Результаты лечения оценивали как клинически, так и рентгенологически до и после проведенного лечения (рис. 3 а, б, в, г; рис 4 а, б, в, г).

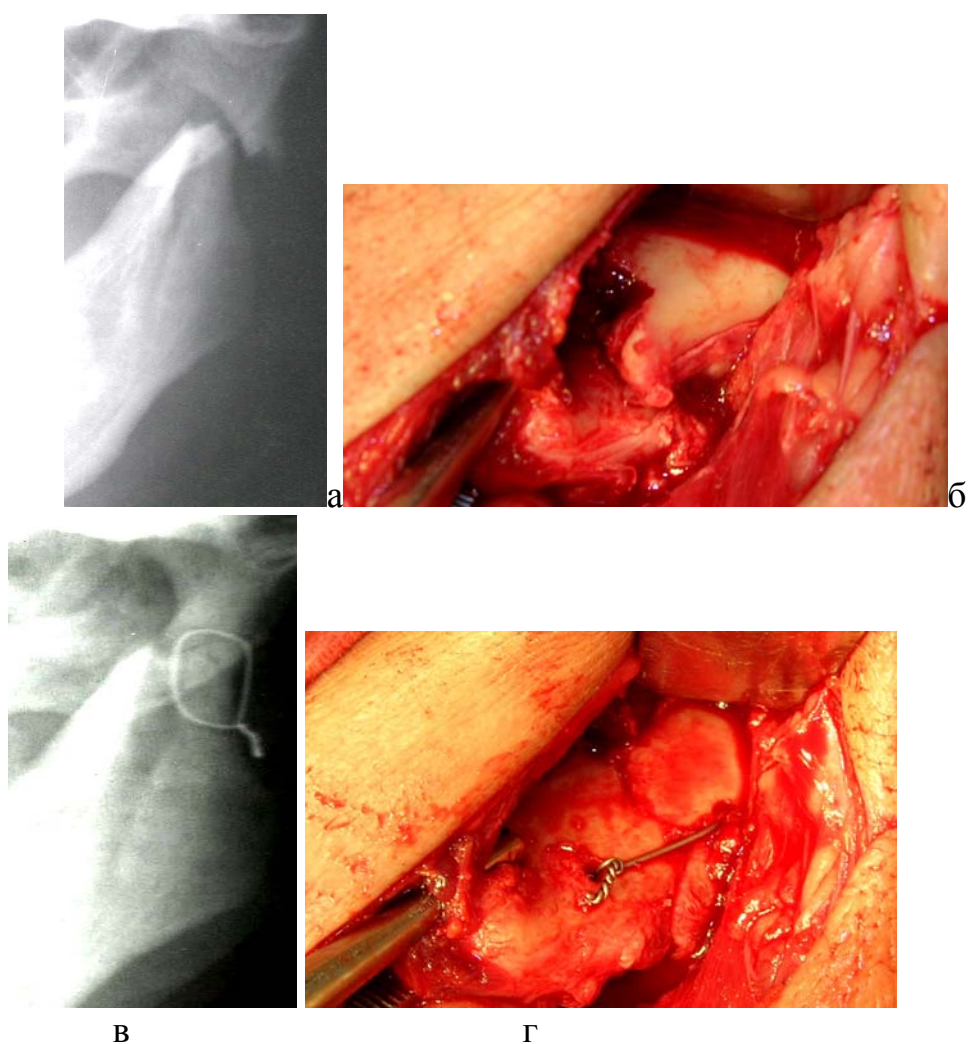


Рис. 3. Рентгенограммы остеосинтеза больной С., 27 лет - перелом правого мыщелкового отростка с фиксацией фрагментов проволокой: а) фрагмент рентгенограммы – перелом основания мыщелкового отростка с неполным вывихом головки нижней челюсти; б) вид операционной раны – смещение отломков с интерпозицией мягких тканей; в) фрагмент рентгенограммы – наложен шов проволокой, головка нижней челюсти вправлена в сустав-

ную впадину; г) вид операционной раны – отломки сопоставлены и зафиксированы.

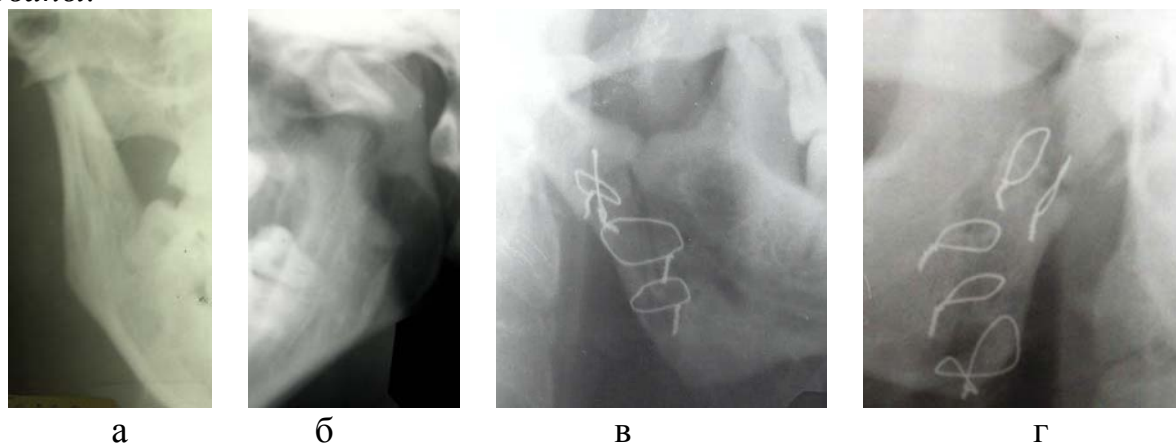


Рис. 4. Рентгенограммы больной К., 25 лет после операции реплантации и остеосинтеза по Ф.Т. Темерханову, операционный доступ - зачелюстной (А.А. Левенец) – по поводу двойного внутрисуставного перелома мыщелковых отростков с полным вывихом головок нижней челюсти;

