

ческих моделей напряженно-деформированного состояния челюстей.

Список литературы

1. **Бегун П. И.** Биомеханика: Учебник для вузов / П.И.Бегун, Ю.А. Шукейло. - СПб.: Политехника, 2000.-463 с.
2. **Воробьев В. П.** Анатомия, гистология и эмбриология полости рта и зубов / В.П. Воробьев, Г.В. Ясвинин. - Москва-Ленинград: Госмедиздат, 1936.
3. **Метод** механико-математического исследования усилий и напряжений в нижней челюсти при физиологической нагрузке / В.И.Семенов, А.Н. Туманюк // Стоматология.- 1983.- №3.- С.23-25.
4. **Baron P., Debussy T.** A biomechanical functional analysis of the mastication muscles in man // Archives of Oral Biology. - 1979. - Vol.24. - P.547-553.
5. **Benington P. C. M., Gardener J. E., Hunt N. P.** Masseter muscle volume measured using ultrasonography and its relationship with facial morphology // European Journal of Orthodontics 1999. - Vol.21.- P.659-670.
6. **Carlsoo, S.** Nervous Coordination and Mechanical Function of the Mandibular Elevators // Acta Odontol Scand 10(Suppl. 11). -1952. - Vol.1.-P.132.
7. **van Eijden T.M., Korfage J.A., Brugman P.** Architecture of the human jaw-closing and jaw-opening muscles // Anat Rec. - 1997. - Vol.248. - P.464-474.
8. **Goto T.K., Yahagi M., Nakamura Y., Tokumori K., Langenbach G.E.J., Yoshiura K.** In vivo Cross-sectional Area of Human Jaw Muscles Varies with Section Location and Jaw Position // J. Dent Res. - 2005.- Vol.84(6).- P. 570-575.
9. **Kiliaridis S., Kälébo P.** Masseter muscle thickness measured by ultrasonography and its relation to facial morphology // Journal of Dental Research. - 1991. - Vol. 70. - P.1262-1265.
10. **Koolstra J.H., van Eijden T.M., Weijs W.A.** An iterative procedure to estimate muscle lines of action in vivo // J. Biomechan.-1989. - Vol.22. - P.911-920.
11. **Newton J.P., Abel R.W., Robertson E.M., Yemm R.** Changes in Human Masseter and Medial Pterygoid Muscles with Age: A Study by Computed Tomography // Gerodontics. - 1987. - Vol.3. - P. 151-154.
12. **Van Spronsen P. H., Koolstra J. H., van Ginkel F. C., et al.** Relationships between the orientation and moment arms of the human jaw muscles and normal craniofacial morphology // European Journal of Orthodontics.-1997.-Vol.19.-P. 313-328.
13. **Van Spronsen P.H., Weijs W.A., Valk J., Prahl-Andersen and B., van Ginkel F.C.** Comparison of jaw-muscle bite-force cross-sections obtained by means of magnetic resonance imaging and high-resolution CT scanning //J. Dent Res. - 1989. - Vol.68. - P.1765-1770.
14. **Weijs W. A., Hillen B.** Relationships between masticatory muscle cross-section and skull shape // Journal of Dental Research. - 1984. - Vol.63. - P.1154-1157.
15. **Weijs W. A., Hillen B.** Relationship between the physiological cross-section of the human jaw muscles and their cross-sectional area in computer tomograms // Acta Anatomica. - 1984. - Vol.118. - P.129-138.
16. **Wolff J.** Über die innere Architectur der Knochen und ihre Bedeutung für die Frage vom Knochenwachstum // Virchow's Archiv. - 1870. - Vol.50.- P.389-450.
17. **Xu J.A., Yuasa K., Yoshiura K., Kanda S.** Quantitative analysis of masticatory muscles using computed tomography // Dento-Maxillo-Facial Radiol.- 1994.- Vol.23.- P.154-158.

Поступила 18.05.11.

УДК 616.315-007-089.844-06

Х. Г. Ашуралиев

Национальный медицинский университет

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И ОСТАТОЧНЫХ ДЕФЕКТОВ НЕБА ПОСЛЕ УРАНОСТАФИЛОПЛАСТИКИ

Цель работы состояла в изучении послеоперационных и остаточных дефектов неба после ураностафилопластики на основе архивных данных кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста НМУ им. А. А. Богомольца. Проведенные исследования позволили проанализировать причины вторичных дефектов неба, частоту вторичных и остаточных дефектов при применении различных методов ураностафилопластики, распределение пациентов по возрасту, формы и способы устранения дефектов. Также был проведен анализ результатов предшествующих операций по ликвидации вторичных дефектов неба.

