

Принцип комплексного лечения и реабилитации пациентов с костными дефектами нижней челюсти, реализуемого совместным трудом челюстно-лицевых хирургов, ортопедов-стоматологов, анестезиологов, терапевтов, психоневрологов и других специалистов, позволяет получить хорошие функционально-эстетические результаты в лечении больных с данной патологией. К сожалению, необходимость применения дорогостоящего оборудования, инструментов и материалов, отсутствие системы государственной помощи пациентам, нуждающимся в проведении комплексной реабилитации, ограниченные финансовые возможности пациента зачастую влияют на выбор методов лечения и конструкции челюстно-лицевого протеза.

Заключение. Таким образом, лишь сочтанный труд челюстно-лицевых хирургов и ортопедов-стоматологов может создать базисные условия для последующей социальной реабилитации пациентов со сложной патологией челюстей. Необходимым кажется дальнейшая разработка системы нормативно-правового, финансового и организационного обеспечения лечебного процесса

*Шевченко Л.В., Шевченко А.Ю., Пахлеванян С.Г.*

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРЕЛОМОВ СУСТАВНЫХ ОТРОСТКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

*НИУ «Белгородский государственный университет»*

Переломы костей лицевого скелета являются одной из самых распространенных причин, обуславливающих необходимость стационарного лечения пострадавшего и, по нашим данным, составляют 21,5% среди всех госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии БОКБ Святителя Иоасафа. При этом переломы нижней челюсти занимают первое место (80%) среди переломов костей лицевого скелета.

Большинство публикаций, касающихся переломов нижней челюсти, посвящено вопросам клинической характеристики и диагностики переломов. Лишь отдельные специальные руководства с исчерпывающей полнотой освещают также и вопросы дифференциальной диагностики всех видов переломов. Вместе с тем, в изданных учебниках и журнальных статьях, доступных широким кругам практических врачей-стоматологов, уделяется недостаточно внимания дифференциально-диагностическим признакам переломов нижней челюсти. Отсутствует всесторонняя детализация сходных и отличительных признаков сложных переломов. В частности, при изложении такого важного вопроса как перелом суставного отростка в литературе недостаточно четко

описан ряд важнейших клинических признаков, решающих точный дифференциальный диагноз перелома. Таковы, по нашему мнению, причины, объясняющие весьма высокий процент (35%) неправильных диагнозов у больных, поступивших в клинику кафедры хирургической стоматологии из различных лечебных учреждений.

Ввиду того, что дифференциально-диагностические признаки всех видов переломов нижней челюсти требуют весьма обширного описания, в настоящей статье мы ограничимся изложением дифференциации лишь одного вида перелома — суставных отростков нижней челюсти. Такой выбор обусловлен тем, что эти переломы являются наиболее тяжелыми и менее доступными как для их клинического исследования, так и рентгенографии, и дают самый высокий процент ошибочных предварительных диагнозов. Так, из 140 больных с переломами суставных отростков у 71 пострадавшего правильный диагноз был установлен лишь в клинике. В остальных случаях медицинские учреждения, направившие больных в клинику, переломы суставных отростков либо вовсе не диагностировали, либо принимали за одно- или двусторонний вывих нижней челюсти.

Если при переломах патологическая подвижность кости на месте перелома и крепитация концов отломков является одним из основных симптомов, то при переломах суставных отростков эти признаки практически определить не представляется возможным. Кроме того, эти диагностические приемы, по нашему мнению, должны быть изъяты из методики обследования больного с переломом этой локализации, так как использование их влечет за собой опасность повреждения челюстной артерии концами отломков, особенно в случаях смещения короткого отломка внутрь.

При дифференцировании двусторонних переломов суставных отростков со смещением отломков от двусторонних передних вывихов челюсти мы обращаем особое внимание на следующие отличительные признаки.

1. В обоих случаях прикус открытый, но для вывиха характерно выдвигание подбородка и фронтальных зубов нижней челюсти вперед, а для перелома — смещение кзади. Внешний вид больного с вывихом напоминает картину прогении, а с переломом суставных отростков — прогнатию.

2. У больного с переломом суставных отростков амплитуда движения челюсти больше и ее ограничение обусловлено болевыми ощущениями в области суставных отростков. При вывихе возможно лишь некоторое отведение нижней челюсти, и ограничение размаха движений челюсти в меньшей степени обусловлено болью.

