

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального
образования «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
Российской Федерации
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России



Кафедра хирургической стоматологии и ЧЛХ

Реферат

По дисциплине «хирургическая стоматология»

Тема: «Переломы нижней челюсти.»

Выполнил: Ординатор хирургической стоматологии
2-го года
ФИО: Колмаков Юрий
Владимирович

Красноярск 2018 г.

Оглавление:

Введение.....	3
Классификация переломов нижней челюсти.....	4
Одиночные переломы тела нижней челюсти на боковом участке.....	5
Одиночные переломы в области угла нижней челюсти.....	8
Одиночные переломы ветви нижней челюсти.....	11
Диагностика перелома нижней челюсти.....	15
Неотложная помощь.....	18
Лечение переломов нижней челюсти.....	19
Список литературы.....	23

Введение.

Проблема травматизма челюстно-лицевой области является одной из актуальных. Больные с переломами костей лица составляют от 3 до 8 % пациентов с переломами скелета и до 30 % стационарных стоматологических больных. В наше время частота повреждений костей лица составляет 0,5 на 1000 населения. Очень важно знать методы исследования, применяющиеся для диагностики и, что немаловажно, дифференциальной диагностики травм, в частности неогнестрельных переломов, как часто встречающейся (особенно в последнее время) нозологии. Правильная и своевременная диагностика дает возможность предоставить пациенту адекватное лечение и снизить риск возможных осложнений.

Классификация неогнестрельных переломов нижней челюсти.

Перелом нижняя челюсть

I. По локализации .

Переломы тела челюсти:

- а) с наличием зуба (зубов) в щели перелома;
- б) при отсутствии зуба (зубов) в щели перелома.

Переломы ветви челюсти;

- а) собственно ветви;
- б) венечного отростка;
- в) мышечкового отростка (основания, шейки, головки).

II. По характеру перелома .

- а) Без смещения отломков
- б) Со смещением отломков.
- с) Линейные.
- д) Оскольчатые.

Одиночные переломы тела нижней челюсти на боковом участке.

Чем дальше отстоит область повреждения от подбородочного выступа, тем реже встречаются переломы наружной и внутренней компактных пластинок на разных уровнях. Выделяют следующие основные варианты расположения щели перелома. Щель перелома проходит перпендикулярно продольной оси тела челюсти. .Опускается вертикально от альвеолярного отростка к нижнему краю челюсти, щель перелома пересекает под углом продольную ось:

- а) линия перелома на наружной компактной пластинке проходит ближе кпереди, чем на язычной поверхности; щель перелома располагается назад и кнутри;
- б) линия перелома на наружной компактной пластинке располагается кзади от линии на внутренней поверхности челюсти; щель перелома пересекает тело челюсти от задней поверхности впереди и внутрь.

Начинаясь на альвеолярном отростке, щель перелома пересекает горизонтальную плоскость под углом и заканчивается в области края нижней челюсти кзади. При таком виде перелома возможны три варианта повреждения наружной и внутренней компактных пластинок:

- а) линии перелома на обеих поверхностях идут на одном уровне, параллельно друг другу;
- б) линии перелома на наружной компактной пластинке располагается ближе кпереди, чем на язычной поверхности;
- в) линия перелома на наружной компактной пластинке располагается ближе позади линии, идущей на язычной поверхности.

Щель перелома, начинаясь на альвеолярном отростке, пересекает горизонтальную плоскость под углом и заканчивается в области края нижней челюсти кпереди; в этом случае наблюдается три варианта:

- а) линия перелома на обеих компактных пластинок идут на одном уровне, параллельно друг другу;
- б) линия перелома на наружной поверхности располагается ближе кпереди, чем на язычной поверхности;
- в) линия перелома на наружной компактной пластинке располагается позади линии, находящейся на внутренней компактной пластинке.