Ключевые слова: остаточные и вторичные дефекты, ураностафилопластика

Х. Г. Ашуралиев

Национальный медицинский университет

АНАЛІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ І ЗАЛИШКОВИХ ДЕФЕКТІВ ПІДНЕБІННЯ ПІСЛЯ УРАНОСТАФІЛОПЛАСТИКИ

Мета роботи полягала вивченні післяопераційних і залишкових дефектів неба після ураностафілопластики на основі архівних даних кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ ім. А. А. Богомольця. Проведені дослідження дозволили проаналізувати причини вторинних дефектів піднебіння, частоту вторинних і залишкових дефектів при застосуванні різних методів ураностафілопластики, розподіл пацієнтів за віком, форми і способи усунення дефектів. Також був проведений аналіз результатів попередніх операцій з ліквідації вторинних дефектів піднебіння.

Ключові слова: залишкові і вторинні дефекти, ураностафілопластика

Khayal Ashuraliyev

National Medical University

THE ANALYSIS OF POSTOPERATIONAL AND RESIDUAL DEFECTS OF PALATE AFTER URANOSTAPHYLOPLASTY

Aim of the study of postoperative and residual defects palate after cleft palate repair based on historical data of the Department of pediatric oral and maxillofacial surgery NMU after the AABogomolets. Studies have permitted us to analyze the causes of secondary defects palate, the frequency of secondary and residual defects in the application of different methods cleft palate repair, the distribution of patients by age, shape, and how to resolve defects. Also analyzed the results of previous operations on the Elimination of secondary defects palate.

Key words: remaining and secondary defects, cleft palate repair

Дефекты неба могут быть как врожденного, так и приобретенного генеза. Первые являются следствием

несращения его тканей в процессе эмбриогенеза, вторые возникают либо в результате ранее проведенных оперативных вмешательств по поводу врожденных несращения или травматических, опухолевых, воспалительных повреждений тканей.

Согласно данным научной литературы, частота случаев рождения детей с врожденными несращениями неба варьирует от 1 на 300 до 1 на 2000. В Украине она составляет 1 на 1000 [1, 8]. Статистические исследования, проведенные в течение последних лет, свидетельствуют об увеличении количества таких больных [7]. В реабилитации данной категории больных одним из ключевых моментов, непосредственно влияющим на ее результат, является хирургический метод лечения (ураностафилопластика), задача которого состоит в восстановлении анатомических элементов всех отделов неба и создании предпосылок для достижения адекватной замыкательной функции небо-глоточного кольца. После проведения различных видов и методик вмешательств часто возникают послеоперационные дефекты в области переднего, среднего и других отделов твердого неба или на границе твердого и мягкого неба. По данным различных источников литературы их число достигает 75% и более [1-6].

Лечение остаточных и послеоперационных дефектов неба является актуальной задачей хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Причины появления вторичных дефектов неба после первичной операции – крайне разнообразны. Основными причинами таких осложнений следует считать неправильное планирование и несоблюдение техники операции; некроз слизисто-надкостничных лоскутов вследствие нарушения их питания; несостоятельность швов ввиду последующей ретракции лоскутов, нарушений репаративной регенерации, обусловленной наличием сопутствующей заболеваний внутренних органов либо иммунологических нарушений организма, воспалительных инфильтратов или нагноений ран, связанных с гематомами, или возникновением острых инфекционных заболеваний в ближайшем послеоперационном периоде; неправильным послеоперационным ведением больных; Однако, при проведении двух- или трехэтапных операций на небе имеются дефекты неба, преднамеренно оставленные, т.е. остаточные.

Приобретенные вторичные дефекты неба по объему могут быть тотальными и субтотальными, последние по величине – малые, средние и большие, по форме: округлые, овальные, ромбовидные, щелевидные, неправильной формы и др. Хирургическое устранение таких дефектов представляет собой трудную задачу.

Цель исследования. Анализ данных архива клиники кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста НМУ им. А.А.Богомольца с 1996 по 2011 год.

Для выяснения частоты вторичных и остаточных дефектов неба в связи с применением различных методик ураностафилопластики нами изучены 150 архивных историй болезни лиц, находившихся на лечении в челюстно-лицевом отделении кафедры.

