

К вопросу о лечении рубцовых анкилозов нижней челюсти.

(Сообщено на I Поволжском Съезде Врачей в г. Казани).

Проф. П. А. Глушкова.

Волна различного рода эпидемий, пронесаясь над Россией и еще не затихшая и до настоящего времени, оставила свой след и в стоматологической хирургии,—в частности, в виде рубцовых анкилозов нижней челюсти, являющихся результатами некротических процессов в полости рта, возникших на почве или перенесенной инфекции, или общего истощения.

Анкилозы нижней челюсти, как известно, делятся, согласно схеме Кёниг'a, на 2 группы: 1) истинные или артрогенные, зависящие от облитерации самого сустава челюсти, и 2) ложные анкилозы, зависящие от изменений мягких тканей в окружности сустава; к последней группе относятся и рубцовые анкилозы. Само собою понятно, что как в тех, так и других случаях неподвижность нижней челюсти лишает больных возможности правильного питания и затрудняет их речь, что и делает анкилоз тяжелым страданием, требующим серьезного лечения.

Опуская обзор всех методов лечения этого заболевания, остановимся лишь на методах резекции нижней челюсти, как наиболее радикальных, и прежде всего рассмотрим лечение рубцового анкилоза. Рациональная методика оперативного лечения этого последнего ведет свое начало лишь с конца 50-х годов прошлого столетия, когда Rizzoli и Esmarch одновременно, и притом независимо друг от друга, предложили лечить названное заболевание путем образования псевдартроза на горизонтальной ветви нижней челюсти, непосредственно впереди рубцового стяжения,—с целью освободить здоровую часть ее, выключив вместе с тем совершенно функцию меньшего, анкилозированного отрезка ее вместе с группой прикрепляющихся к нему жевательных мышц.

Нужно заметить, что подобная мысль выказывалась и до Rizzoli и Esmarch'a вскоре же после того, как американский хирург Rea Barton, еще в 1820 году, предложил лечить анкилозы суставов остеотомией около анкилозированного сустава, что и было

им выполнено в случае анкилоза тазобедренного сустава,—его мысль была подхвачена Bérard'ом, а затем Richet, предложившими применить эту методику при анкилозе нижней челюсти; сами они, однако, на живом этой операции не производили, ограничившись теоретической ее разработкой. После них Carnochan, производя в одном случае насильственное открывание рта при анкилозе челюсти, получил случайно перелом суставных отростков последней, закончившийся образованием псевдартроза, что и дало ему основание предложить этот метод, как лечебный. Наконец, Rizzoli и Esmarch разработали методику операции ложного анкилоза с клинической проверкой ее.

Способ Esmarch'a, как известно, заключается в том, что через кожный разрез, проведенный по нижнему краю челюсти, из тела горизонтальной ее ветви отсекается кусок кости длиной не менее 1 дюйма, ограниченный параллельными плоскостями распилов непосредственно впереди рубцовых анкилозирующих тяжей. Методика Rizzoli отличается от способа Esmarch'a тем, что здесь, вместо резекции, также впереди рубцовых перемычек производится простая линейная остеотомия, причем сам Rizzoli производил ее без нарушения кожных покровов со стороны рта, заводя бритви своего остеотома со щечной и язычной стороны тела челюсти в разрез слизистой оболочки.

Наблюдавшиеся нередко при этих способах рецидивы анкилоза вызвали некоторые позднейшие модификации их. Так, Bruns, Wagner и др. при операции Esmarch'a предложили отсекал кусок кости треугольной формы с основанием, обращенным вниз, чтобы тем уменьшить шансы образования синостоза отрезков. Сам Rizzoli закладывал между обоими отрезками корпию; Verneuil говорит о покрывании поверхностей распила отрезками слизистой; Ollier вставлял между резецированными частями каучук; Селифосовский еще в 1885 году, для предупреждения рецидива, закладывал между концами распила мягкие ткани; Сабанеев на месте резецированного куска сшивал матрацным швом обе надкостничные поверхности. Каких-либо позднейших модификаций этих двух способов, подвижному, не имеется,—если не считать предложения Wilm's'a производить операцию Rizzoli через кожный разрез по краю челюсти,—и до последнего времени оба способа считаются единственными для лечения выраженных случаев рубцовых анкилозов.

