

**МЕТОДИКА ОДНОПОЛЮСНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ  
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА САПФИРОВЫМ  
ЭНДОПРОТЕЗОМ ПРИ ВЫСОКИХ ПЕРЕЛОМАХ  
МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Рябоконь Е.Н.**

*Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина*

Мировой клинический опыт показывает, что эндопротезы височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) можно использовать для первичного (непосредственного) замещения дефектов суставной головки нижней челюсти при высоких переломах мышцелкового отростка, когда остеоситез или реплантацию произвести невозможно. Однополюсное эндопротезирование ВНЧС с успехом можно использовать при оперативном лечении этого вида травмы нижней челюсти, когда сохраняется внутрисуставной диск.

При высоких переломах мышечкового отростка нижней челюсти применяется следующая методика однополюсного эндопротезирования ВНЧС сапфировым эндопротезом. Производится разрез кожи, окаймляющий угол нижней челюсти длиной 5-7 см в позадищелюстной области, отступая от края мочки уха на 1 см и, отступив от нижнего края челюсти на 1,5-2 см. Послойно рассекают мягкие ткани и доходят до надкостницы нижнечелюстной кости. Скальпелем рассекают сухожилия и надкостницу по краю ветви и угла нижней челюсти в области прикрепления сухожилий собственно жевательной мышцы, оставляя неповрежденными лицевые артерию и вену. Распатором отслаивают только задние пучки собственно жевательной мышцы и скелетируют наружную поверхность заднего края угла и ветви челюсти до уровня перелома. При этом медиальная крыловидная мышца не отслаивается.

Затем оттягивают нижнюю челюсть книзу и приступают к извлечению суставной головки (или её осколков), которая, как правило, располагается на внутренней поверхности ветви челюсти, смещаясь к основанию черепа в переднемедиальном направлении. Головку захватывают зажимом и извлекают наружу. При застарелых переломах головку осторожно выделяют от рубцов и измененных тканей.

В ситуации, когда сохраняется связь суставной головки с латеральной крыловидной мышцей, последнюю берут на лигатуру (или лигатуры), которую затем прочно фиксируют в области шейки эндопротеза. При отрыве латеральной крыловидной мышцы в узкой ране не всегда удастся взять сокращённую мышцу на лигатуру. Для облегчения данного этапа производят резекцию шейки мышечкового отломка. После резекции остатка мышечкового отростка эту манипуляцию удастся сделать значительно легче, так как открывается более широкий обзор дна и стенок операционной раны. При манипуляциях в глубине раны их следует производить осторожно, избегая повреждения верхнечелюстной артерии, нервных стволов и внутрисуставного диска ВНЧС.

Далее нижнюю челюсть устанавливают в прикус с верхней челюстью и фиксируют межчелюстной тягой к ранее фиксированным на зубных рядах шинам. После этого приступают к выбору типоразмера и припасовке искусственного сапфирового эндопротеза головки нижней челюсти. Выбрав имплантат необходимого размера, его, вводят головкой в суставную ямку, плотно придавливая к внутрисуставному диску, после чего прижимают к ветви нижней челюсти. По краям ножки эндопротеза на кости отмечают место расположения ножки имплантата.

Долговечность функционирование эндопротеза зависит от плотности его контакта с воспринимающим ложем ветви нижней челюсти и жёсткости фиксации. Плотность контакта эндопротеза к костному ложу зависит от его протяженности и того, как оно сформировано. Для этого на наружной поверхности ветви нижней челюсти, ближе к заднему краю, создается ровная воспринимающая площадка для эндопротеза шириной такой же, как ножка имплантата и протяженностью от линии перелома (или остеотомии) до нижнего края челюсти (на длину эндопротеза). С этой целью фрезой снимаются возвышения, и неровности компактного слоя кости до появления кровотока точек. Создаются ретенционные уступы, препятствующие смещениям эндопротеза при ранних функциональных нагрузках. Эта манипуляция приводит к более плотному прилеганию эндопротеза к костной ткани, создавая условия для быстрой адаптации кости к материалу имплантата.

Операционное поле тщательно промывают раствором фурациллина для удаления костной стружки, образовавшейся при обработке. Затем плотно подгоняют к воспринимающему костному ложу эндопротез.

Важным моментом при однополюсном эндопротезировании сустава для получения полноценного сочленения является контакт головки эндопротеза с внутрисуставным диском. Когда внутрисуставной диск смещён, его возвращают в нижнечелюстную ямку височной кости. Головку эндопротеза укладывают в суставную ямку к внутрисуставному диску, а ножку на сформированное костное ложе и фиксируют. Эндопротез закрепляют внакладку винтами (рис. 1). Для восстановления функции латеральной крыловидной мышцы её свободный конец фиксируется лигатурой вокруг шейки эндопротеза.



Рис. 1 Однополюсное эндопротезирование височно-нижнечелюстного сустава.

Немаловажным моментом является попытка восстановить целостность суставной капсулы, которая после восстановления способна продуцировать синовиальную жидкость, естественную своеобразную смазку трущихся поверхностей сустава. Края суставной капсулы

прошивают лигатурами из капрона и плотно фиксируют со всех сторон к шейке эндопротеза, охватывая со всех сторон его головку. Затем собственно жевательную мышцу укладывают на место и послойно ушивают. Обращают вниманием на полное распрямление волокон собственно жевательной мышцы, особенно на поверхности обращенной к кости. Для этого костной ложкой движениями из глубины раны кнаружи распрямляют подвернутые мышечные волокна. Жевательную мышцу фиксируют к надкостнице и медиальной крыловидной мышце по краю угла и ветви нижней челюсти П-образными или 8-образными мышечными швами. В ране оставляют резиновый дренаж. Накладывают асептическую повязку.