Результаты исследования. Первая группа историй болезни (89) касалась больных, оперированных по поводу вторичных дефектов неба (табл. 1, 2).

Таблица 1

Анализ архивного материала клиники по возрасту, видам дефектов и методике их устранения

Распределение больных по возрасту	1-3 год -11 больных (12.3)	7-9 лет -18 больных (20.2)
	4-6 лет -28 больных (31.5)	10лет < -32 больных (36)
Форма дефекта	Округлый-25(28)	Овальный-25(28)
	Ромбовидный-4(4.5)	Щелевидный-35(39.5)
В каком участке неба?	Средней отдел тв.неба -12	задний отдел тв.неба-8
	На границе тв. и мягкого неба-46	
	передней отдел тв. неба-9	на мягком небе - 14
Формы лоскутов,с помощью которых устранялся дефект	Опрокинутый на 180 -33 (37)	Скользкий - 8 (9)
	Мостовидный-15 (17 %)	По Дубова-6 (6,7 %)
	Языкообразный-24 (27 %)	Лскут с языка-3(3,3 %)
Всего:89 истории болезни		

Среди 89 больных у 81 первичная ураностафилопластика ранее была произведена в нашей клинике, у 8 – в других лечебных учреждениях.

Локализация вторичных дефектов твердого и мягкого неба была разнообразной. Располагаясь по ходу бывшего несращения, они отмечены в различных отделах твердого и мягкого неба. Дефекты мягкого неба были представлены в виде короткого и деформированного рубцами мягкого неба, которые вели к его поперечному натяжению и резкому уменьшению подвижности.

Анализ данных табл. 1 показывает, что преимущественное большинство (46) вторичных дефектов приходится на границе твердого и мягкого неба, а остальные распределились в других областях неба, лишь в 14 случаях имелись вторичные дефекты мягкого неба.

Факт наличия дефектов на границе твердого и мягкого неба (место наибольшую натяжения небных слизисто-надкостничных лоскутов) скорее всего, свидетельствуют о технических погрешностях в проведении основных этапов ураностафилопластики. Это выкраивание и мобилизация основных лоскутов, освобождение их от заднего края твердого неба, “снятие” сухожилия *m.tensor veli palatini* с крючка, освобождение лоскутов от внутренних поверхностей медиальных пластинок крыловидного отростка основной кости, выведения сосудисто-нервных пучков из крылонебных каналов. Дефекты в переднем отделе твердого неба чаще всего возникают в результате того, что, для удлинения мягкого неба приходится сдвигать слизисто-надкостничные лоскуты кзади и к центру. При этом, допускаются ошибки при планировании ликвидации дефекта переднего отдела твердого неба и альвеолярного отростка. Дефекты среднего и

заднего отделов твердого неба встречаются несколько реже, и их возникновение зависит, главным образом, от недостатка пластического материала или плохой мобилизации слизисто- надкостничных лоскутов при проведении уранопластики. Дефекты мягкого неба возникают также от недостаточной мобилизации мышцы для перемещения лоскутов к средней линии, что обычно приводит к укорочению мягкого неба. Воспалительные процессы, возникающие в послеоперационном периоде, также приводят к расхождению краев раны, рубцеванию тканей, деформации мягкого неба вследствие сокращения тканей.

В большинстве (41 %) случаях дефект ликвидирован опрокинутыми лоскутами, а остальные или мостовидными или языкообразными или скользящими лоскутами или по методу Дубова либо Кабаков (в переднем отделе).

В целях ликвидации вторичных дефектов у 62 больных было произведено 2, у 19 больных 1, у 8 больных 3 и больше оперативных вмешательства до этого (табл. 2).

Таблица 2

Количество предшествующих операций по ликвидации вторичных дефектов неба

Одна операция	Две операции	Три и больше операции
19 больных (22 %)	62 больных (69,3 %)	8 больных (8,7 %)

Анализ устранения остаточных дефектов неба различными методами

Опрокинутый на 180° лоскут	Мостовидные	Языкообразный	Сошниковый	Основными слизисто-надкост. Лоскута-ми	Скользящий	Лоскут с языка
24 (39.3%)	10 (16.4%)	7 (11.5%)	5 (8.2%)	10 (16.4%)	3 (4.9%)	2 (3.3%)
ВСЕГО: 61 больных						

Вторичные дефекты, особенно в переднем и среднем отделах твердого неба, обусловлены следующими причинами: отмечается плохое заживление ран вследствие образования рубцовой ткани, которая имеет плохое кровоснабжение; из-за рубцового изменения лоскутов в переднем и среднем отделах, при опрокидывании их на 180° кровоснабжение нарушается еще больше; часто выкраиваются малые по размерам лоскуты, которые в послеоперационном периоде уменьшаются в размерах, в результате чего происходит их ретракция и дефект обнажается. Необходимо отметить, что вследствие анатомических особенностей края дефектов во время операции освежаются недостаточно.

