

## МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКИХ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А.М. Ешиев<sup>1</sup>, А.А. Алиев<sup>1</sup>, Н.М. Мырзашева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ошская межобластная объединенная клиническая больница

<sup>2</sup>ОшГУ, медицинский факультет кафедры хирургической стоматологии  
с курсом детского возраста, г. Ош, Кыргызская Республика

*eshiev-abdyrakhman@rambler.ru*

**Аннотация.** В статье обсуждены вопросы, касающиеся проблем травм нижней челюсти, в частности мышцелкового отростка. Описан метод хирургического вмешательства при высоких переломах мышцелкового отростка нижней челюсти с вывихом суставной головки и соответствующими осложнениями. Операции проводились на базе ОМОКБ в отделении челюстно-лицевой хирургии города Ош. По проблемам данного вопроса идет дальнейшее изучение вопросов и решение поставленных задач.

**Ключевые слова:** челюстно-лицевая хирургия, переломы нижней челюсти, травмы челюстей, переломы мышцелкового отростка нижней челюсти.

## АСТЫНКЫ ЖААКТЫН КОНДИЛЕР ПРОЦЕССИНИН ЖОГОРКУ СЫНЫКТАРЫН ДАРЫЛООНУН МОДИФИЦИЯЛЫК МЕТОДУ

А.М. Ешиев<sup>1</sup>, А.А. Алиев<sup>1</sup>, Н.М. Мырзашева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ош областар аралык бириккен клиникалык оорукананын

<sup>2</sup>ОшМУнун медицина факультетинин хирургия жана курактык стоматология кафедрасы  
Ош ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Макалада алдынкы жаак, атап айтканда, кондилардык жаракаттын көйгөйлөрү менен байланышкан маселелер каралат. Астынкы жаактын кондилардык процессинин жогорку сыныгын дарылоодо тиешелүү татаалдыктар үчүн хирургиялык кийлигишүү ыкмасы сүрөттөлгөн. Операциялар Ош шаарындагы бет-жаак хирургия бөлүмүндө Ош областар аралык бириккен клиникалык ооруканын базасында жасалган. Бул маселенин койгойлору боюнча, маселелерди андан ары изилдоо жана алдыга коюлган чечуучу милдеттерди улантылып жатат.

**Негизги создор:** бет-жаак хирургиясы, алдынкы жаактын сыныктары, жаак жаралары, астынкы жаактын илмегинин сыныктары.

## MODIFIED METHOD OF TREATMENT OF HIGH FRACTURES OF MANDIBULAR CONDYLAR PROCESS

<sup>1</sup> A.M.Eshiev, <sup>2</sup> A.A. Aliyev, <sup>3</sup> N.M. Myrzasheva

<sup>1</sup>Osh Interregional United Clinical Hospital

<sup>2</sup>Osh state university, faculty of medicine, department of surgical dentistry  
with the course of pediatrics, Osh, Kyrgyz Republic

**Abstract.** The article discusses the issues concerning the problems of lower jaw injuries, in particular the condylar process. We describe the method of surgical intervention in case of high fractures of the condylar process of the lower jaw with dislocation of the articular head and the corresponding complications. The surgeries were performed on the basis of OIUCH in the department of maxillofacial surgery in Osh. Further study of the issues and solution of the tasks set is going on regarding the problems of this issue.

**Keywords:** maxillofacial surgery, fractures of the lower jaw, jaw injuries, fractures of the condylar process of the lower jaw.

**Введение.** Среди повреждений нижней челюсти особое место занимают переломы мышечного отростка нижней челюсти (МОНЧ), которые часто сочетаются с травмой височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). На долю повреждений ВНЧС приходится от 13 до 37%, а травм МОНЧ - от 24 до 32% среди переломов нижней челюсти. Отмечается тенденция роста тяжелых повреждений мышечного отростка нижней челюсти: двусторонних, сочетанных, внутрисуставных, с вывихом головки МОНЧ, что, в свою очередь, ведет к росту серьезных осложнений и повреждений височно-нижнечелюстного сустава.

Сегодня эти повреждения чаще всего не всегда и несвоевременно диагностируются. Это ведет в большинстве случаев к неадекватному лечению, что в свою очередь приводит к таким осложнениям, как артрозы, анкилозы, нарушения прикуса и функции нижней челюсти [1].

