

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, а саме до хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії, крім того може бути використана в неврології та травматології.

Останнім часом у більшості випадках переломів вилицевого комплексу відбувається зміщення кісткових фрагментів вниз, досередини та дозад; рідше зміщення направлене догори, досередини і дозад, а ще рідше - назовні та дозад, або допереду. За рахунок тиску зміщеного кісткового фрагмента, або внаслідок пошкодження власне жувального м'язу можуть виникати неврогенна контрактура та контрактура внаслідок дислокації кісткових відламків, утруднене відкривання рота та неможливість бічних рухів нижньої щелепи в сторону пошкодження. Даний факт може викликати значні складності в репозиції кісткових фрагментів, встановленні їх у правильне положення, а після репозиції - може залишитись утруднене відкривання рота [1].

Вже відомі способи хірургічного лікування переломів вилицевого комплексу не враховують даний фактор, тому нами був запропонований новий спосіб лікування переломів вилицевого комплексу.

По сутності до способу, що пропонується найбільш близьким, обраним нами за прототип, є спосіб хірургічного лікування переломів вилицевого комплексу за методикою Лімберга, яка полягає в репозиції та фіксації кісткових відламків у правильному положенні.

Недоліками цього способу є те, що він не враховує можливість виникнення контрактури внаслідок дислокації кісткових фрагментів, не передбачає усунення спастичного стану жувальних м'язів, які підлягають пошкодженню при переломах вилицевого комплексу. Це все може призвести до ускладнень під час репозиції та фіксації зміщених кісткових фрагментів [3].

Задача способу, що заявляється, полягає в усуненні спастичного стану власне жувального м'язу шляхом блокади рухових нервів, які його іннервують.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі, полягатиме у поліпшенні якості оперативного втручання, а саме полегшення фіксації та репозиції кісткових фрагментів за рахунок тривалої та досить ефективної дії знеболення.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі, що включає репозицію та фіксацію кісткових відламків у правильному положенні згідно корисної моделі під час знеболення перед репозицією відламків додатково проводять блокаду рухових гілок нижньощелепного нерва, які іннервують власне жувальний м'яз.

Відмінною особливістю способу, що пропонується є те, що під час знеболення перед репозицією відламків додатково проводять блокаду рухових гілок нижньощелепного нерва, які іннервують власне жувальний м'яз.

Це є доцільним, зважаючи на джерела іннервації власне жувального м'язу, топографію його нервових воріт. Власне жувальний м'яз іннервується жувальним нервом, що є руховою гілкою нижньощелепного нерва та має загальний початок із іншими нервами жувальних м'язів. Він проходить ззовні над верхнім краєм латерального крилоподібного м'язу через вирізку нижньої щелепи та занурюється у власне жувальний м'яз [2].

У зв'язку з такою іннервацією власне жувального м'язу запропонований спосіб являється досить актуальним та ефективним у хірургічній практиці, оскільки анестезуючі блокади - один із найпопулярніших видів лікувальних впливів, які дають відчутний ефект уже в найближчий час після їх проведення.

Отже, запропонований спосіб має такі переваги:

- поліпшення якості оперативного втручання за рахунок тривалої та досить ефективної дії знеболення;
- ліквідація спастичного стану власне жувального м'язу, що полегшує проведення репозиції зміщених кісткових фрагментів.

Спосіб здійснюють наступним чином:

Через шкіру перпендикулярно до її поверхні під вилицевою дугою, в області середини напівмісячної вирізки нижньої щелепи вколюють голку на глибину 2-2,5см, просують її до зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи. Фіксують пальцем глибину проникнення голки, витягають її до підшкірної клітковини й знову просують нагору під кутом 15-20° до початкової глибини, але на 2-3мм глибше відзначеної на голці відстані. При цьому голка проникає до внутрішньої поверхні жувального м'язу, поблизу від його нерва, розташованого над вирізкою нижньої щелепи. Вводять 2-мл розчину анестетика. Анестезія настає через 8-10хв. Після знеболення проводять репозицію зміщених кісткових фрагментів та подальші оперативні втручання, показані у конкретному клінічному випадку. Крім усунення контрактури жувальних м'язів спостерігали знеболення відповідної половини нижньої щелепи.

Приклад конкретного використання способу:

Хворий М., 42 роки, звернувся до лікаря зі скаргами на біль та обмеження при відкриванні рота, припухлість у підочній ділянці справа.

Клінічне, лабораторне, інструментальне та рентгенологічне обстеження пацієнта дозволило діагностувати перелом правої вилицевої дуги зі зміщенням кісткових фрагментів.

На кафедрі хірургічної стоматології, щелепно-лицьової пластичної хірургії та імплантології НМУ імені О.О.Богомольця проведено лікування пацієнтів запропонованим способом. Отримано такі результати: у пацієнтів у результаті лікування заявленим способом через 7-10 хвилин після проведеної блокади наступила повна релаксація власне жувального м'язу, що значно полегшило проведення репозиції кісткових фрагментів та усунуло контрактуру, яка виникла через дислокацію кісткових фрагментів. У подальшому була виявлена позитивна динаміка клінічних показників.

Даний спосіб був застосований у 10 пацієнтів на кафедрі хірургічної стоматології, щелепно-лицьової пластичної хірургії та імплантології НМУ імені О.О.Богомольця. Критеріями ефективності лікування були зняття спастичного статусу власне жувального м'язу, усунення контрактури м'язу та відсутність обмежень при рухах нижньої щелепи у післяопераційному періоді.

Джерела інформації:

1. Сабо Д. Хирургия полости рта и челюстно-лицевой области. - К.: Книга плюс, 2005. - 302с.
2. Рожен И., Йокочи Ч., Лютьен-Дреколь Э. Большой атлас по анатомии. - М, 2000. - 1111с.
3. Вернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. - М.: Медицина, 1999. - 445с.