Хотя мы и имеем указания в литературе, что по своим результатам оба эти метода не отличаются друг от друга, но, принимая во внимание общее положение, что шансы рецидива, так сказать,

обратно пропорциональны величине резецируемого куска челюсти, можно думать, что операции Esmarsh'a в этом отношении надо отдать предпочтение. К числу минусов ее, как на это указывает Шмидт, относятся, между прочим, 1) то, что на больной стороне освобождается лишь небольшой отрезок тела челюсти без всяких точек прикрепления жевательных мышц, 2) то, что при этой операции освобожденная, активная часть челюсти неизбежно уклоняется внутрь, благодаря чему нарушается взаимоотношение рядов верхних и нижних зубов на здоровой стороне, и затрудняется разжевывание пищи, и 3) то, что после операции Esmarsh'a получается асимметрия нижней части лица.

Для ясности изложения мы теперь в кратких словах напомним также ход развития оперативного лечения истинного анкилоза нижней челюсти. Мысль, высказанная Bégard'ом и Richet, об уместности резекции суставного отростка нижней челюсти при артрогенном анкилозе ее впервые была с успехом осуществлена в одном случае английским хирургом Humphry, в 1854 году, а затем, также в одном случае, — Bottini, в 1872 году; оба этих случая оставались единственными, пока в 1878 году, König'ом, эта операция не была разработана систематически, почему и самый способ лечения истинного анкилоза путем резекции суставного отростка носит его имя.

Ранение art. maxillaris internaе, повреждение n. facialis (главным образом его верхней ветви), возможность пробить долотом дыру в черепе и, наконец, рецидивы — вот те подводные камни, которые угрожают хирургу при производстве такой резекции, о чем предупреждает и сам König, — камни, на которые натывались даже опытные хирурги. Они-то и заставили искать иного, более безопасного места приложения резекции. Идея Esmarsh'a сыграла в этом отношении громадную роль, и в дальнейшем стала развиваться техника образования неартроза впереди препятствия, — иначе говоря, стала выработываться методика резекции восходящей ветви челюсти ниже ее естественного сустава. Это казалось тем более рациональным, что анатомия давно уже установила прохождение физиологической оси, вокруг которой происходит движение челюсти при открывании и закрывании рта, на уровне foraminis mandibularis восходящей ветви. С другой стороны, во избежание рецидива Helferich, в развитие идеи Verneuil'я, предложил своеобразную методику мышечной аутопластики, помещая между отрезками резецированного суставного отростка мышечный лоскут, взятый из m. temporalis, а позднее Кузнецов, при производстве резекции на соответствующем месте, брал m. masseter.

В настоящее время операция истинного анкилоза, помимо метода К ö n i g 'а, производится еще путем: 1) резекции суставного отростка (K ü s t e r), 2) резекции всей восходящей ветви челюсти (M e a r s и H e a t h) и 3) резекции у угла челюсти (R o c h e t, Б е р е з о в с к и й, Ш м и д т),— конечно, с интерпозицией мышечных лоскутов из соответствующих мышц.

За истекший год нам пришлось наблюдать и оперировать несколько случаев сложного анкилоза нижней челюсти, рубцового и миогенного характера, из которых мы в настоящем докладе сообщим лишь о 4 случаях рубцового анкилоза*).

Случай I. Больной Г. Г., 35 лет. После перенесенного 2 года тому назад тифа—нома, разрушившая всю левую щеку вместе с частью верхней и нижней губы слева. По заживлении—полный анкилоз челюсти. Дефект с левой щеки простирается кзади до переднего края *m. masseteris*, кверху—до скуловой кости, книзу—до нижнего края горизонтальной ветви *mandibulae*; впереди дефект, захватывая верхнюю и нижнюю губу на протяжении 2 сант., переходит непосредственно в ротовую щель. Края дефекта ограничены прочными рубцовыми массами. Зубы нижней челюсти, начиная от I большого коренного и кончая клыком слева, рубцовыми тяжами сильно отклонены кнаружи. Движения нижней челюсти вполне отсутствуют. Под хлороформным наркозом операция по E s t a r c h 'у. Рубец, составлявший задний край дефекта, по отсепаровке кожи и слизистой, был иссечен, но рубцово измененный передний край *m. masseteris* оставлен. Через разрез по нижнему краю челюсти резецирован кусок тела челюсти в области I большого и двух малых коренных зубов, длиной около 2 сант. Интерпозиция мягких тканей в области образовавшегося дефекта. Раневая поверхность на месте иссеченного рубца по заднему краю дефекта, гезр. передний край *m. masseteris*, прикрыта отсепарованным кожным лоскутом, подшитым к слизистой.