а, б) фрагменты рентгенограмм правой (а) и левой (б) ветвей нижней челюсти – внутрисуставные переломы мыщелковых отростков с полным вывихом головок нижней челюсти; в, г) фрагменты рентгенограмм правой (в) и левой (г) ветвей нижней челюсти после операции.

Применение данного метода обеспечило высокий уровень реабилитации больных с переломами мыщелковых отростков нижней челюсти при низком количестве осложнений: нагноение в ране без последствий и у одного больного смещение головки левого мыщелкового отростка нижней челюсти, которое произошло в послеоперационном периоде вследствие оротрахеальной интубации. При назотрахеальной интубации, когда мы имели возможность фиксировать прикус резиновыми кольцами до введения реплантата в суставную впадину, такие осложнения более не наблюдались. При повторной операции была достигнута надежная фиксация.

При переломах мыщелковых отростков нижней челюсти со смещением (подвывих, вывих) головки нижней челюсти метод реплантации по Ф.Т. Темерханову, на наш взгляд, является наиболее целесообразным: достигается сопоставление всех фрагментов головки, надёжная их фиксация с восстановлением анатомической формы нижней челюсти.

В целом в сравнении с классическим методом остеосинтеза мышцелковых отростков костным швом, операция реплантации и остеосинтеза по Ф.Т. Темерханову объемнее и травматичнее. Однако достигаемый при ее применении результат более прогнозируемый и более надежный. Сроки реабилитации составляли около четырех недель после проведенного оперативного лечения. При фиксации реплантата к ветви нижней челюсти минипластинами больному разрешалось снимать резиновую тягу на 4-5 сутки, что сокращало сроки реабилитации до двух-трех недель. В сравнении с консервативным периодом лечения он был снижен практически в два раза.

Реплантация головки нижней челюсти по Ф.Т. Темерханову является высоко эффективным методом лечения высоких переломов мышцелкового отростка и головки нижней челюсти. Основными показаниями к данному методу лечения являются высокие переломы со смещением головки внутрь от ветви под основание черепа, при которых невозможно вправление, сопоставление, введение головки в суставную ямку, а также надежная фиксация в условиях операционной раны. Методика реплантации и остеосинтеза по Ф.Т. Темерханову и в настоящее время является неотъемлемой частью современной челюстно-лицевой хирургии.

Таким образом, разработанный метод оперативного доступа к мышцелковому отростку нижней челюсти обладает рядом существенных преимуществ: проходящий по верхней шейной складке послеоперационный рубец эстетичнее; за счёт несовпадения линий разреза кожи и фасции мягкие ткани мобильнее при смещении, расстояние от края раны до линии перелома при данном доступе почти в два раза меньше, чем обеспечивается хороший обзор операционной раны, исключается повреждение верхнечелюстной артерии, сокращается время и упрощается техника операции; краевая ветвь лицевого нерва видна в ране и вместе с мягкими тканями смещается вверх; собственная жевательная и медиальная крыловидная мышцы от ветви не отслаиваются ввиду хорошего обзора операционной раны.

THE EXPERIENCE OF TREATMENT OF LOWER JAW OF HIGH FRACTURES OF CONDYLAR PROCESSES OF MANDIBLE BY RE-PLANTATION AND OSTEOSYTHESIS METHOD OF F.T. TEMERHANOV

Krasnoyarsk state medical academy named in honour of V.F. Vojno-Yasenetskij

A.I. Matveev, A.A. Levenets, A.A. Chuchunov

The results of surgical treatment of patients with intra-articular mandibular fractures have been introduced in this article. The advantages of using the method suggested by Professor F.T. Temerhanov were shown for the surgical treatment dislocated mandibular knobs.

Литература

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. – М.: Мед. лит-ра, 1999. – С. 36 - 61.
2. Балин В.Н. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. – СПб: «Спец. лит-ра», 1998. – С. 505 – 533.
3. Галмош Ю. Травматология челюстно-лицевого скелета. – Веда: изд. словацк. академ. Наук. – Братислава, 1975. – С.233 -266.
4. Левенец А.А. Способ оперативного доступа к мышечковому отростку нижней челюсти / АС № 1128926 от 15 августа 1984 г. Пр. справка от 8 декабря 1982 г., по заявке 3 3520059.
5. Новиков А.И. Обоснование хирургических доступов к височно-нижнечелюстному суставу: автореф.дис. ...канд.мед.наук. – Новосибирск, 2000. – 15 с.
6. Онопа Е.Н. Реабилитация больных с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: автореф.дис. ...канд.мед.наук. – Омск, 2005. – 47 с.