Поверхность излома имеет выраженный неровный рельеф и ломаную линию переломов на компактных пластинках. В зависимости от расположения щели переломов по отношению к телу челюсти могут наблюдаться различные направления смещения отломков. Переломы нижней челюсти на боковом участке чаще всего возникают в месте приложения силы. Смещение отломков увеличивается с увеличением расстояния плоскости перелома от средней линии подбородочного отдела нижней челюсти. Чаще всего встречается такое расположение щели перелома, когда она, начинаясь на альвеолярном отростке, пересекает горизонтальную плоскость под углом и заканчивается в области нижнего края челюсти кзади. Линия перелома на наружной компактной пластинке проходит кзади от линии, расположенной на язычной поверхности. При таком расположении щели перелома смещение отломков, как правило, бывает значительным. Большой отломок в переднем отделе смещается книзу за счет сокращения мышц, опускающих челюсть, и в сторону перелома под воздействием латеральной крыловидной мышцы. Меньший отломок смещается вверх (за счет сокращения мышц, поднимающих нижнюю челюсть), кпереди и в язычную сторону. Угол челюсти в результате тяги жевательной мышцы «выворачивается» кнаружи, и отломок в области зубов имеет наклон в язычную сторону. Средняя линия (между центральными резцами) смещается в сторону перелома, отломки заходят друг за друга, что приводит к сужению зубной дуги и нарушению прикуса почти на всем протяжении. Очень редко наблюдается смещение малого отломка в щечную сторону. Это возможно лишь в тех случаях, когда

линия перелома на наружной компактной пластинке, располагается ближе к центру, чем линия, проходящая во внутренней поверхности челюсти. При изучении клинико-рентгенологической картины переломов отмечено, что чем острее угол между плоскостями перелома и нижним краем челюсти, тем больше выражено смещение отломков. Крайне редко наблюдается такой вариант расположение щели переломов, когда она, начинаясь от альвеолярного отростка, пересекает горизонтальную плоскость под углом и заканчивается ближе к средней линии. В таких случаях смещения отломков не происходит или оно минимальное. При повреждениях бокового участка тела челюсти большинство переломов происходит в области подбородочного отверстия. Чаще всего щель перелома, располагаясь в непосредственной близости от отверстия, «обходит» его. Переломы нижней челюсти на боковом участке, проходящие через подбородочное отверстие или располагающиеся позади него, при наличии значительного смещения отломков нередко сопровождается повреждением сосудисто-нервного пучка, что не только вызывает сильные болевые ощущения или потерю чувствительности в области соответствующей половины нижней губы, но и сопровождается довольно значительным кровотечением.

Одиночные переломы в области угла нижней челюсти.

При одиночных переломах нижней челюсти в пределах зубного ряда наиболее часто встречаются повреждения в области угла. Такие переломы возникают как следствие непосредственного приложения силы в этой области, хотя в ряде случаев наблюдаются и отраженные переломы на противоположной стороне. В зависимости от интенсивного повреждающего воздействия, направления удара от состояния костной ткани челюсти возможны различные варианты расположения щели перелома и степени смещения отломков. Большинство переломов проходит через лунку 8-го зуба. В зависимости от прохождения щели перелома по нижнему краю челюсти - кпереди от места прикрепления жевательной и медиальной крыловидной мышцы или же в области расположения мышечного массива - степень смещения отломков бывает различной. В ряде случаев при поднадкостничных переломах независимо от локализации перелома смещения отломков не отмечается. При смещении отломков большое значение имеет направление щели перелома. При вертикальном направлении щели линии переломов чаще всего располагаются на наружной и внутренней компактных пластинках не на одном уровне. В зависимости от того, какая пластинка ломается ближе кпереди, смещение малого отломка бывает различным. При расположении щели перелома косо кнутри и кзади малый отломок перемещается в сторону перелома, подбородочный отдел и боковой участок тела челюсти на стороне повреждения опускаются книзу. При таких видах перелома отмечается кривой открытый прикус. Более выраженное смещение отломков наблюдается в тех случаях, когда при поперечных переломах щель перелома также идет косо, но кнутри и кпереди. В таких случаях малый отломок не «наползает» на большой, а резко смещается внутрь, вверх и кпереди. Разобщение прикуса в области жевательных зубов, расположенных на большом отломке поврежденной стороны, бывает более выраженным. Гораздо чаще поперечных переломов наблюдаются такие

