

тируют все зубы-антагонисты, что препятствует зубоальвеолярному перемещению.

На рентгенограммах сустава с каппой отмечалось сужение суставной щели в переднем участке и расширение в заднем, суставная головка находилась на скате суставного бугорка. Щелканье в суставе исчезало сразу после наложения каппы, боль проходила через 2—3 дня. Продолжительность ортопедического лечения составляла в среднем 3—6 мес. Наряду с основным ортопедическим лечением, некоторым больным 2-й группы в остром периоде (при болях) проводили флюкτοфорез 2% раствора новокаина на область пораженного сустава, назначали компрессы с медицинской желчью и сухое тепло.

После окончания лечения, конец которого определяли по клинической картине, нижнюю челюсть устанавливали в привычное положение. С возвращением суставных головок в суставные ямки каких-либо изменений и перестройки элементов височно-нижнечелюстного сочленения на повторных рентгенограммах не обнаружено.

УДК 616.314.22—007.53—089.8

**И. М. Федяев, В. П. Болонкин, В. Д. Архипов, Р. И. Хуснутдинов (Куйбышев).
Хирургическое лечение прогении**

В клинике хирургической стоматологии с 1968 по 1982 г. на лечении находилось 60 больных (женщин — 31, мужчин — 29) с прогенией в возрасте от 11 до 31 года. Истинная прогения выявлена у 57 больных, ложная — у 3, осложненная открытым прикусом — у 12, перекрестным — у 4, глубоким — у 1, макроглоссией — у 4. Односторонняя нижняя прогения констатирована у 4 больных.

До реконструктивных операций и в процессе реабилитации больных использовали функциональные методы исследования: мастикациографию, реографию, спирографию. На гипсовых моделях определяли возможность получения правильного прикуса, отмечали бугры зубов, подлежащих шлифованию во время операции. На телерентгенограммах и моделях челюстей выполняли антропометрические исследования и разрабатывали окончательный план оперативного вмешательства. Операцию проводили под эндотрахеальным наркозом с интубацией трахеи через нос.

Отдавая предпочтение косой скользящей остеотомии ветви нижней челюсти по методу В. С. Васильева (1967), мы учитываем, что этот метод имеет и определенные недостатки. В период реабилитации у 10% больных выявились боли в области височно-нижнечелюстных суставов, что было связано с изменением положения головки мышечного отростка нижней челюсти. Из-за малой площади соприкосновения фрагментов нижней челюсти возникал рецидив деформации и открытого прикуса, удлинялись сроки иммобилизации и реабилитации больных. Исходя из этого мы модифицировали метод В. С. Васильева, увеличив площадь соприкосновения между перемещенными фрагментами нижней челюсти и переместив жевательные мышцы.

На большом фрагменте нижней челюсти удаляем наружную кортикальную пластинку, а на малом — внутреннюю. Сопоставляем фрагменты нижней челюсти не в стык, а внакладку. После остеосинтеза фрагментов нижней челюсти осуществляем пересадку собственно жевательных мышц. Перемещение кпереди на костной площадке наиболее мощных мышц челюстно-лицевого аппарата благоприятно сказывается на отдаленных анатомических и функциональных результатах.

Образование послеоперационного рубца незначительно для пациентов, особенно женщин. Скелетирование ветви нижней челюсти на большом протяжении с отсечением жевательной мышцы вызывает значительную травму окружающих мягких тканей. С учетом этого 4 больным остеотомия ветви была произведена внутриротовым доступом по В. Ф. Рудько с использованием костнопластического материала. Получен хороший функциональный и косметический эффект.

У 4 больных с прогенией, осложненной макроглоссией, одновременно с основным оперативным вмешательством осуществлена клиновидная резекция языка. При чрезмерном выдвигении подбородка кпереди 3 пациентам выполнена внутриротовым доступом сегментарная его резекция. У всех больных получены хорошие функциональные и косметические результаты.

С целью профилактики воспалительных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде применяли орошение раны антибиотиками и антисептиками через катетер, введенный чрескожно на несколько дней.

В послеоперационном периоде медикаментозное и физиотерапевтическое лечение сочетали с гипербарической оксигенацией. Через 5—7 дней после операции больные получали анаболические гормоны, коамид, электростимуляцию жевательных мышц. Через 12—14 дней начинали дозированную активно-пассивную механотерапию. Клинически и рентгенологически консолидация фрагментов



Универсальная теменно-подбородочная повязка с эластичной тягой в вертикальной и сагитальной плоскостях.

нижней челюсти отмечалась на 30—35-й день. Для адаптации мышечного аппарата больные в течение 3 мес должны пользоваться в домашних условиях универсальной теменно-подбородочной повязкой с эластичной тягой (см. рис.). Она способствует более быстрой нормализации функции жевательного аппарата, предупреждает рецидив деформации и открытого прикуса.

