

ПЕРЕЛОМЫ МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, СКАЗЫВАЮЩИЕСЯ НА СОСТОЯНИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ

Среди травматических повреждений костей лицевого скелета по частоте ведущее место занимают переломы нижней челюсти (Аржанцев П.З. и соавт., 1975; Кабаков Б.Д., Малышев В.А., 1981, и др.).

По данным ряда отечественных и зарубежных авторов, переломы мышелкового отростка в среднем составляют от 3 до 14% от общего числа переломов ветвей нижней челюсти (Козлов В.А., 1975; Кабаков Б.Д., Малышев В.А., 1981), а по данным В.М. Зотова (1980) — 11,4–37% от общего числа переломов нижней челюсти.

Особую группу среди переломов нижней челюсти по особенностям своего клинического течения, диагностике и лечению составляют больные с переломами мышелкового отростка нижней челюсти, что связано с анатомо-функциональными особенностями этой области.

6.1. ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТРОЕНИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА УРОВНЕ ШЕЙКИ

Известно, что переломы мышелкового отростка нижней челюсти сопровождаются не только функциональными, но и анатомическими изменениями в окружающих тканях. Чаще всего эти изменения рассматривались клиницистами с использованием различных методов исследования и специальной аппаратуры (Васильев А.В., 2000). Анализ литературы показал, что топографо-анатомических исследований, которые бы проводились на трупном материале, где имелся перелом мышелкового отростка нижней челюсти со смещением, нет. Неизвестно, какие изменения происходят в тканях, окружающих место перелома на уровне шейки нижней челюсти, а также какие нарушения происходят в ВНЧС и окружающих его тканях на здоровой, противоположной

стороне. Правильное понимание этого вопроса может способствовать рациональному подходу, своевременному и правильному хирургическому лечению этой патологии. При топографо-анатомическом исследовании 8 препаратов ВНЧС (из 20) с нарушениями прикуса нами были обнаружены 2 препарата (мужские) с неправильно сросшимся переломом мыщелкового отростка нижней челюсти с левой стороны. При внешнем осмотре имелись признаки смещения нижней челюсти влево, выявлено нарушение прикуса. После проведенного макро- и микропрепарирования околоушно-жевательной области и ВНЧС нами установлено, что левый мыщелковый отросток нижней челюсти имел неправильную форму, он был смещен в медиальную сторону, а шейка нижней челюсти имела деформированную, изогнутую форму в месте сращения перелома. Высота левого мыщелкового отростка нижней челюсти была на 10 мм короче, чем на здоровой правой стороне. Латеральный край головки левого мыщелкового отростка нижней челюсти располагался частично в нижнечелюстной ямке, а медиальный край был смещен кнутри и кпереди по ходу мышечных волокон латеральной крыловидной мышцы (рис. 6.1).

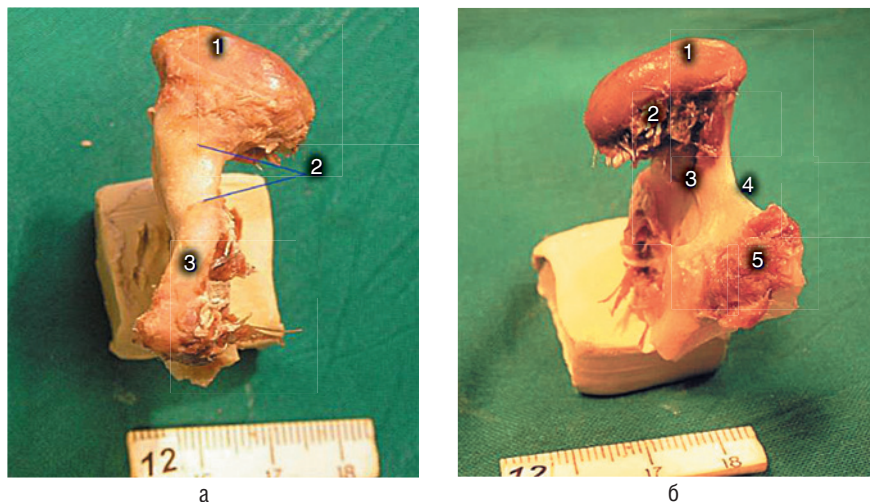


Рис. 6.1. Смещение головки нижней челюсти в медиальную сторону после самостоятельного заживления перелома на уровне шейки нижней челюсти. Макропрепарат после препарирования мыщелкового отростка ветви нижней челюсти (вид спереди) (а, б): 1 — головка нижней челюсти; 2 — место прикрепления латеральной крыловидной мышцы; 3 — шейка нижней челюсти; 4 — вырезка нижней челюсти; 5 — место прикрепления височной мышцы к венечному отростку

