СПОСОБ ОСТЕОСИНТЕЗА МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Мустафаев М.Ш., Кужонов Дж.Т.

Кабардино-Балкарский государственный университет, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Нальчик

В течение последних двух десятилетий наблюдается постоянный рост травм челюстно-лицевой области. Наиболее часто встречаются переломы нижней челюсти. Одним из тяжелых и частых видов повреждений является перелом мыщелкового отростка нижней челюсти (ПМОНЧ) вследствие трудности диагностики, хирургического лечения и возможного развития серьезных осложнений. Переломы мыщелкового отростка составляют 20 – 30 % у пациентов с переломами нижней челюсти. В лечении ПМОНЧ используются различные методы, не всегда позволяющие достичь восстановления формы и функции нижней челюсти, так как не все применяемые способы фиксации костных отломков позволяют достичь стабильного остеосинтеза. Жесткую фиксацию фрагментов нижней челюсти обеспечивает остеосинтез мини-пластинами и шурупами, но, в некоторых случаях отмечается повторное смещение отломков и после остеосинтеза мини-пластинами, что приводит к нарушению анатомии и функции нижней челюсти. Эти наблюдения потребовали улучшения способа остеосинтеза мыщелкового отростка нижней челюсти.

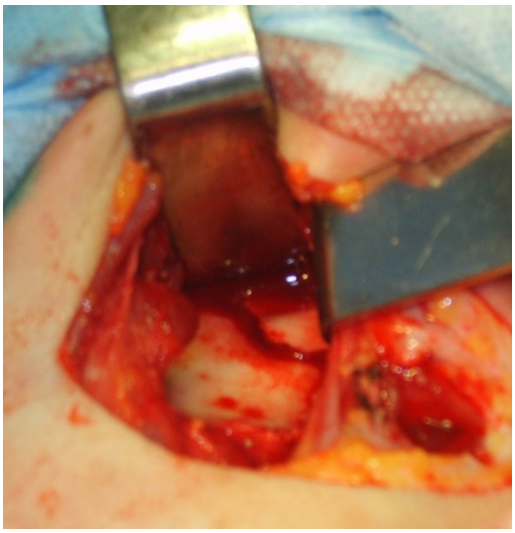

Рис.1

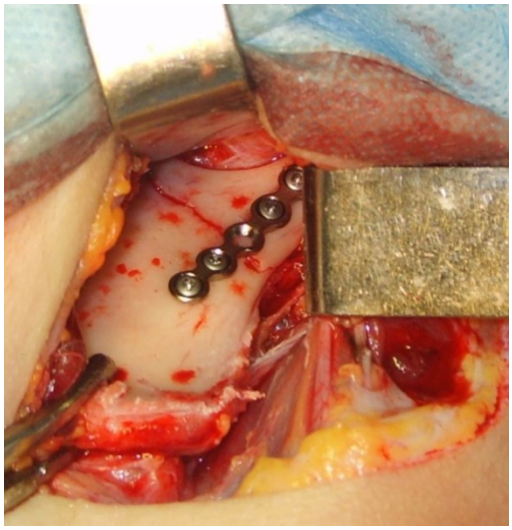

Рис.2

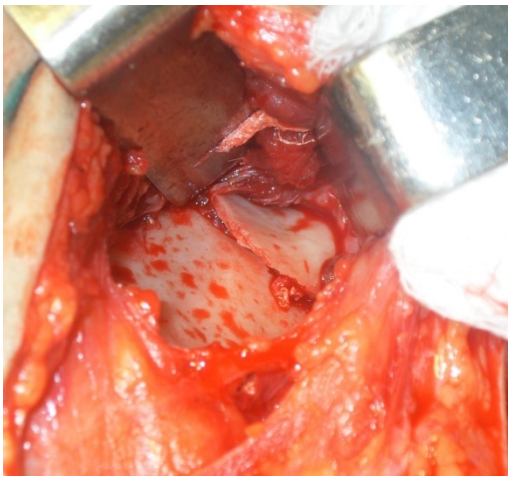

Рис.3

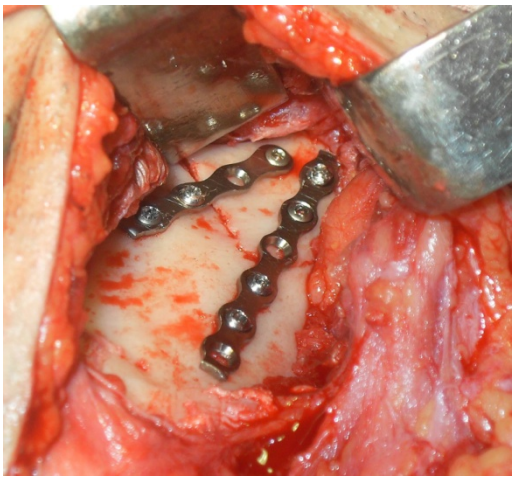