3. Более отвесное и дистальное расположение задних краев ветви характерно для перелома.

4. У пострадавшего с переломом ощупывание верхнего отдела заднего края ветви обнаруживает деформацию его и локализованную боль, что не определяется у больного с вывихом челюсти.

5. В обоих случаях при пальцевом исследовании через наружный слуховой проход не определяется подвижность суставных головок, но при переломе (без вывиха суставной головки) впереди козелка уха не выражено западение мягких тканей, которое обязательно сопровождает вывих.

6. При рентгенограммах в боковой проекции суставного отростка с переломом его (не сопровождающимся вывихом) суставная головка определяется позади суставного бугорка (в суставной ямке); кроме того, в одной или обеих проекциях определяется щель перелома. На рентгенограммах суставного отростка при вывихе хорошо определяется нарушение анатомического взаимоотношения в суставе лишь в боковой проекции, на которой суставная головка находится впереди суставного бугорка в подвисочной ямке выше уровня дна суставной впадины.

При одностороннем переломе или вывихе нижней челюсти описанные выше местные изменения в области сустава имеются лишь на одной стороне. Наиболее наглядным дифференциальным признаком, позволяющим отличить односторонний вывих нижней челюсти от одностороннего перелома суставного отростка, является: выдвигание нижней челюсти вперед и смещение средней линии в здоровую сторону при вывихе, а в случае перелома — смещение челюсти кзади и в больную сторону. Следствием этого является уплощение пораженной стороны лица при вывихе, а в случае перелома — уплощение здоровой стороны.

Довольно сложная дифференциальная диагностика между задним вывихом и переломом суставного отростка нижней челюсти, так как у них сходная, до некоторой степени, клиническая картина. В том и другом случаях челюсть смещается кзади без нарушения симметрии при двустороннем поражении, а при одностороннем средняя линия челюсти смещена в больную сторону. В обоих случаях отмечается дистальное расположение заднего края ветви нижней челюсти с пораженной стороны, боль в области сустава и ограничение подвижности челюсти. Может быть идентичным и анамнез повреждения.

При дифференциальной диагностике необходимо помнить, что этот вид вывиха нижней челюсти встречается чрезвычайно редко. За последние 10 лет мы наблюдали лишь одну больную с односторонним задним вывихом челюсти, наступившим во время удаления нижнего зуба мудрости с применением большой силы, направленной вниз и кзади. Стоматолог, направивший больную в клинику, был убежден, что у больной

перелом суставного отростка. После госпитализации пострадавшей большинство сотрудников клиники оставалось при таком же мнении. Установлению окончательного диагноза помогли следующие клинические признаки, совершенно исключавшие перелом суставного отростка: 1) при переломе контакт определяется лишь на дистальных антагонизирующих зубах за счет абсолютного укорочения ветви, а во фронтальном участке прикус разобщен. В случае же заднего вывиха жевательные поверхности больших коренных зубов разобщены, что указывает на относительное удлинение ветви, которое при переломах не наблюдается;

2) фронтальные зубы в случае вывиха сомкнуты в положении глубокого прикуса и прижаты к слизистой- оболочке неба, чего не бывает ни при переднем вывихе, ни при переломе;

3) при переломе сохраняется значительная амплитуда движений челюсти, а при вывихе она почти неподвижна.

Итак, для постановки точного диагноза переломов суставного отростка необходимо иметь ясные представления о клинической и рентгенографической картине переломов нижней челюсти всех локализаций, а также переднего и заднего вывихов челюсти.

*Шевченко Л.В., Шевченко А.Ю., Пахлеваян С.Г.*

## **ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

*НИУ «Белгородский государственный университет»*

Имеющиеся клинико-экспериментальные исследования, посвященные изучению влияния физических упражнений на больных с переломами нижней челюсти, не дают полного представления о методике проведения, сроках назначения, показаниях и противопоказаниях к их применению и не разрешают многих других вопросов, связанных с применением лечебной физкультуры у этих больных.

Задачей данной работы являлось изучение влияния лечебной физкультуры на тонус жевательных мышц у больных с переломами нижней челюсти, леченных оперативным (остеосинтез) и ортопедическим (шинированием) путями.

Наблюдения за изменением тонуса мышц при различных физиологических и патологических состояниях представляет существенный интерес, поскольку они свидетельствуют о сложнорефлекторных и функциональных сдвигах в целом организме или в отдельных его системах.