

Изобретение относится к медицине, в частности к челюстно-лицевой хирургии.

Внутрисуставные переломы мыщелкового отростка, осложненные смещением отломков или вывихом головки, осколчатые переломы верхнего участка шейки мыщелкового отростка без повреждения суставной головки являются показаниями к операции: реплантация и остеосинтез суставной головки с использованием остеотомии дистального отдела ветви нижней челюсти, предложенной авторами (Жилонов А. А., Гунько В. И., Кулаков А. А. Хирургическое лечение больных с высокими переломами мыщелкового отростка нижней челюсти // Стоматология. - 1986. - №2. - С.41). Эта методика заключается в проведении вертикального распила дистальной части ветви нижней челюсти, извлечения остеотомированного фрагмента наружу, извлечении суставной головки, проведении остеосинтеза вне операционной раны и последующей реплантации и остеосинтеза фрагментов челюсти.

Однако данная методика не позволяет достигнуть технического результата заявляемого способа вследствие того, что:

при толщине ветви нижней челюсти от 3,5 до 3,8мм невозможно создать достаточно жесткую фиксацию остеотомированного фрагмента (возможно вторичное смещение отломков);

за счет малой площади раневых поверхностей удлиняются сроки дополнительной иммобилизации нижней челюсти назубными шинами;

имеют место такие осложнения как некроз остеотомированного фрагмента ветви челюсти.

В основу изобретения поставлена задача за счет изменения методики оперативного вмешательства снизить процент послеоперационных осложнений, избежать вторичного смещения отломков, ускорить сроки лечения и реабилитации, что позволит существенно повысить эффективность операции в целом.

Заявляемый способ заключается в следующем: проводится остеотомия дистальной части ветви нижней челюсти с образованием ступенеобразного выступа, расщепленного по плоскости (фиг.1).

Остеотомированный фрагмент прочно фиксируется с извлеченной суставной головкой с помощью спицы Киршнера или же проволочными швами (фиг.2). Реплантат вводится на свое место и фиксируется проволочными шинами, к проксимальному отделу нижней челюсти (фиг.3).

Основным отличительным признаком заявляемого технического решения является изменение конфигурации остеотомии ветвей нижней челюсти, что позволяет устранить выше указанные недостатки.

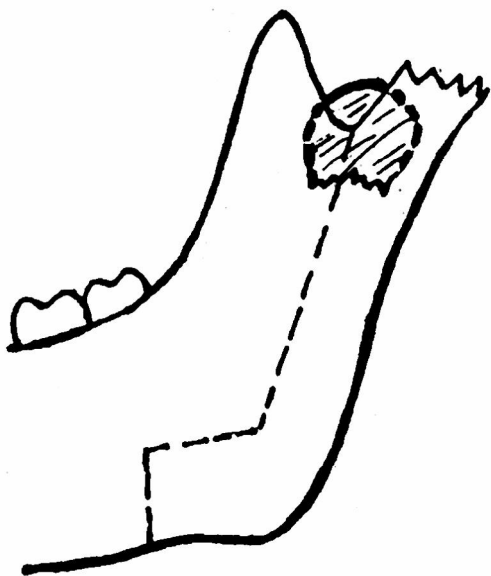
Предложенный способ оперативного вмешательства применен у 5 больных с высокими переломами мыщелкового отростка нижней челюсти, осложненными вывихом или отрывом суставной головки.

Пример конкретного применения способа.

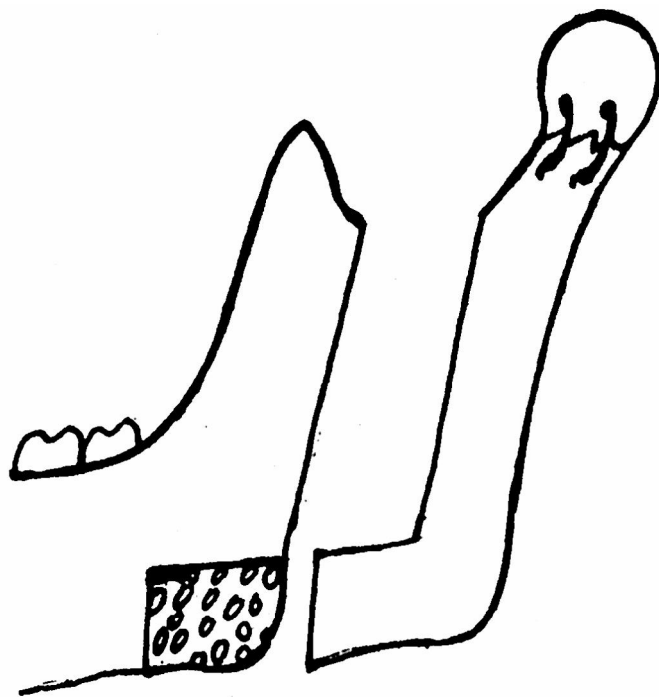
Больной Тульчинский О.П. 1965г.р., история болезни №500, находился на стационарном лечении в клинике ЧЛХ, ОНИИС с 28.09.92г. по 13.10.92г. с диагнозом: Двусторонний перелом нижней челюсти в области мыщелкового отростка:

справа без смещения, слева со смещением, осложненный отрывом суставной головки. 29.09.92г. под назотрахеальным наркозом произведена операция: реплантация и остеосинтез левой суставной головки с использованием дистальной остеотомии ветви нижней челюсти с формированием ступенеобразного выступа, расщепленного по плоскости. В послеоперационном периоде использовали дополнительную иммобилизацию нижней челюсти назубными проволочными шинами. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление первичным натяжением. 13.10.92г. сняты назубные шины и больной выписан на амбулаторное лечение. 26.11.92г. после изучения контрольной рентгенограммы произведено удаление спицы и проволочных швов. Заключение Р-обследования: конфигурация суставной головки сохранена, суставная щель симметрично соответствует противоположной стороне. Клинически: боковые и вертикальные движения нижней челюсти в полном объеме, жевательная эффективность восстановлена полностью.

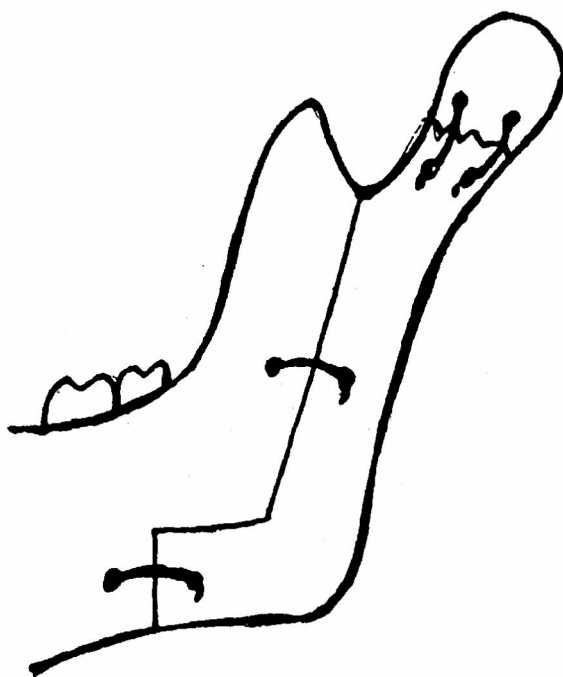
По сравнению с известными способами заявляемая методика позволяет значительно снизить процент послеоперационных осложнений, избежать вторичного смещения отломков, ускорить сроки лечения и реабилитации, за счет этого существенно повысить эффективность оперативного вмешательства.



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3