Диск ВНЧС был смещен вместе с головкой нижней челюсти в медиальную сторону. Он имел утолщение с медиальной стороны и был значительно уже с латеральной. Капсула ВНЧС была растянута в медиальную сторону за счет смещения головки нижней челюсти внутрь. Разрыва капсулы не наблюдалось, но выявилось утолщение ее стенки с верхнемедиальной стороны. Верхняя половина суставной щели была увеличена в переднемедиальную сторону. Головка нижней челюсти вместе с капсулой ВНЧС прилежала к средней менингеальной артерии и ушно-височному нерву. Суставная поверхность головки нижней челюсти имела анатомические изменения. На ее верхнелатеральной поверхности имелась плоская площадка размером 5×10 мм. На уровне шейки нижней челюсти наблюдалось сращение утолщенной надкостницы с мягкими тканями в виде рубцовых спаек. Верхнечелюстная артерия и сопровождающая ее вена, а также ушно-височный нерв были смещены книзу на 15 мм и располагались на уровне середины ветви нижней челюсти. Диаметр сосудисто-нервных образований, находящихся на уровне сращения, был на 2–4 мм больше, чем на здоровой правой стороне (рис. 6.2).

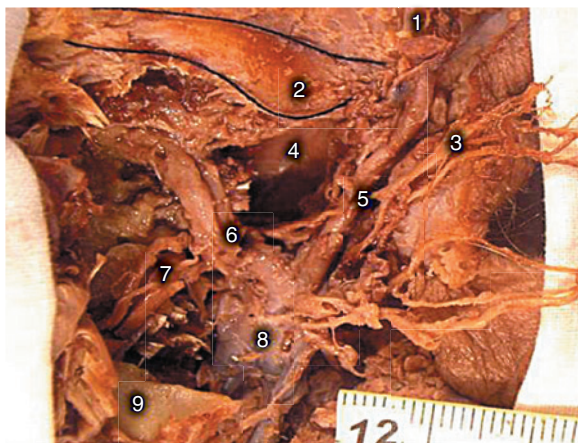


Рис. 6.2. Смещение суставного диска в медиальную сторону левого височно-нижнечелюстного сустава после самостоятельного заживления перелома на уровне шейки нижней челюсти. Макропрепарат после препарирования околоушно-жевательной и глубокой областей лица: 1 — поверхностная височная артерия, вена и ушно-височный нерв; 2 — суставной бугорок; 3 — лицевой нерв; 4 — суставной диск; 5 — связь ушно-височного нерва с височными ветвями лицевого нерва; 6 — верхнечелюстная артерия и одноименная вена; 7 — нижний альвеолярный нерв и сопровождающая его артерия; 8 — нижнечелюстная вена; 9 — ветвь нижней челюсти

На противоположной правой стороне ВНЧС наблюдалось смещение головки нижней челюсти кпереди и латерально. Суставная поверхность головки нижней челюсти располагалась на уровне суставного бугорка и имела анатомические изменения. На ней находилась плоская площадка размером 5×10 мм. Суставной бугорок височной кости имел также плоскую форму. Суставной диск располагался кнаружи и кзади, и его утолщенная латеральная часть выступала на 0,5 см над латеральным краем головки нижней челюсти и суставным бугорком. Поэтому был образован заднелатеральный блок ВНЧС. Суставной диск имел седловидную форму, был утолщен в заднем отделе и истончен в центре на уровне суставного бугорка. Установлено, что суставной диск выравнивал инконгруэнтность суставных поверхностей суставного бугорка и головки нижней челюсти и компенсировал неправильное положение головки нижней челюсти по отношению к суставному бугорку. Сама нижнечелюстная ямка была заполнена разросшейся соединительной тканью. Все движения головки нижней челюсти происходили на суставном бугорке и впереди от него, что свидетельствовало об увеличении верхнего суставного пространства кпереди от суставного бугорка. Надкостница на уровне шейки нижней челюсти не имела анатомических изменений и не была сращена с окружающими мягкими тканями. Верхнечелюстная артерия располагалась на уровне основания шейки нижней челюсти. Индивидуальные изменения были обнаружены и в связочном аппарате ВНЧС: выявлена дополнительная широкая треугольная связка, которая располагалась между венечным отростком нижней челюсти и суставным бугорком. Это свидетельствует о большой компенсаторной возможности ВНЧС к приспособлению его элементов и связочного аппарата к вновь образованным условиям функционирования сустава (рис. 6.3, 6.4).