Рис.4

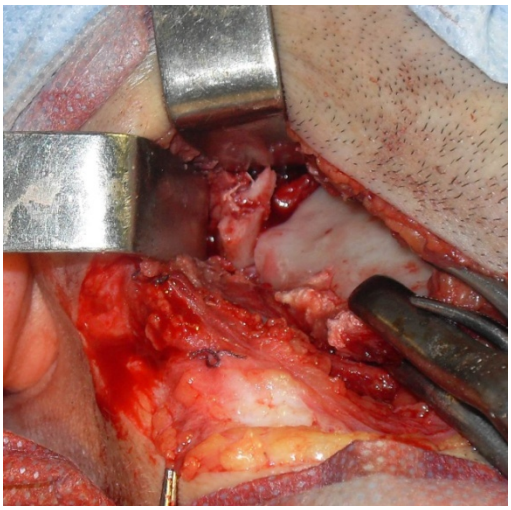

Рис.5

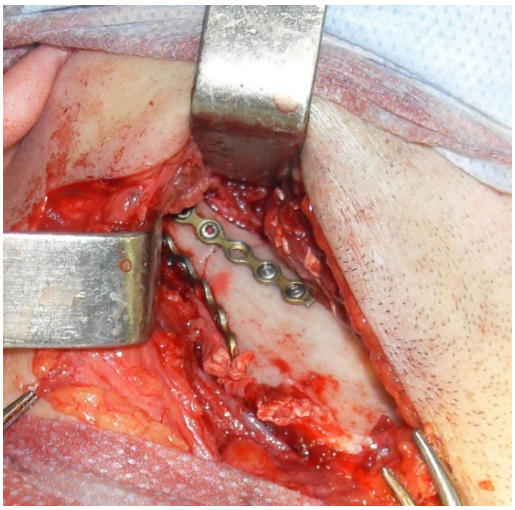

Рис.6

Показанием к остеосинтезу мыщелкового отростка нижней челюсти являлись переломо - вывихи мыщелкового отростка, переломы с выраженным смещением костных фрагментов со значительным снижением высоты ветви нижней челюсти и при безуспешности консервативно-ортопедических методов лечения. Для детального изучения характера перелома применялись цифровые методов диагностики, что позволяло с большой точностью оценить степень смещения и локализацию костных фрагментов, состояние костных элементов височно-нижнечелюстного сустава.

После клинико-лабораторного и рентгенологического обследования проводился остеосинтез мыщелкового отростка нижней челюсти мини-пластинами и шурупами. Остеосинтез проводился под ЭТН с интубацией через нос для контроля прикуса. Зачелюстным доступом послойно обнажали костные фрагменты, выделяли отломки, устраняли интерпозицию мягких тканей. Малый фрагмент низводился книзу, без нарушения связи с мягкими тканями, к нему фиксировались мини-пластины. Далее проводилась репозиция и фиксация мини-пластины к ветви челюсти. Использовалось три варианта фиксации мини-пластин. При первом варианте крепилась одна мини-пластина по наружной поверхности мыщелкового отростка и ветви нижней челюсти (рис. 1, рис. 2), что иногда не обеспечивало жесткую фиксацию. Одну мини-пластину чаще использовали