

К ВОПРОСУ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МЫШЧЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СТОЙКИХ ДВУСТОРОННИХ ПРИВЫЧНЫХ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ТИППМК

Ключевые слова: эндопротезирование, имплантаты, мышечковый отросток, височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС), хронический и привычный вывихи.

Актуальность

Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) ввиду своей распространенности, сложности клинического течения, трудности диагностики и упорности к лечению занимают особое место среди патологий челюстно-лицевой области. По данным различных авторов, заболевания ВНЧС встречаются у 25-65% населения, причем среди подростков и юношей они составляют 16-30% [8, 9]. Согласно X Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, различают две самостоятельные группы заболеваний ВНЧС:

1). заболевания, при которых наблюдается поражение суставных тканей - артикулярные заболевания (XIII класс);

2). заболевания, обусловленные патологией жевательных мышц - неартикулярные заболевания (XII класс).

Основную массу больных (89%), обратившихся по поводу патологии ВНЧС, составляют больные с внутренними их функциональными нарушениями, то есть с вывихами и подвывихами [5]. В зависимости от комбинации патологических положений суставной головки и суставного диска, как по отношению друг к другу, так и по отношению к суставной ямке и бугорку, различают 9 клинических форм внутренних нарушений функций ВНЧС. Из такого большого разнообразия клинических форм особое положение в плане курации составляют больные с хроническими и привычными вывихами нижней челюсти.

У больных с хроническими и привычными вывихами нижней челюсти патологическое смещение суставных элементов заключается в выходе головки из суставной ямки, которое сопровождается поздним передним смещением суставного диска в момент его перемещения к переднему скату суставного

бугорка. Разница между этими двумя клиническими формами заключается в том, что при привычном вывихе обязательно требуется вправление, а при хроническом вывихе головка нижней челюсти, выходя из суставной ямки, легко возвращается назад.

Патогенез указанных патологий ВНЧС состоит в недостаточной высоте суставного бугорка, а так же в перерастяжении суставной капсулы и основной связки сустава. Этиологическими факторами являются такие общие заболевания, как ревматизм, подагра и др., в то же время они встречаются у лиц, страдающих эпилепсией, клоническими судорогами. Причинами хронических и привычных вывихов могут быть и неграмотное вправление травматического вывиха и недостаточная по срокам фиксация нижней челюсти.

Лечение больных с хроническими и привычными вывихами направлено на ограничение открывания рта, что осуществляется с помощью ортопедических аппаратов (Петросова Ю.А., Иванова А.С., Шредера, Ядровой К.С., Померанцевой-Урбанской, Миняевой В.А. и др.), и укрепление связочного аппарата ВНЧС за счет уменьшения величины суставной капсулы и оптимизации тонуса жевательных мышц, используя методы физиотерапии (гальванизация, электрофорез лекарственных веществ), массаж жевательных мышц, миогимнастику по методике И.С. Рубинова. Однако в большинстве случаев они оказываются неэффективными.

Наиболее распространенными хирургическими методами лечения хронического и привычного вывихов ВНЧС являются: методика Рауэра, направленная на увеличение высоты суставного бугорка путем поднадкостничного введения ауто- или аллохряща в область суставного бугорка; методика Конечного, заключающаяся в перемещении внутрисуставного диска из горизон-

тального в вертикальное положение с укреплением его с помощью швов впереди суставной головки. Реже используют методику углубления суставной ямки за счет удаления внутрисуставного диска (менискэктомия), уменьшение размеров капсулы сустава и укрепление ее пересадкой фасции, динамическое подвешивание нижней челюсти с помощью аллосухожилия [4, 5].

Однако, когда стойкий привычный вывих нижней челюсти обусловлен выраженной резорбцией суставного бугорка височной кости и головки мышечкового отростка нижней челюсти, когда имеются грубые нарушения соотношения анатомических костных структур, как это приводится в данном сообщении, указанные методы являются малоэффективными. В таких случаях эндопротезирование мышечковых отростков имплантатами, на наш взгляд, может существенно повысить эффективность проводимых вмешательств.

Цель работы

Совершенствование методов хирургического лечения больных со стойкими двусторонними привычными вывихами височно-нижнечелюстных суставов.

Материал и методы

Для достижения указанной цели нами разработан метод операции по устранению стойкого двустороннего привычного вывиха

ВНЧС с применением эндопротезов из никелида титана. В качестве иллюстрации приводим пример из клинической практики.