Проблема оперативного лечения переломов мышечного отростка нижней челюсти с вывихом головки в подвисочную ямку и повреждением мягкотканых структур височно-нижнечелюстного сустава до сих пор остается актуальной из-за сложных биомеханических и анатомических особенностей данной области. В лечении пострадавших с этими повреждениями часто используются традиционные методы лечения (шинирование, костный шов, костный шов и спица, отдельно спица, минипластины). Несовершенство этих методов и способов лечения повреждений МОНЧ и ВНЧС и их последствий является причиной значительного числа неудовлетворительных исходов, что сопровождается длительной нетрудоспособностью пострадавших. В последнее время отмечается тенденция роста сочетанной и множественной травмы (политравмы). При этой травме зачастую оперативные вмешательства проводят в поздние сроки, исходы которых требуют гораздо больших усилий для дальнейшей реабилитации. Поэтому при политравме необходимы простые, малотравматичные, занимающие мало времени оперативные способы, которые можно использовать в ранние сроки. Открытой остается проблема

репозиции смещенных отломков при лечении переломов мышечного отростка нижней челюсти. На данный момент существует много методик и способов лечения повреждений МОНЧ и ВНЧС, однако значительная часть из них не отвечает современным требованиям остеосинтеза. Таким образом, совершенствование хирургических методов лечения повреждений МОНЧ и ВНЧС является одной из самых актуальных проблем, требует дальнейшего изучения этих сложных повреждений, чтобы практические врачи имели надежные современные способы лечения, позволяющие во много раз улучшить результаты оперативного лечения, уменьшить количество осложнений, как во время лечения, так и в период реабилитации [2, 3, 4, 5].

**Цель исследования:** изучение эффективности модифицированных хирургических способов лечения повреждений мышечного отростка нижней челюсти с вывихом височно-нижнечелюстного сустава.

### **Материалы и методы исследования**

Проведены модифицированные хирургические способы лечения высоких переломов мышечного отростка нижней челюсти с вывихом суставной головки по разработанной нами методикой (Патент КР №2239 от. 15.01.2012г) у 35 больных на базе ОМОКБ.

Способ осуществляется следующим образом. После общего наркоза с интубацией через нос, производят разрез в подчелюстной области, окаймляющий угол челюсти, рассечением мягких тканей обнажается наружная поверхность ветви нижней челюсти. Далее, отслаивают суставную капсулу и латеральную крыловидную мышцу и извлекают головку нижней челюсти из суставной впадины, помещают в 0,9% раствор NaCl. После проводят косую остеотомию мышечного отростка выше входа в нижнечелюстной канал. Далее, вне раны оба полученных фрагмента сопоставляют в области перелома, производят сквозное отверстие через оба фрагмента, не повреждая хрящевую ткань, и фиксируют никелид-титановой лигатурой, ниже линии перелома на мышечный

отросток с помощью винта фиксируется одна сторона титановой мини пластины. После, в области угла нижней челюсти отслаивается жевательная и медиальная крыловидная мышцы на 0,5 см и отсепаивается фрагмент кости размером 20 мм x 2 мм и помещается в 0,9% раствор NaCl. Далее, проводят реплантацию мышечкового отростка в суставную впадину и между малым и большим фрагментами помещают на 5-6 дней после операции.

ранее отсепарированный фрагмент угла нижней челюсти, после сопоставления фрагментов второй конец титановой мини пластины фиксируют на нижнюю челюсть винтами в двух местах. Рана послойно ушивается, выставляется резиновый дренаж и накладывается асептическая повязка. Дополнительное наложение межчелюстной лигатуры (по методу Айви) и прикус фиксирован.

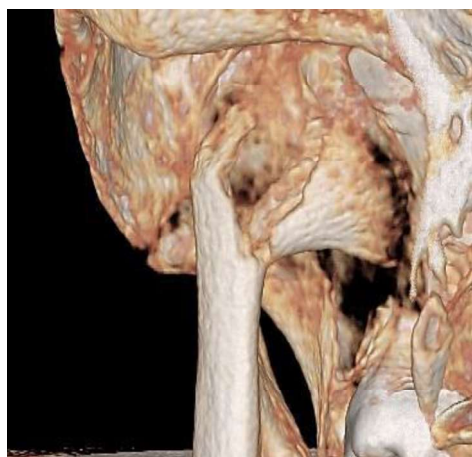


Рис. 1. 3Д томография перелома.