повреждения, при которых щель перелома, начинаясь от лунки 3-го большого коренного зуба, проходит под углом к горизонтальной плоскости, опускаясь книзу и кзади. В большинстве случаев (чаще при выраженных переломах), вследствие того, что не происходит разрыва мышечного футляра, смещение отломков бывает незначительным. При большой силе травматического воздействия одновременно с переломом челюсти происходит разрыв мышц (жевательной и медиальной крыловидной), а малый отросток размещается кнутри, по направлению удара. В таких случаях происходит значительное смещение отломков в описанных выше направлениях. Анализ частоты повреждений различных зон при одиночных переломах нижней челюсти в пределах зубного ряда показывает, что чаще всего наблюдаются переломы в области 3-го большого коренного зуба, подбородочного отверстия и лунки клыка. Ниже представлены возможные варианты соотношения щели перелома и корней зубов в зоне повреждения:) щель перелома начинается на альвеолярном отростке между зубами, спускается к нижнему краю челюсти, минуя лунки зубов;) щель перелома начинается в области одной из стенок лунки зуба, не доходя до верхушки корня, идет вдоль периодонтальной щели и направляется к нижнему краю челюсти;) щель перелома начинается в области лунки одного зуба, не дойдя до верхушки корня, разрушает лунку второго в области верхушки его корня и направляется к нижнему краю челюсти;) при локализации щели перелома в области двухкорневых зубов может быть нарушена целостность лунки как медиального, так и дистального корня (или обоих одновременно);) щель перелома начинается в области одной из стенок лунки зуба, проходит к верхушке корня и спускается к нижнему краю челюсти. Учет этих вариантов, устанавливаемых на основании клинических данных, обзорных и внутриротовых рентгенограмм, важен для решения вопроса о том, как поступить с зубами, находящимися в области щели перелома. При этом необходимо, по возможности, использовать и электродонтодиагностику для

суждения о состоянии пульпы зубов, расположенных в щели перелома или вблизи нее.

Одиночные переломы ветви нижней челюсти.

На первом месте по частоте повреждений состоит мышцелковый отросток, затем - собственно ветвь и, наконец, венечный отросток. Он повреждается обычно при переломах скуловой дуги со смещением отломков, имеются сведения об изолированных переломах венечного отростка при одиночных переломах нижней челюсти. Механизм возникновения изолированных переломов венечного отростка до сих пор неясен. Высказывались сомнения относительно возможности возникновения изолированного перелома венечного отростка без сочетания с переломом скуловой дуги или другой области нижней челюсти. В тех случаях, когда плоскость перелома проходит ниже места прикрепления височной мышцы, происходит смещение отломка вверх, по направлению к височной области, у больных с переломами венечного отростка открывание рта ограничивается до 1,5-1 см, прикус не нарушен, но при опускании нижней челюсти она смещается в сторону повреждения. При ощупывании по переднему краю ветви определяется резкая болезненность в области основания венечного отростка.

Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции при максимально возможном открывании рта облегчает диагностику подобных переломов. Переломы нижней челюсти в области собственно ветви наблюдаются несколько чаще, чем повреждения венечного отростка. Они возникают на стороне приложения силы и часто имеют оскольчатый характер. Подобные переломы редко сопровождаются смещением отломков и нарушением прикуса. При обследовании отмечается ограничение открывания рта, а также смещение средней линии в сторону повреждения при опускании нижней челюсти. При пальпации наблюдается болезненность в области задней поверхности ветви, при нагрузке на подбородок выявляется усиление локальной болезненности в области перелома. Диагноз уточняют с помощью рентгенологического исследования. Как было отмечено, при одиночных переломах ветви чаще всего повреждается мышцелковый отросток, причем

отдельно зоны его повреждаются неравномерно. Наиболее часто наблюдаются переломы основания отростка, возникающие в результате силового воздействия - перегиба. Точкой приложения силы чаще является латеральный отдел подбородка и боковой отдел тела челюсти. При таком механизме травмы силовое воздействие приходится на наиболее уязвимый участок мышцелкового отростка - его основание, если при ударе точкой приложения силы явился подбородок и силовое воздействие распространилось в переднезаднем направлении, чаще всего происходит перелом в области шейки нижней челюсти. Почему же при нанесении удара сбоку и несколько снизу ломается основание мышцелкового отростка, а при переднезаднем направлении удара - шейка? Объяснение следует искать в анатомическом строении этих отделов мышцелкового отростка. В области основания мышцелкового отростка толщина кости - размеры площади сечения - в наружно-внутреннем направлении значительно меньше размеров в переднезаднем направлении. В области же шейки эти соотношения диаметрально противоположны. При повреждениях основания мышцелкового отростка щель перелома, начинаясь от полулунной вырезки, проходит, как правило, косо вниз и кзади. В большинстве случаев при такой локализации повреждения линии перелома на наружной и внутренней пластинках не совпадают. В зависимости от того, какая из линий перелома выше - на наружной или внутренней поверхности мышцелкового отростка, наблюдается различное смещение отломков. Если линия перелома в области основания мышцелкового отростка, расположенная на наружной пластинке, проходит ниже линии, находящейся на внутренней поверхности (щель перелома проходит снаружи кнутри и кверху); то наиболее часто отмечается следующее смещение: периферический конец малого отломка смещается кнаружи и несколько назад, в то время как головка челюсти остается в суставной впадине, хотя и может находиться в состоянии подвывиха, когда контакт с основанием черепа осуществляется только латеральным мышцелком. Непосредственное участие в смещении малого отломка

принимает и большой, который перемещается кзади и кверху (под воздействием собственно жевательной, височной и медиальной крыловидной мышц), выталкивает периферический конец малого отломка кнаружи и несколько кзади. Таким образом, в большинстве случаев при подобных ситуациях кнаружи смещается не весь малый отломок, а лишь его периферический конец. При таких переломах можно добиться улучшения состояния малого отломка ортопедическими приемами, низводя ветвь челюсти с помощью межчелюстного эластического вытяжения и межзубной прокладки на поврежденной стороне. Когда же линия перелома в области основания мышцелкового отростка, расположенная на наружной поверхности, проходит выше линии перелома, находящейся на внутренней поверхности (направление щели перелома снаружи кнутри и книзу), как правило, весь малый отломок смещается кнутри и кпереди как под воздействием латеральной крыловидной мышцы, так и под влиянием смещающегося усилия большого отломка, который, подтягиваясь мышцами к основанию черепа, увеличивает смещение малого отломка. В области шейки нижней челюсти наблюдается как поперечные, так и косые переломы. Наиболее часто при косых переломах линия перелома на наружной поверхности проходит выше, чем линия на внутренней поверхности. В тех случаях, когда происходит смещение отломков, как при косых переломах, так и при поперечных нередко наблюдаются вывихи головки нижней челюсти. При переломах шейки с вывихом головки мощная латеральная крыловидная мышца играет основную роль в смещении отломков. Чем выше проходит щель перелома, тем заметнее вывихивающее действие указанной мышцы. Кроме того, при косых переломах, когда щель перелома идет снаружи кнутри и книзу, большой отломок, подтягиваясь кверху, «скользя» своей раневой поверхностью по малому отломку, как бы подталкивает его к смещению кнутри. Переломы в области основания мышцелкового отростка и шейки, при которых за ветвь смещается весь малый отросток, не поддаются воздействию с помощью ортопедических методов. При переломах головки нижней