Пример. Больная Н., 28 лет, поступила 14.10.10г. в ЦВ ЧЛХ НМЦ РТ с жалобами на выступание нижней челюсти вперед, невозможность закрывания рта, пережевывания пищи и затрудненную речь. По анамнезу 1,5 года назад при широком открывании рта (зевании) произошел вывих нижней челюсти с двух сторон. Обратилась к стоматологу по месту жительства, который вправил нижнюю челюсть. В течение этого периода вывих происходил неоднократно. Последний вывих, который не вправлен, произошел 2 месяца назад. При объективном осмотре общее состояние относительно удовлетворительное. Дыхание везикулярное, ЧД - 17 в минуту. Пульс удовлетворительных качеств - 78 в минуту, А/Д - 120/80 мм рт.ст. Местно: рот широко открыт, подбородок смещен вниз и назад. Жевание невозможно, изо рта вытекает слюна. Движения нижней челюсти возможны только вниз. Впереди козелка уха определяется западение, а под скуловой дугой впереди суставного бугорка - выпячивание в результате смещения сюда суставной головки (рис. 1).

Больная госпитализирована. Обследование проводилось по традиционной схеме. Со стороны клинико-лабораторных данных па-

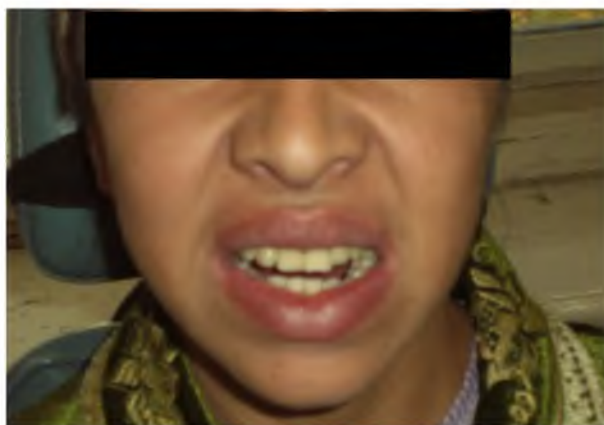


Рис. 1. Больная Н., 28 лет, с привычным двусторонним передним стойким вывихом нижней челюсти - до операции.

тологии не выявлено. На имеющихся рентгенограммах и данных проводимой КТ ВНЧС было видно, что суставные головки нижней челюсти находятся впереди суставных бугорков височной кости, суставные бугорки очень низкой высоты, головки суставных отростков имеют очень малые размеры (рис. 2). Больной выставлен диагноз: Привычный двусторонний передний стойкий вывих нижней челюсти. 16.10.10г. проведена попытка вправить вывих челюсти под проводниковой

анестезией по Берше-Дубову с двух сторон, которая не увенчалась успехом.

Учитывая это обстоятельство, было решено произвести резекцию резорбированных мышечковых отростков с их последующим эндопротезированием имплантатами. В соответствии с таким планом после предварительной подготовки 04.11.10г. под общим обезболиванием с интубацией трахеи через нос произведена операция резекции с экзартикуляцией мышечковых отростков и эндопро-

тезирование их пористо проницаемыми никелид-титановыми имплантатами. С целью иммобилизации нижней челюсти наложена двучелюстная шина Васильева. Больной проводились: профилактическая антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая и анальгезирующая терапии. Послеоперационный период протекал без осложнений. На контрольных рентгенограммах было видно, что имплантаты имеют правиль-

ное положение (рис. 3-а). Выписана 17.11.10г. с рекомендацией снять иммобилизирующую шину через 15 - 20 дней.

При контрольном осмотре через 2 месяца у больной движения нижней челюсти свободные и в полном объеме, профиль лица и анфас восстановлены (рис. 3-б). На рентгенограммах головки имплантатов занимают полный объем суставных впадин.

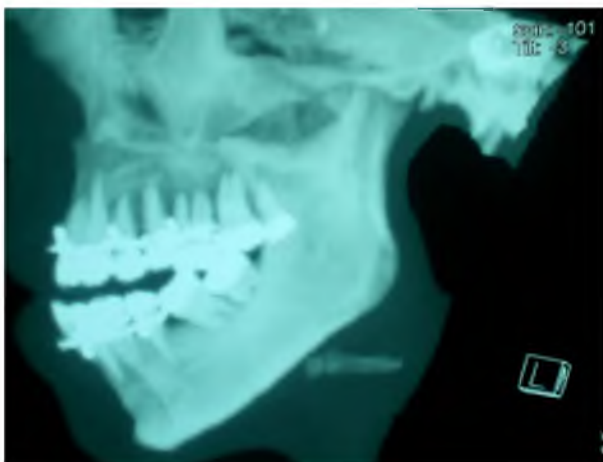


Рис. 2. Больная Н., 28 лет - до операции.