Из осложнений во время операции у 5% больных наблюдалось кровотечение, у 1,6% — свищ околоушной железы. У всех больных наступило выздоровление. Отмеченные осложнения встречались лишь на ранних этапах освоения методов хирургического лечения прогении.

УДК 616.715.5—018.46—002—06:[617.76+616.831]—089.5

Е. В. Петушков (Казань). Затяжное течение остеомиелита лобной кости с комбинированным риногенным орбитальным и внутричерепным осложнением

Остеомиелит костей черепа является очень редким заболеванием. Обычно кости свода черепа поражаются вторично путем распространения инфекции по венам и лимфатическим сосудам из соседних очагов — преимущественно из придаточных пазух носа, гораздо реже — из среднего уха. Наиболее часто страдают лобная, височная и теменная кости. В большинстве случаев остеомиелит черепа вызывает внутричерепные осложнения.

Приводим собственное наблюдение.

В., 44 лет, поступил в ЛОР-клинику 25/IV 1980 г. с жалобами на обильное выделение гноя из свища верхнего века правого глаза, отечность верхнего века, сужение правой глазной щели, чувство умеренной тяжести в области правого глаза, нерезко выраженную головную боль.

Считает себя больным с 4/III, когда появились головные боли и припухлость внутреннего угла правого глаза. 7/III был госпитализирован в ЦРБ. На рентгенограмме было выявлено затемнение обеих верхнечелюстных пазух. Произведена их пункция. Справа обнаружен обильный гной, слева гнойное отделяемое в значительно меньшем количестве. Лечили пункциями с последующим введением в пазухи гидрокортизона. Состояние больного ухудшалось, припухлость правого глаза увеличивалась, нарастали головные боли, из-за которых больной не спал ночами, пользовался анальгетиками. Температура оставалась субфебрильной. 17/III оториноларинголог амбулаторно произвел разрез верхнего века справа, но гноя не получено. Припухлость мягких тканей распространилась на всю правую половину лица. 20/III больной был госпитализирован в ЛОР-отделение республиканской больницы (г. Чебоксары).

21/III под общим обезболиванием произведена радикальная операция обеих верхнечелюстных пазух. 23/III самопроизвольно вскрылся абсцесс правого верхнего века через разрез от предыдущей ревизии. Получал линкомицин в течение 10 дней. Состояние улучшилось. Припухлость мягких тканей стала уменьшаться, глазная щель справа расширилась, гнойные выделения из свища уменьшились. 1/IV был выписан на амбулаторное лечение.

3/IV снова наступило ухудшение, отечность и припухлость распространились на область лба и правую щеку, увеличилось количество гнойного отделяемого из свища. 10/IV повторно был госпитализирован в ЛОР-отделение республиканской больницы (г. Чебоксары). Произведена ревизия абсцесса верхнего века. Однако количество гнойного отделяемого из свища не уменьшилось, отек и припухлость мягких тканей правой половины лица стойко держались. 19/IV под местной анестезией была произведена ревизия клеток решетчатого лабиринта справа — гноя не получено. Ввиду затяжного течения патологического процесса и неэффективности проведенного лечения больной был направлен в Казань.

Объективно при поступлении: температура нормальная, состояние средней тяжести, больной передвигается самостоятельно. Слизистая оболочка носовой полости розовая, патологического отделяемого нет, дыхание свободное, соустья в оперированные верхнечелюстные пазухи проходимы с обеих сторон. Определяется отек, инфильтрация верхнего и нижнего века правого глаза, глазная щель сужена наполовину. Застойная гиперемия кожи век. В середине верхнего века правого глаза друг над другом два продольных свища, из которых выделяется гной. Отек распространяется на надбровную и лобную области, а также на мягкие ткани латерального края орбиты справа. На боковой стенке наружного носа в области клеток решетчатого лабиринта — послеоперационный разрез с кетгутowymi швами. Мягкие ткани вокруг инфильтрированы и отечны. При надавливании из свища обильно выделяется сликообразный гной. При зондировании свища у верхнемедиального края орбиты определяется неровная шероховатая кость. Пальпация надбровной и лобной области справа умеренно болезненная. Другие ЛОР-органы в пределах нормы. Экзофтальма нет. Движения глазного яблока справа не ограничены. Зрение обоих глаз одинаковое. Со стороны внутренних органов патологических изменений нет.

Анализ крови 26/IV 1980 г.: Hb — 1,86 ммоль/л, л. — $11,6 \cdot 10^9$ в 1 л, э. — 2%, п. — 1%, с. — 65%, лимф. — 28%, мон. — 4%; СОЭ — 42 мм/ч. Моча без патологических изменений.

Рентгенография придаточных пазух носа 16/IV 1980 г.: обе лобные пазухи от-