челюсти чаще всего наблюдается отлом медиального мыщелка. При разрыве суставной капсулы часть головки (малый отломок) смещается кпереди и кнутри. При двойных и множественных переломах как тела, так и ветви нижней челюсти направление и степень смещения отломков также будут зависеть не только от локализации и действия мышц, но и от расположения щели перелома. Многообразие сочетаний переломов нижней челюсти неогнестрельного происхождения и взаимоотношений между корнем зуба и щелью перелома создает определенные трудности в разработке всеобъемлющей классификации таких повреждений. Можно согласиться с В.Ю. Курляндским (1959), который утверждал, что универсальной классификации переломов (нижней челюсти), которая охватила бы все стороны этого сложного процесса и все многообразие его проявлений, создать нельзя. Учитывая предложения Е.И. Гаврилова (1958), Ю.И. Вернадского (1973) и др. пользоваться для обозначения области перелома формулой соответствующего зуба, удобно воспользоваться классификацией, которая не претендует на всесторонний охват клинических признаков переломов, но удобна в повседневной практике.

Диагностика перелома нижней челюсти.

Внеротовое исследование Традиционно обнаруживаются односторонний или двусторонний отек, деформация и кровоподтеки в области восходящей ветки и (либо) тела нижней челюсти. Нижняя челюсть пальпируется, начиная от отростков, по всей длине ее края; при этом отмечается любая болезненность либо нарушение контура заднего или нижнего края. Точечная болезненность патогномонична для перелома, определенная деформация часто у нижнего края. Нижнеальвеолярные нервы с обеих сторон проходят через нижнечелюстные каналы и оканчиваются как подбородочные нервы, обеспечивающие чувствительность нижней губы. Ее онемение с одной или с двух сторон четко указывает на перелом нижней челюсти. Внутриротовое исследование При исследовании отмечается наличие окрашенной кровью слюны в полости рта вскоре после травмы. Проводится тщательный осмотр полости рта; проверяется целостность нижней зубной дуги, а также наличие зубов; отмечается неровность кромки зубов. Неправильный прикус может указывать на перелом нижней челюсти. В тех случаях, когда подозревается дотравматическое существование неправильного прикуса, проводится тщательный осмотр зубных лунок. Употребляется и более простой прием: пациента требуют сомкнуть зубы, как при жевании, и сказать врачу, есть ли изменение прикуса. Принципиально также оценить объем движения нижней челюсти: выдвигание ее вперед, боковые экскурсии, открывание и закрывание рта. При этом отмечается любое ограничение подвижности или обращают интерес на сопутствующую боль, связанную с движением челюсти.

Односторонний перелом мышечкового отростка является причиной девиации челюсти в сторону перелома при максимальном открывании рта. Все отделы челюсти пальпируются с целью выявления болезненности, нарушения целостности слизистой оболочки, наличия кровоизлияний или подъязычной гематомы. Большая подъязычная гематома способна нарушить проходимость

дыхательных путей. Рентгенологическое исследование Рутинное рентгенологическое исследование нижней челюсти включает выполнение снимков в переднезадней проекции, а также в правой и левой боковых косых проекциях. Все контуры нижней челюсти видны на снимке в переднезадней проекции, но при наложении скуловой кости и сосцевидного отростка нереально точно определить область головки мышцелкового отростка. На снимке в косой боковой проекции контуры нижней челюсти можно просмотреть от первого премоляра до мышцелка. Во целых случаях следует получить оба латеральных снимка (левый и правый) для исключения двусторонних или множественных переломов. Для получения рентгенограммы в проекции прикуса трубку рентгеноаппарата располагают непосредственно под поврежденным участком нижней челюсти и обращают на пленку, помещенную на окклюзионной поверхности зубов. Такая проекция используется основным образом для оценки состояния средней части нижней челюсти, особенно в тех случаях, иногда наложение теней шейного отдела позвоночника несколько затемняет эту область в переднезадней проекции. При недоверии на перелом мышцелкового отростка производятся дополнительные рентгенограммы.

