

Спосіб остеосинтезу виросткового відростка нижньої щелепи відноситься до галузі медицини, зокрема до щелепно-лицевої хірургії, і може бути використаний при хірургічному лікуванні переломів виросткового відростка нижньої щелепи.

Найбільш близьким за технічною сутністю заявленому способу є спосіб остеосинтезу при переломах виросткового відростка нижньої щелепи [1] шляхом забезпечення доступу до місця перелому зі шкірного розтину у підщелепному трикутнику, огинаючи кут щелепи, скелетування фрагментів в ділянці перелому і відшаруванням власне жувального та медіального крилоподібно-щелепного м'язів на всьому протязі, репозиції та фіксації кісткових відламків за допомогою внутрішньокістково-накісткового пристрою для остеосинтезу.

Недоліком відомого способу є те, що доступ здійснюється через шкірний розтин у підщелепному трикутнику з відшаруванням власне жувального та крилоподібно-щелепного м'язів на всьому протязі, що сприяє додатковій травмі тканин, оточуючих місце перелому.

В основу винаходу покладено задачу вдосконалення способу остеосинтезу виросткового відростка нижньої щелепи, який забезпечує покращення анатомічних та функціональних результатів лікування завдяки уникненню додаткового травмування тканин, що оточують місце перелому. Покладена задача вирішується за рахунок того, що у способі остеосинтезу виросткового відростка нижньої щелепи, який містить доступ до виросткового відростка нижньої щелепи, репозицію та фіксацію кісткових відламків до відновлення анатомічної форми та нормалізації прикуса, згідно винаходу, доступ здійснюють зі шкіряного розтину у защелепній ділянці з відшаруванням лише задньої порції власне жувального м'яза.

Запропонований спосіб остеосинтезу при переломах виросткового відростка нижньої щелепи здійснюють шляхом забезпечення доступу до місця перелому скелетування фрагментів в ділянці перелому з відшаруванням лише задньої порції власне жувального м'яза, репозиції та фіксації кісткових відламків за допомогою внутрішньокістково-накісткового пристрою для остеосинтезу.

Новим у заявленому способі і те, що доступ до місця перелому здійснюється а шкіряного розтину у защелепній ділянці з відшаруванням лише задньої порції власне жувального м'яза.

Реалізують спосіб таким чином: здійснюють доступ до місця перелому, для чого роблять розтин шкіри у защелепній ділянці, нижче за мочку вуха на 1,0см, та відступивши від заднього краю гілки нижньої щелепи на 1,5см. довжиною 3,5-4,0см; скелетують фрагменти в ділянці перелому шляхом розсікання надкісничі по задньому краю гілки нижньої щелепи і відшарування лише задньої порції власне жувального м'яза; кістковим затискачем фіксують малий фрагмент, у який вводять внутрішньокісткову частину пристрою для остеосинтезу ретельно співставляють фрагменти у правильному анатомічному положенні та фіксують накісткову частину пристрою для остеосинтезу гвинтами з різьбою, що нарізається сама; відшаровану задню порцію власне жувального м'яза укладають на місце, операційну рану пошарове зашивають та дрениують.

Приклад №1. Хворий Ш., 27 років. І.Х. №1584, потрапив до клініки щелепно-лицевої хірургії 16.10.01 з приводу закритого перелому виросткового відростка нижньої щелепи зліва зі зміщенням і відкритого перелому між центральними різцями. 16.10.01 проведена іммобілізація нижньої щелепи шляхом двощелепного шинування з міжщелепним витягінням. На контрольних рентгенограмах від 18.10.01 - зміщення у ділянці виросткового відростка не усунено. 26.10.01 хворий був прооперований - у ментальному відділі виконано остеосинтез швом кістки з проволочки а у ділянці виросткового відростка - остеосинтез за описаною методикою. Анатомічна форма нижньої щелепи відновлена повністю. На контрольних рентгенограмах у двох проекціях від 30.10.01 - зміщення усунено. З 6-ї доби почав знімати гумову тягу і виконувати функціональну терапію. Іммобілізація знята через 18 діб. Анатомічний і функціональний результат гарний.

Приклад №2. Хворий Л., 20 років. І.Х. №1779, потрапив до клініки щелепно-лицевої хірургії 17.11.01 з приводу закритого перелому виросткового відростка нижньої щелепи зліва зі зміщенням, забитої рани підборіддя, струсу головного мозку. 17.11.01 проведена іммобілізація нижньої щелепи шляхом двощелепного шинування з міжщелепним витягінням, ПХО рани. На контрольних рентгенограмах від 18.11.01 - зміщення не усунено. Після консультації невролога 20.11.01 хворий був прооперований за описаною методикою. Анатомічна форма нижньої щелепи відновлена повністю. На контрольних рентгенограмах у двох проекціях від 24.11.01 і ортопантограмі від 26.11.01 - зміщення усунено з 5-ї доби почав знімати гумову тягу і виконувати функціональну терапію, (іммобілізація знята через 13 діб. Анатомічний і функціональний результат гарний.

Використання цього способу дає можливість зменшити травматичність операційного втручання, покращити стабільність фіксації фрагментів при переломах виросткового відростка нижньої щелепи внаслідок забезпечення доступу до місця перелому з відшаруванням лише задньої порції власне жувального, що дає можливість створити оптимальні умови для загоєння перелому, знизити імовірність ускладнень та забезпечити умови для проведення ранньої функціональної терапії.

Джерела інформації, взяті до уваги:

1. Челюстно-лицевой травматизм в промышленном мегаполисе: современный уровень, тенденции, инфраструктура / И.Н. Матрос-Таранец, Д.К. Калиновский. С.Б. Алексеев, М.Н. Абу Халиль, Д.А. Дадонкин. - Донецк. 2001. - С.65-68.