Освобожденный правый отрезок челюсти после операции мог быть активно открываем на 2 сант. между резами. Оставленный левый, меньший, анкилозированный отрезок вместе с сидевшим в нем II большим коренным зубом продолжал быть плотно фиксированным к зубам верхней челюсти, и притом настолько, что между жевательными поверхностями их нельзя было просунуть даже тонкой пластинки. В виду значительного смещения освобожденного отрезка челюсти кнутри, вследствие чего прикус здоровой половины был резко нарушен, и разжевывание пищи затруднено,—на зубы здоровой половины нижней челюсти надета проволочная шина типа H a m m o n d 'а с наклонной плоскостью, восстановившая довольно удовлетворительно прикус. Через 3 месяца, в течение которых степень открывания челюстей держалась в тех же размерах, была сделана пластическая

*) Не имея пока, при заведующей нами Отоларингологической Клинике, стационарного отделения, мы, пользуясь любезностью проф. А. В. Вишневецкого, приютившего нас в своей клинике и охотно предоставлявшего нам челюстную материал, за что выражаем ему глубокую благодарность, оперировали всех больных в Госпитальной Хирургической Клинике Казанского Университета.

операция, для закрытия дефекта щеки, с 2 лоскутами; кроме того, вследствие частичного омертвления наружного лоскута в области угла рта, потребовались еще 2 дополнительных операции для восстановления щеки. Экскурсия нижней челюсти после пластики естественно уменьшилась, но все же открывание рта осталось возможным почти на $1\frac{1}{2}$ сант.

Прежде чем, однако, приступить в этом случае к пластике щеки, я продемонстрировал большого в Казанском Обществе Врачей, и вот по какому поводу: прежними авторами, — по крайней мере насколько я могу судить по доступной мне литературе, — игнорировалась участь меньшего, анкилозированного участка, а между тем в случае, если в нем сохранялись зубы, как то было в нашем случае, — пренебрегать этим обстоятельством ни в коем случае не следует; несомненно, что анкилоз вообще оказывает вредное влияние на зубы, способствуя развитию в них кариеса; при производстве операции рубцового анкилоза по указанным двум методам в случае, если в меньшем, остающемся неподвижным, отрезке челюсти будут сохранены зубы, то легко себе представить затруднения, с которыми придется иметь дело одонтологу при развитии в них кариеса, когда не только не представляется возможным наложить на такой зуб экстракционные щипцы, но даже просунуть между зубами тонкую пластинку. В виду этого сама собою напрашивается мысль, — производя резекцию челюсти по способу E s m a r c h'a, непосредственно впереди рубцового стяжения, удалить взади весь кусок горизонтальной ветви вместе с находящимися в нем зубами вплоть до восходящей ветви анкилозированной стороны, чтобы тем самым избавить больного от неприятных осложнений в будущем. Прежде, чем произвести пластическую операцию больному в данном случае, мы не без труда удалили ему этот, к счастью единственный, оставшийся в анкилозированном участке большой коренной зуб, что удалось сделать без выдавливания его долотом, корневыми щипцами, только потому, что, вследствие значительного дефекта щеки, зуб этот лежал непосредственно на виду.

В следующем, представившемся нам, случае мы уже действовали согласно только что указанному плану.