Снимки зубов также дают некую информацию, особенно при подозрении на альвеолярные переломы. Может быть, наилучшей рентгенограммой при недоверии на перелом нижней челюсти является обзорный снимок нижней и верхней челюстей. Такая рентгенограмма дает четкое изображение изгибов поверхности на ватерпасе костей лицевого черепа при прохождении рентгеновских лучей по оси движения вокруг головы. Областей, часто тяжелых для интерпретации на снимках в переднезадней и боковой косой проекциях, практически не остается.

1. срединный - проходящий между центральными резцами;
2. резцовый - между первым и боковым резцом;

3. клыковый - проходящий по линии клыка;
4. ментальный - проходящий на уровне подбородочного отверстия;
5. тела челюсти - чаще всего в пределах лунок 5-го, 6-го, 7-го зубов и медиального края лунки 8-го зуба;
6. угловой, или ангулярный, то есть проходящий позади или вблизи лунки нижнего 8-го зуба, т. е. в пределах нижней трети ветви челюсти;
7. ветви челюсти - в пределах ее средней и верхней третей;
8. основания мыщелкового отростка;
9. цервикальный, или шеечный, проходящий в области шейки мыщелкового отростка нижней челюсти;
10. переломо-вывих - сочетание перелома мыщелкового отростка с вывихом головки нижней челюсти;
11. коронарный - в области венечного отростка нижней челюсти.

Назвав перелом нижней челюсти, в скобках необходимо уточнить его локализацию условным обозначением зуба, по лунке которого он проходит, или зубов, между которыми локализуется щель перелома.

Неотложная помощь.

Неотложная помощь состоит из транспортной иммобилизации, остановки кровотечения, предупреждения асфиксии и противошоковых мероприятий. Транспортную иммобилизацию производят жёсткой подбородочной працевидной повязкой. Для предупреждения асфиксии больного усаживают

либо укладывают на бок. Если язык западает (при бессознательном состоянии пострадавшего), его иногда прошивают лигатурой или фиксируют для обеспечения проходимости дыхательных путей. Может возникать необходимость в трахеотомии.

Лечение. Репозиция костных обломков: а) одномоментная - под анестезией совмещают отломки до их полной репозиции; б) постепенная - с помощью внеротовой или межчелюстной тяги и различных аппаратов. При неэффективности показано одномоментное оперативное вправление отломков. Фиксация на период консолидации: а) с помощью подбородочно-теменных повязок; б) межчелюстное связывание (восьмеркой, по Айви); в) проволочные назубные шины (Тигерштедта шина); г) операция остеосинтеза - под обезболиванием оперативно обнажают концы отломков, удаляют осколки кости, осуществляют репозицию костных отломков и фиксацию проволочным костным швом, спицами Киршнера. Создание благоприятных условий для репаративной регенерации в области перелома: а) щадящая диета, сбалансированное питание; б) витаминотерапия; в) физиотерапия; г) ирригации полости рта водой;

Лечение переломов нижней челюсти.

Выбор способа закрепления отломков зависит от: общего состояния пострадавшего, его возраста, сопутствующих заболеваний или повреждений; локализации и количества переломов, степени и направления смещения отломков, взаимоотношения зуба и щели перелома, состояния зуба, находящегося в зоне повреждения, наличия зубов, пригодных для назубного шинирования; оснащенности лечебного учреждения инструментарием и материалами, необходимыми для ортопедического и хирургического лечения, наличия анестезиологической службы, навыков и опыта челюстно-лицевого хирурга. При переломах в пределах зубного ряда перед наложением

