

УДК 616.716.4-001.5-089.85

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ РЕТРОМАНДИБУЛЯРНОГО ДОСТУПА К СУСТАВНОМУ ОТРОСТКУ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ

Ядченко В. Н., Иванов С. А.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Перелом нижней челюсти в области ее суставного отростка является одной из наиболее частых локализаций и составляет, по данным разных авторов, от 21 до 35 % [2, 5]. Методы лечения переломов этой локализации до настоящего времени остаются неоднозначными и трудными ввиду необходимости достижения как функционального, так и косметического эффекта. Для лечения переломов используются ортопедические мероприятия (различные методы иммобилизации, чаще назубными шинами) и оперативные вмешательства, перикуративная консервативная терапия.

Смещение отломков при переломах суставного отростка нижней челюсти происходит вследствие продолжающегося действия приложенной силы под влиянием собственной их тяжести и в силу тяги прикрепленных к отломку мышц. Последний фактор является основным при переломе нижней челюсти, т. е. ортопедическими приемами, в ряде случаев, не представляется возможным репонировать отломки. Таким образом, возникает необходимость в оперативном лечении, которое проводится обычно путем прямого остеосинтеза [1]. Традиционно остеосинтез при переломе суставного отростка нижней челюсти производится из поднижнечелюстного доступа, что не всегда удовлетворяло хирургов. С сентября 2010 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии УГОКБ внедрен в клиническую практику ретромандибулярный доступ.

Цель

Внедрить в клиническую практику ретромандибулярный доступ при остеосинтезе в области суставного отростка нижней челюсти для оптимизации оперативного лечения переломов.

Материалы и методы

В течение 2010 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии УГОКБ выполнено 57 остеосинтезов нижней челюсти при переломах различных локализаций у пациентов в возрасте от 19 до 87 лет с использованием титановых минипластин в качестве фиксатора костных отломков. У 17 (29,82 %) пациентов производился остеосинтез в области суставного отростка. В свою очередь, у 10 (17,54 %) пациентов осуществлялся остеосинтез из ретромандибулярного доступа, который стал использоваться с сентября 2010 г. Всем пациентам при поступлении в отделение проводилось общеклиническое и рентгенологическое обследование. Выполнялась репозиция иммобилизация отломков нижней челюсти ортопедическими методами (в подавляющем большинстве случаев путем применения назубной двучелюстной шины Тигерштедта), с последующей контрольной рентгенографией нижней челюсти. По результатам контрольной рентгенографии при отсутствии адекватного сопоставления отломков или сохранении их смещения производился прямой накостный остеосинтез нижней челюсти.

Операция выполнялась следующим образом: под общим обезболиванием производился послойный разрез мягких тканей (кожи, подкожной клетчатки, платизмы) длиной 3–5 см, параллельно проекции заднего края ветви нижней челюсти от точки на 0,5 см ниже мочки уха до уровня угла челюсти. Затем выявлялась и рассекалась капсула околоушной слюнной железы, раздвигалась ее паренхима до обнажения жевательной мышцы. Мы старались проникать между щечной и краевой поднижнечелюстной вет-

вами лицевого нерва. При визуализации одной или двух из указанных ветвей лицевого нерва последние тупо смещались в сторону от разреза. Рассекалась надкостница в области ветви нижней челюсти, которая тупо отодвигалась до обнажения смещенных костных отломков в области перелома. Отломки нижней челюсти репонировались в физиологическое положение под контролем прикуса, фиксировались посредством использования титановых минипластин и минишурупов.

В послеоперационном периоде у всех 10 пациентов, прооперированных с использованием ретромандибулярного доступа, послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 7 сутки после операции. У 2 из 10 пациентов в верхней трети послеоперационной раны через 2 суток после операции отмечались преходящие явления сиалореи, которые купированы консервативной склерозирующей терапией. После этих манипуляций рана зажила первичным натяжением. Швы снимались на 8–9-е сутки после операции.

Результаты и обсуждения

При использовании ретромандибулярного доступа был получен положительный клинический опыт. Удалось добиться улучшения косметических результатов за счет перемещения разреза кожи в зону естественного углубления в зачелюстной области. Все пациенты были удовлетворены послеоперационным косметическим результатом. Внедрение методики позволило сократить время оперативного вмешательства в среднем с 80–90 до 30–40 минут за счет обеспечения манипулятивной свободы оператора. Сокращение времени операции позволило сократить риск общесоматических интраоперационных осложнений и снизить расходы на анестезию. При этом уменьшилась операционная травма вследствие приближения разреза к месту перелома. Во всех случаях удалось беспрепятственно использовать для остеосинтеза репонатор-фиксатор костных фрагментов мышечного отростка нижней челюсти и фиксатор минипластины (Ядченко, 2010 г.). При проведении рентгенологического контроля у всех пациентов отмечено физиологическое стояние костных отломков, реоперации не потребовалось. Функциональный результат в виде восстановления прикуса и силы последующей жевательной нагрузки полностью соответствовал индивидуальным особенностям каждого пациента. Мы склонны объяснять это тем, что при ретромандибулярном доступе в меньшей степени травмировалась жевательная мышца. Немаловажное значение имело снижение у прооперированных пациентов явлений асептического воспаления местных тканей в области послеоперационной раны, что соответствовало условиям первичного её заживления. Ни у одного пациента в послеоперационном периоде не наблюдалось осложнений в виде невротии предопределенной травматизацией лицевого и большого ушного нерва при применении ретромандибулярного доступа.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о положительном эффекте применения ретромандибулярного доступа к суставному отростку нижней челюсти при хирургическом лечении переломов. Определенный негативный опыт связан с развитием сиалореи из-за травмы околоушной слюнной железы и указывает на необходимость совершенствования методики.

Заключение

Внедренный в клиническую практику ретромандибулярный доступ к суставному отростку нижней челюсти при хирургическом лечении переломов на основании полученного опыта может быть охарактеризован как эффективная альтернатива существующему поднижнечелюстному доступу. Для выполнения более объективной сравнительной характеристики методик требуется проведение дальнейших исследований с учетом полученных впечатлений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуцан, А. Э. Челюстно-лицевые операции: справочник / А. Э. Гуцан; под ред. А. Э. Гуцан [и др.] .— Витебск: Белмедкнига, 1997. — С. 73–74.
2. Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. — Витебск: Белмедкнига, 1990. — С. 2, 36–65.
3. Retromandibular approach to the mandibular condyle: a clinical and cadaveric study / M. Manisali [et al.] // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. — 2003. — № 32. — P. 253–256.
4. The periauricular transparotid approach for open reduction and internal fixation of condylar fractures. A. Vesnaver [et al.] // J. Craniomaxillofac. Surg. — 2005. — № 33. — P. 169–179.
5. A novel surgical approach to subcondylar fractures of mandible / D. Bhavsar // J. Craniomaxillofac. Surg. — 2008. — № 19. — P. 496–499.