Остаточные дефекты неба – преднамеренно оставленные дефекты, преимущественно у детей в возрасте от 1 года до 6 лет, которым обычно в возрасте до 2-х лет была выполнена велоластика. Остаточные дефекты устраняется традиционными методиками или с зависимости от ширины дефекта используются разные методики. Два мостовидный лоскуты, сошниковые лоскуты, лоскуты с языка, основной слизисто надкостничные лоскуты, два языкообразные лоскуты, два мостовидные + лоскуты Кабакова либо Дубова,

Вторая группа историй болезни (61) касалась больных, оперированных по поводу остаточных дефектов неба (табл. 3, 4).

Таблица 3

Анализ архивного материала по возрасту больных с остаточными дефектами неба

1-3 год	4-6лет	7лет и старше
25 больных (41%)	27 больных (44%)	9 больных (15%)

Анализ данных табл. 3 показывает, что среди 61 больных 25 (41 %) оперировались в 1-3 год, 27 (44 %) больных в 4-6 лет, 9 (15 %) больных в 7 лет и старше. Большинство дефектов (39,3 %) ликвидировалось опрокинутыми на 180 лоскутами, а остальные или мостовидными, языкообразными, скользящими, с основными лоскутами или лоскутами с языка и сошника (табл. 4).

Заключение. Вторичные дефекты неба возникают в результате оперативных вмешательств по поводу врожденных несращений. Согласно полученным нами данным, вторичные дефекты наиболее часто встречались на границе твердого и мягкого неба (51,7 %), в 10,1 % случаев – в переднем отделе твердого неба, 15,7 % - на мягком небе, 13,5 % - в среднем отделе, 9,0 % - в заднем отделе твердого неба. Преобладала щелевидная форма дефекта (39,5 %).

Таблица 4

Опрокинутые на 180° лоскуты является лоскутами которые используются для устранения остаточных дефектов неба.

Список литературы

1. **Бернадский Ю. И.** Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Бернадский Ю.И. - М.: Медицинская литература, 1999. - 444с
2. **Дмитриева В. С.** Хирургическое лечение врожденных и послеоперационных дефектов неба / В. Дмитриева, Р. Ландо - М.: Медицина, 1968.- 220с.
3. **Самар Э. Н.** Особенности хирургического лечения больных с врожденными расщелинами неба в различном возрасте : автореф. дис. на получение науч. степени. д-ра мед.наук: спец. 14.00.21 “Стоматология” / Э. Н. Самар - М., 1975.- 45с.
4. **Пат. №2012240** РФ. МПК 6 А61В17/24. Способ закрытия дефекта неба при уранопластике / Муратов И.В., Котов Г.А. Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи.- №98104317/14; опубл. 11.03.1998; заявл. 20.11.1999.
5. **Пат. №2240062** РФ. МПК 7 А61В17/24. Способ реконструкции дефектов твердого неба / Радкевич А.А., Гюнтер В.Э., Юшков М.Ю.- №2003124263/14; опубл. 01.08.2003; заявл. 10.11.2004.

6. Пат. №49569UA, МПК А61В17/00. Спосіб ліквідації дефекту твердого піднебіння / Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Харьков А.Л., Єфименко В.П., Ковтун Т.О.; Національний медичний університет імені О.О.Богомольця. - №2001129227; опубл. 29.12.2001; заявл. 16.09.2002, бюл.№9.

7. Харьков Л. В. Хирургическое лечение врожденных несращений неба / Харьков Л.В. - Киев, Здоровья.- 1992.- 200с.