Рис. 2. 3Д томография перелома на срезе.



Рис. 3. Извлеченным фрагмент с отсепарированным мышечковым отростком.



Рис. 4. После остеосинтеза вне раны с фиксированной мини пластиной.

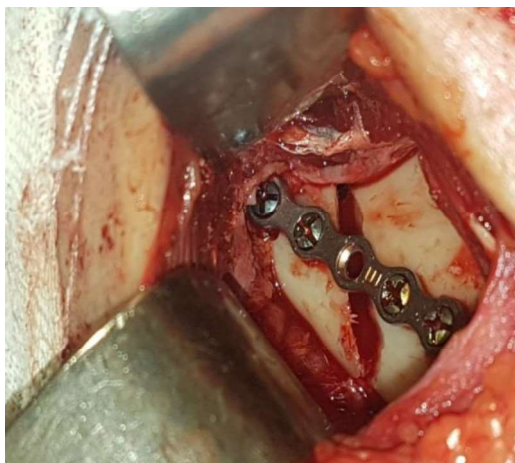


Рис 5. После реплантации и фиксации мышцелкового отростка.



Рис 6. Ортопантомограмма после операции.

### **Результаты исследования и их обсуждения**

Наблюдение и ведение больных в послеоперационном периоде показало, что улучшение общего состояния у больных наступало на 2-3 сутки после операции, когда улучшались сон и аппетит. Температура тела оставалась нормальной. Через 6 дней межчелюстная лигатура снималась. Послеоперационный период протекал благоприятно у всех больных с первичным заживлением послеоперационных ран. При этом отмечалась симметрия лица, восстановление прикуса, безболезненная пальпация оперированной кости. После снятия швов больные выписывались из стационара на амбулаторное наблюдение. Преимуществами данного способа являются полное восстановление анатомической целостности нижней челюсти, меньшая травматичность окружающих тканей, удобство и эффективность остеосинтеза без дополнительной фиксации ортопедическими

конструкциями, предупреждение занижения высоты прикуса и вторичной деформации нижней челюсти, а в последующем полное восстановление ее функции. После операции пациент сразу может принимать пищу, давать жевательную нагрузку на нижнюю челюсть.

Предложенный способ хирургического лечения позволяет достигнуть положительных результатов лечения в кратчайшие сроки без дополнительных фиксаций челюсти и полностью восстановить высоту прикуса с предупреждением вторичной деформации, анатомическую целостность и функцию нижней челюсти и зубочелюстной системы в целом.

В отдаленных результатах лечения, функциональность нижней челюсти полностью восстанавливалась, движение было в полном объеме, открывание рта свободное без болезненных ощущений. Данные результаты отмечались по

прошествии 4х недель с момента оперативного лечения.

Таким образом, было установлено преимущество перед традиционной методикой с использованием межчелюстных шин, при установлении которых имеется множество осложнений, где ограничивается прием пищи, далее в отдаленные сроки необходим период реабилитации для

восстановления функциональности нижней челюсти, что в свою очередь является многозатратным и занимает длительный срок полного восстановления и трудоспособности человека. Следовательно данная методика зарекомендовала себя как более экономически эффективная и дает хорошие результаты лечения.

### Литература

1. Семенников, В. И. Оптимизация методов фиксации костных фрагментов лицевого черепа и их клинко-биомеханическая оценка. [автореф. дис. . . д-ра мед. наук]. Омск; 2004. 42 с.

2. Сысолятин П.Г., Гюнтер В.Э., Сысолятин С.П. Новые технологии в челюстно-лицевой хирургии на основе сверхэластичных материалов и имплантатов с памятью формы. Томск: STT; 2001. 290 с.

3. Паутов И.Ю., Дергилеев А.П., Сысолятин П.Г. Методика рентгеновской компьютерной артромографии в диагностике внутренних нарушений височно-нижнечелюстного сустава. Вестник рентгенологии и радиологии. 2000;6:54-59.

4. Ешиев А.М., Мырзашиева Н.М., Мурзаibraимов А.К., Чирдизов А.А. Использование различных методов лечения при переломах мыщелкового отростка нижней челюсти. American Scientific Journal. 2019;(2):32-37.

5. Mohr G., Hardy J. Hemorrhage, necrosis, and apoplexy in pituitary adenomas. Surg neurol. 2012; 18:182-6.