С л у ч а й П. Больной Т. Г., 16 лет. После перенесенной 5 лет тому назад оспы нома правой щеки. Начиная от правого угла рта и до переднего края *m. masseteris*, в области тела нижней челюсти имеется неправильно-овальной формы рубец, втянутый и плотно фиксированный к телу челюсти. Полный анкилоз последней. Введенный в рот палец справа дальше угла рта проникнуть не может вследствие плотного фиброзного тяжа, идущего от верхней челюсти к нижней и совершенно облитерирующего верхнюю и нижнюю переходные складки. Операция под хлороформом. Кожный разрез по

нижнему краю рубца, геср. по краю челюсти. Поднадкостнично иссечен кусок горизонтальной ветви, начиная от I малого коренного зуба справа и до начала восходящей ветви. Слизистая внутренней поверхности щеки на всем этом протяжении рубцово изменена. Узловатый катгутовый шов на слизистую, шелковый на кожу, причем в шов захватывались все мягкие ткани возможно глубоко. Раскрытие челюстей после операции на $1\frac{1}{2}$ сант., каковое состояние держится все время без перемен. Осложнение в виде нагноения в переднем углу раны с образованием свища, сообщающегося с полостью рта; свищ этот в настоящее время закрывается. После операции здоровая половина челюсти отклоняется внутрь, нарушая прикус. Наложена эластическая тяга в области фронтальных зубов, выравнивающая совершенно прикус. На месте удаленного участка кости западение мягких частей несколько больше, но судить о степени искажения нижней части лица трудно вследствие бывшей и ранее резкой асимметрии вследствие рубцовых изменений щеки.

Из этого случая ясно, что упрек, который сделан операции Es m a r c h'a Ш м и д т о м в неизбежном при ней искажении прикуса, отпадает, если применять весьма несложные регуляционные приспособления в виде эластической тяги, могущей быт замененной вскоре же проволочной шиной с наклонной плоскостью на больной стороне. Что же касается искажения нижней части лица, — которое, заметим кстати, имеет место, хотя и в значительно меньшей степени, и при производстве операции по поводу истинного анкилоза, — то оно несколько не увеличивается при удалении значительно большего участка тела челюсти, как то было во втором нашем случае.

Случай III. Больная А. П., 14 лет. Три года тому назад после номы образовался значительный дефект всей левой щеки и левых половин верхней и нижней губы, а также левого крыла носа. Кзади дефект распространяется до середины восходящей ветви *mandibulae*, кверху — на палец ниже глазничного края челюсти (причем разрушен и весь альвеолярный отросток верхней челюсти в области коренных зубов, а также часть скуловой кости и венечный отросток *mandibulae*), книзу — до нижнего края *mandibulae* (причем сохранившиеся в нижней челюсти слева клык, оба премоляра и I большой коренной зуб рубцами значительно отклонены кнаружи). Полный анкилоз, причем сжатие зубов настолько сильно, что сжатые фронтальные зубы слева сильно отклонены вперед. При операции, по отсепаровке кожи и слизистой по заднему краю дефекта, фиброзно-костные массы, фиксировавшие сохранившуюся половину восходящей ветви к верхней, вместе с остатком восходящей ветви, иссечены совершенно долотом, начиная от переднего угла этой ветви; сохранившийся суставной отросток по выкручивании его оказался лишенным на суставной поверхности хрящевого покрова. Удалены все коренные зубы в нижней челюсти, изменившие, как указано выше, свое положение. Ранаевая поверхность после удаления восходящей ветви прикрыта отсепарованным кожным лоскутом, подшитым к сли-

зистой. После операции открывание нижней челюсти происходило на $2\frac{1}{2}$ сант. между резцами. Нарушение прикуса зубов на правой половине—незначительно, и все зубы здесь артикулируют, так что больная может разжевывать пищу. В дальнейшем—аутопластика с двумя лоскутами (внутренним и наружным), причем, однако, приживления по всему верхнему краю не произошло, и весь двойной лоскут опустился книзу. В виду истощения больной вторичная аутопластика отложена до осени, и больная выписана домой в деревню. Движения нижней челюсти спустя 11 месяцев после операции остались без изменений.