Таким образом, проведенное топографо-анатомическое исследование показало, что при переломе мышцелкового отростка на уровне шейки нижней челюсти со смещением всегда происходят патологические изменения как в мягких тканях, окружающих место перелома, так и в структурных элементах ВНЧС. Патологические изменения происходят также и в ВНЧС на противоположной здоровой стороне. Поэтому при переломах мышцелкового отростка на уровне шейки нижней челюсти со смещением следует отдавать предпочтение хирургическим методам лечения в виде репозиции головки нижней челюсти с последующим проведением остеосинтеза или мобилизации нижней челюсти. Своевременно оказанная хирургическая помощь такой группе больных будет способствовать правильному функционированию обоих ВНЧС и не приведет к сложным нарушениям движений нижней челюсти.

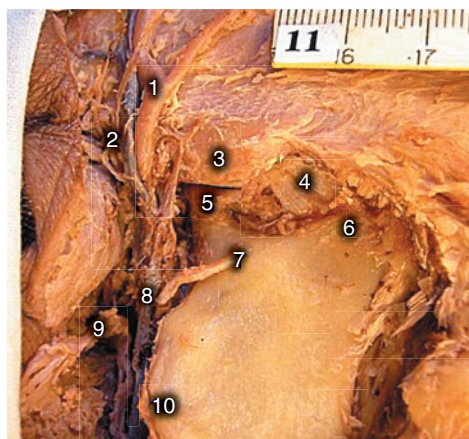


Рис. 6.3. Изменения в анатомическом строении правого височно-нижнечелюстного сустава. Макропрепарат после препарирования околоушно-жевательной области лица: 1 — поверхностная височная артерия и вена; 2 — поверхностные ветви ушно-височного нерва; 3 — суставной бугорок; 4 — дополнительная связка височно-нижнечелюстного сустава между венечным отростком нижней челюсти и суставным бугорком; 5 — суставной диск; 6 — венечный отросток нижней челюсти; 7 — поперечная артерия лица; 8 — занижнечелюстная вена; 9 — лицевой нерв; 10 — угол нижней челюсти

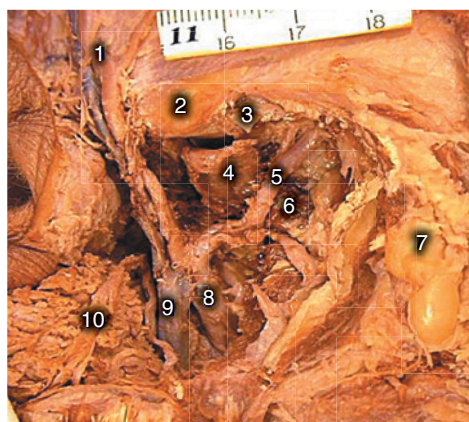


Рис. 6.4. Смещение суставного диска правого височно-нижнечелюстного сустава кпереди. Макропрепарат после препарирования околоушно-жевательной и глубокой областей лица: 1 — поверхностная височная артерия и вена и ушно-височный нерв; 2 — суставной бугорок; 3 — дополнительная связка височно-нижнечелюстного сустава между венечным отростком нижней челюсти и суставным бугорком (отрезана); 4 — суставной диск; 5 — верхнечелюстная артерия; 6 — латеральная крыловидная мышца; 7 — жировой комок щеки; 8 — наружная сонная артерия; 9 — занижнечелюстная вена; 10 — лицевой нерв