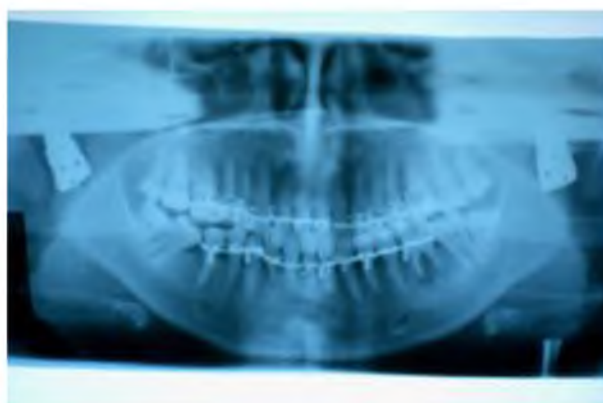


Рис. 3. Та же больная - состояние после операции; а - контрольная ортопантомограмма; б - вид больной через 2 месяца после операции

Вывод

Таким образом, при упорных случаях хронических и привычных вывихов височно-нижнечелюстных суставов, когда основным этиопатогенетическим фактором их возникновения является резорбция костных структур представляемого комплекса, эндопротезирование мышчелковых отростков имплантатами является методом выбора, позволяющим исключить рецидив.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безрукова В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой области: в 2-х томах. М.: Медицина, 2000. Т.1 776 с.
2. Евдокимов А.И. Руководство по хирургической стоматологии М.: Медицина, 1972. 583с.
3. Каспарова Н.Н., Колесов А.А., Воробьев Ю.И. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков М.: Медицина, 1981. 160с.

4. Иванов А.С. Артриты и артрозы височно-нижнечелюстного сустава Лекции по стоматологии. - Л., 1984.
5. Ильин А.А. Хирургические методы в комплексном лечении дисфункций височно-нижнечелюстного сустава: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск, 1989.
6. Иорданишвилли А.К. Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области: руководство по клинической стоматологии. СПб.: СпецЛит, 2007. 494с.
7. Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы / под. ред. проф. В.Э. Гюнтера. Томск: Издательство Томского университета, 1998. 487с.
8. Петросов Ю.А. Клиника, диагностика и лечение дисфункциональных синдромов височно-нижнечелюстного сустава. Метод. рекомендации. М. - Краснодар, 1885.
9. Хватова В.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. М., 1982.

Шакиров М.Н., Гафаров Х.О., Мирзоев М.Ш.

К вопросу эндопротезирования мышечковых отростков в хирургическом лечении стойких двусторонних привычных вывихов нижней челюсти

Описан случай из практики эндопротезирования мышечковых отростков нижней челюсти имплантатами из пористо проницаемого никелида титана при таком редком заболевании, как привычный двусторонний передний стойкий вывих нижней челюсти. Предложенный метод может быть рекомендован тогда, когда все известные методы курации этой категории больных оказались неэффективными.

Шакиров М.Н., Гафаров Х.О., Мирзоев М.Ш.

Онди бо эндопротез иваз намудани шохачаҳои бугуми дар табобати бечошавии муттасили одатии дугарафаи чоғи поён

Калимаҳои калидӣ: эндопротезкунони, имплантат, шохачаҳои бугуми, бароиши одадшудаи бугуми зог поён.

Дар мақола ҳодиса аз таҷрибаи амалии муаллифон бо эндопротез иваз намудани шохачаҳои бугумии чоғи поён дар чунин бемории кам вохуранда ба монанди бечошавии одатии муттасили чоғи поён тасвир шудааст. Истифодабарии усули мазкурро дар ин гуруҳи беморон дар ҳолатҳои бенатиҷа будани дигар усулҳои маълумбуда тавсия медиҳанд.

Shakirov M.N., Gafarov Kh.O., Mirzoev M.Sh.

About endoprosthesis joint offshoot in surgical treatment steadfast bilateral accustomed dislocation to mandible

Key words: endoprosthesis, implants, condylar process, temporo mandibular joint TMJ, chronic and habitual dislocation.

Described event from practical persons endoprosthesis joint offshoot to mandible with implants from porous-nontight nikelid of the titanium under such rare disease as accustomed bilateral front steadfast dislocation to mandible. The offered method can be recommended then, when all known methods conduct to this categories sick turned out to be in vain.