шинирующих устройств необходимо решить вопрос: как поступить с зубом, находящимся в зоне повреждения? Суммируя высказывания различных авторов, можно определить ситуации, при которых удаление зубов в начале лечения не вызывает сомнений. Подлежат удалению: раздробленные, вывихнутые и резко подвижные зубы, депульпированные зубы и корни с наличием периапикальных хронических воспалительных очагов;) зубы, находящиеся в щели перелома, при наличии глубоких зубодесневых карманов, а также при обширных повреждениях слизистой оболочки десны и пародонта;) зубы, вклиненные в щель перелома, когда их дислокация препятствует вправлению отломков. Если судьба зуба в описанных выше ситуациях в основном решена, то по поводу интактных до травмы зубов в литературе существуют противоречивые высказывания. По нашему мнению, прежде чем решать, как поступить с зубом, бывшим до травмы интактным, необходимо выяснить следующие обстоятельства: а) соотношение щели перелома и верхушки корня, степень обнажения цемента корня; б) степень смещения отломков; в) сроки наложения лечебной иммобилизации и степень ее надежности. Только на основе оценки совокупности всех перечисленных факторов в каждом конкретном случае решают вопрос, удалить зуб или оставить его в щели перелома. В том случае, если щель перелома проходит в области верхушки корня, имеется значительное смещение отломков и, следовательно, сосудисто-нервный пучок разорван, то в пульпе возникают необратимые дистрофические и воспалительные изменения. Такие зубы потенциально могут стать источником возникновения травматического остеомиелита и подлежат удалению. Если цемент корня обнажен на значительном протяжении, а с момента травмы и наложения надежной иммобилизации прошло время, достаточное для возникновения воспалительного процесса, то такие зубы также подлежат удалению. Клинический опыт показывает, что чем раньше от момента травмы наложена лечебная иммобилизация и введены антибиотики, тем больше вероятность сохранить зуб. За оставленными в щели перелома зубами ведут наблюдение в

течение всего периода заживления перелома, а в последующем определяют состояние его периапикальных тканей. В процессе наблюдения за зубом обязательно проведение электроодонто диагностики. Профилактика травматического остеомиелита при неогнестрельных переломах тела нижней челюсти заключается в раннем (по показаниям) удалении зуба из щели перелома с обязательным (по возможности) ушивании лунки наглухо, надежной фиксации отломков, введении антибиотиков. Правильное сопоставление отломков и их надежное закрепление способствует не только срастанию перелома, но и воссозданию нормальной артикуляции зубных рядов и, следовательно, полному восстановлению функции жевания. Вопрос о способах лечения различных видов переломов мышцелкового отростка до сих пор окончательно не решен. Благоприятные результаты консервативного лечения большинства подобных переломов позволяют ряду авторов высказываться довольно категорично против оперативных методов. Однако за последние годы получены данные, свидетельствующие о том, что особенно при переломах в области шейки, когда имеются вывих головки и укорочение «суставной высоты», ортопедические методы лечения не избавляют пострадавшего от нарушения прикуса и ограничения движений челюсти. Неудовлетворенность исходами ортопедического лечения заставляет шире прибегать к оперативному закреплению отломков. Анализ накопленных данных по лечению переломов мышцелкового отростка нижней челюсти позволяет высказать некоторые рекомендации:) первоочередным показанием к оперативному лечению переломов мышцелкового отростка являются переломы в области основания и шейки с вывихом головки и значительным нарушением прикуса (уменьшение суставной высоты);) при низких переломах мышцелкового отростка с успехом можно применять остеосинтез, но их нередко можно излечить и с помощью ортопедических методов;) чем выше проходит щель перелома (при смещении отломков, особенно с вывихом головки челюсти), тем меньше возможностей для успешного ортопедического лечения; в то же время при таких переломах