Случай IV. Больная Ф. З., 16 лет, осенью 1921 года, после перенесенного тифа, заболела ямой правой щеки с последующим разрушением всей правой половины верхней губы и наружной трети нижней. Квади дефект щеки на $1\frac{1}{2}$ поп. пальца не доходит до переднего края *m. masseteris*, кверху распространяется до нижнего края скуловой кости, причем весь правый альвеолярный отросток верхней челюсти с частью твердого неба до носовой перегородки разрушен. Зубы, начиная с клыка и до последнего моляра, отсутствуют. Остатки правый Highmor'овой полости широко сообщаются с полостью рта. Правое крыло носа также разрушено. Книзу дефект на 1 поп. палец не доходит до нижнего края *mandibulae*. Зубы во всей правой половине *mandibulae*, равно как и на здоровой стороне, сохранены. Открывание челюстей отсутствует совершенно,—возможны лишь боковые движения не более, как на 2 миллиметра. При операции отсепарованы лоскуты нормальной кожи и слизистой по заднему краю дефекта, и часть рубца, проникавшего до переднего края *m. masseteris*, иссечена, после чего раневая поверхность прикрыта кожным лоскутом, который подшит к слизистой. В дальнейшем—кожный разрез по заднему краю угла челюсти и резекция, в области угла, восходящей ветви по *Rochet* с интерпозицией задней порции нижнего прикрепления *m. masseteris*, подшитого к внутренней крыловидной мышце. Полость рта не была вскрыта. Иссечен костный кусок клиновидной формы длиной в 2 сант. Гладкое заживление. Открывание челюстей—на 2 сант. Нарушение прикуса ничтожно (на здоровой стороне), и больная свободно разжевывает пищу. В дальнейшем аутопластика,—закрытие дефекта 2 лоскутами; вследствие частичного некроза лоскутов на верхней губе и в носогубной складке—вторичная дополнительная аутопластика. Движения нижней челюсти после аутопластики, хотя несколько и уменьшились, но настолько, чтобы сделать невозможным разжевывание пищи.

Таким образом в 2 последних случаях мы закладывали неартроз не впереди от рубцового препятствия, а несколько квади от него, т. е. оперировали по методу лечения истинного анкилоза. Подлечь здесь подвижность челюсти давало надежду отсутствие плотного смыкания челюстей в области рубцов, вследствие разрушения альвеолярного отростка с зубами верхней челюсти на больной стороне, благодаря чему между челюстями в области рубцов существовала некоторая диастема. Иссечение рубца по заднему краю дефекта

мы производили не с целью уничтожить препятствие, так как, благодаря массивности рубца, иссечь его целиком, конечно, не представлялось возможным; делали это мы с той целью, чтобы получить по заднему краю непосредственный тонкий переход слизистой оболочки в кожную поверхность, благодаря чему задний край дефекта оказывался покрытым подвижным, растяжимым кожным покровом, что значительно облегчало при аутопластике образование защитного мешка.

Разбор приведенных случаев дает нам возможность высказать следующие соображения:

1) При рубцовых анкилозах челюсти, в случае производства операции по способу Esmarsh'a, чтобы избежать неприятных осложнений в будущем со стороны зубов в остающемся неподвижном отрезке горизонтальной ветви (зубы эти особенно предрасположены теперь к кариесу), целесообразно удалять весь этот отрезок горизонтальной ветви до переднего края восходящей ветви.

2) Нарушение прикуса после операции, произведенной по Esmarsh'у даже с удалением столь значительного участка горизонтальной ветви, как это рекомендуется в предыдущем положении, безусловно легко устранимо при помощи наложения эластической тяги на зубы здоровой стороны верхней и нижней челюстей с последующим примечением на зубы нижней челюсти с здоровой стороны проволочной шины с наклонной плоскостью.

3) При расположении рубцовых тяжей в области жевательной мышцы, если все коренные зубы в одной из челюстей анкилозированной половины в участке, охваченном рубцовыми тяжами, отсутствуют, возможно применение резекции и на восходящей ветви по типу операций истинного анкилоза, что выгоднее в смысле меньшего нарушения прикуса здоровой стороны.

4) При наличии значительного дефекта щечной стенки желательнее по возможности иссечь большую часть рубца по заднему краю дефекта, отпрепаровав предварительно кожный и слизистый покровы и прикрывая затем раневую поверхность кожным лоскутом. Благодаря этому, задний край дефекта будет прикрыт подвижным, растяжимым покровом, утилизируемым в дальнейшем при аутопластике для образования защитного мешка.