8. Харьков Л. В., Вильям Шоу, Гунвор Семб. Обзор состояния помощи детям с несращениями верхней губы и неба в европейских странах / Л. В. Харьков, Шоу Вильям, Семб Гунвор // Висник стоматології.- 2001. - №3. - С. 55-59

Поступила 23.06.11

O. V. Lyubchenko

Kharkiv Medical Academy of Postgradual Education

TREATMENT OF OSTEO-DESTRUCTIVE TEMPERO-MANDIBULAR JOINT PATHOLOGIES INVOLVING DOMESTIC BIPOLAR ENDOPROSTHESIS FULL WITH DISTRACKIONNYM DEVICE

This article describes the experience of the treatment of patients with bone-crippling defeat tempero-mandibular joint, with the use of bipolar Endoprosthesis tempero-mandibular joint with distrackionnym device for simulate branch of lower jaw with the affected parties, adaptively growth branches on the healthy side.

Key words: ankylosis, tempero-mandibular joint, hip, children.

Костно – деструктивная патология ВНЧС занимает особое место среди стоматологических заболеваний в силу сложности клинической картины врачей различного профиля. Кроме челюстно — лицевого хирурга этой патологией занимаются специалисты оториноларингологи, невропатологи, психиатры, что обусловлено трудностями диагностики и последующей реабилитации. Среди всех заболеваний ВНЧС самым тяжелым является анкилозирование суставов.

Анкилоз ВНЧС — это стойкое органическое изменение в суставе или в окружающих тканях, ведущее к значительному ограничению или полной потере подвижности в следствие разрастания фиброзной или костной ткани [2,4]. При фиброзном анкилозе отмечают деструктивные изменения хрящевой ткани вплоть до полного исчезновения хряща, суставной поверхности головки, межсуставного диска и суставной впадины височной кости. Это приводит к сращению суставной головки и суставной впадины височной кости плотной фиброзной тканью, которая нередко подвергается оссификации. При костном анкилозе образуется костное сращение мышечкового отростка с височной костью. При этом мышечковый отросток деформируется — уплощается, расширяется, а суставная головка утолщается. Иногда мышечковый и венечный отростки, образуя костный конгломерат значительной толщины, срастаются с основанием черепа, скуловой дугой и верхней челюстью.

Причиной внутрисуставных сращений могут быть инфекционные артриты и травматические повреждения в детском возрасте, чаще родовая травма. У детей анкилоз чаще развивается в результате гнойного отита или гематогенного остеомиелита суставных отростков нижней челюсти. Инфекция вызывает вначале острый воспалительный процесс ВНЧС, переходящий в хронический, который является в последующем причиной анкилозирования.

Механизм развития костного анкилоза после перелома шейки суставного отростка нижней челюсти у детей происходит следующим образом: сместившаяся головка нижней челюсти сохраняет эпифизарные зоны роста, продолжающие функционировать — продуцировать новую костную ткань, которая постепенно заполняет нижнечелюстную ямку, срастается

© Любченко А. В., 2011.

УДК 616.724-008.6.004.67:616.716.4-001.5

А. В. Любченко, к. мед. н.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ЛЕЧЕНИЕ КОСТНО – ДЕСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО – НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С ПРИМЕНЕНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ДВУХПОЛЮСНОГО ПОЛНОГО ЭНДОПРОТЕЗА С ДИСТРАКЦИОННЫМ УСТРОЙСТВОМ

В статье представлен опыт лечения пациентов с односторонним костно – деструктивным поражением височно – нижнечелюстного сустава, с применением полного двухполосного эндопротеза височно – нижнечелюстного сустава с дистракционным устройством, позволяющим моделировать ветвь нижней челюсти с пораженной стороны, адаптивно росту ветви на здоровой стороне.

Ключевые слова: анкилоз, височно – нижнечелюстной сустав, эндопротез, дети.

О. В. Любченко

Харківська медична академія післядипломної освіти

ЛІКУВАННЯ КІСТКОВО – ДЕСТРУКТИВНОЇ ПАТОЛОГІЇ СКРОНЕВО – НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ВІТЧИЗНЯНОГО ДВОПОЛЮСНОГО ПОВНОГО ЕНДОПРОТЕЗА З ДИСТРАКЦІЙНИМ ПРИСТРОЄМ

У статті наведено досвід лікування хворих з однобічним кістково – деструктивними ураженнями скронево – нижньощелепного суглобу з дистракційним пристроєм, що дозволяє моделювати гілку нижньої щелепи з ураженої сторони, адаптивно росту гілки на здоровому боці.

Ключові слова: анкилоз, скронево – нижньощелепний суглоб, ендопротез, діти.