довольно сложно осуществить остеосинтез;) при оперативном лечении переломов мышцелкового отростка необходимо прибегать к таким способам фиксации, при которых не требуется дополнительная назубная или иная иммобилизация;) для облечения вправления вывихнутого отломка и удержания его в момент наложения фиксирующих конструкций оперативное вмешательство следует проводить под наркозом с мышечной релаксацией. Особое место среди повреждений нижней челюсти занимают переломы беззубых или частично беззубых (с недостаточным количеством зубов для назубного шинирования) челюстей у людей пожилого возраста. Лечение таких переломов представляет собой довольно трудную задачу, что обусловлено сложностью иммобилизации отломков, возрастом больного и, как следствие этого, пониженной регенеративной способностью тканей, наличием сопутствующих заболеваний. Приступая к лечению, необходимо, во-первых, оценить общее состояние больного; во-вторых, выбрать такой способ закрепления отломков, который был бы наименее травматичным и обременительным для пострадавшего; в-третьих, по возможности избегать постоянной межчелюстной фиксации, которая на длительное время выключает движения нижней челюсти и лишает больного возможности нормально питаться, за счет расширения показаний к использованию лабораторных аппаратов и шин. Опыт показывает, что в тех случаях, когда имеется закрытый перелом тела нижней челюсти, лишенной зубов, чтобы не занести инфекцию, следует стремиться не прибегать к открытому остеосинтезу и не вскрывать зону перелома. В подобных ситуациях, если невозможно обойтись ортопедическими приемами, следует использовать внеочаговое закрепление отломков (проволочное окружение по Блэку, экстраоральные аппараты). Среди причин патологических переломов наиболее частой является одонтогенные кисты, расположенные в зоне повреждения. В этом случае закрепление отломков после цистэктомии может быть произведено с помощью внутрикостно-накостных способов остеосинтеза (костный шов, комбинация накостной спицы и проволочного

шва, на костные рамки и т. д.), а также проволочного окружения. Если проведение цистэктомии невозможно, то после цистэктомии следует использовать подбородочную пращу, назубные шины, проволочное окружение. В тех случаях, когда имеются патологические переломы на фоне резкого снижения репаративных процессов, в частности при лучевых некрозах, следует применять экстрафокальные методы остеосинтеза - внеротовые аппараты, проволочное окружение или шину Ванкевич. Важную роль в лечении переломов нижней челюсти, помимо описанных выше мероприятий по надежному закреплению отломков, играет применение противовоспалительных средств, такие как сульфаниламиды и антибиотики. Рациональное и целенаправленное лечение ими проводят после исследования микрофлоры на чувствительность к антибиотикам с помощью мазков, взятых с раневых поверхностей костных отломков, во время остеосинтеза. Обязательно также проведение общеукрепляющей, десенсибилизирующей, стимулирующей репаративную регенерацию терапии, витаминотерапию. Рациональное лечебное питание также является одним из важных факторов в системе комплексного лечения больного с переломом нижней челюсти.

Список литературы

1. Хирургическая стоматология : учебник (Афанасьев В. В. и др.); под общ. ред. В. В. Афанасьева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010
2. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Текст] : нац. рук. / под ред. А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А. И. Неробеева ; АСМОК – Ассоц. мед. о-в по качеству. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 921с.
3. Байриков И.М., Трунин Д.А. Совершенствование травматологической помощи больным с механическими повреждениями челюстно-лицевой области. // Технологии XXI века в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Тверь, 2008. - с. 18-21.
4. Робустова Т.Г., Карапетян И.С., Ромачева И.Ф. "Хирургическая стоматология" - М, 1996. - 479-483 с.
5. Хирургическая стоматология : (запись и ведение истории болезни) [Текст] : практ. рук. : учеб. пособие для системы последиплом. образования врачей-стоматологов / В. В. Афанасьев, Г. А. Пашинян, В. Н. Новосельская ; под общ. ред. Афанасьева В. В.; Минздравсоцразвития [и др.]. – М. : ГОУ ВУНМЦ, 2005. – 124 с.: ил.
6. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев Киев – 2002 384-402с.