

**Кафедра:** Хирургическая стоматология

**Тема:** Переломы нижней челюсти

Выполнила: Кенесбаева М

Факультет: стоматология

группа: 12-002-01

курс: 5

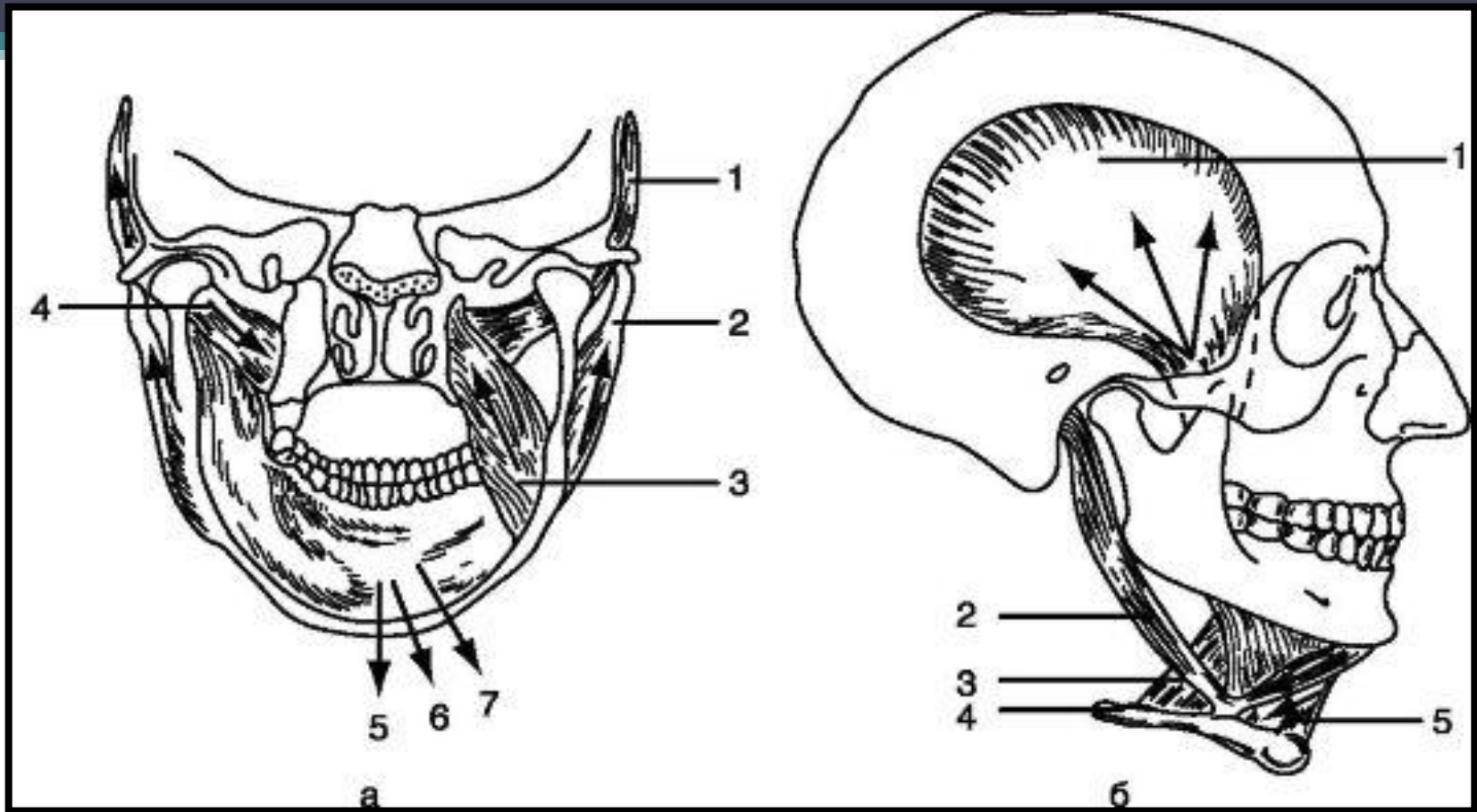
# План:

- I. Введение
- II. Основная часть
  - а) Механизм переломов нижней челюсти
  - б) Клиническая картина переломов нижней челюсти
  - в) Виды переломов
- III. Заключение
- IV. Список литературы

# Введение

*Переломы нижней челюсти* обусловлены особенностями её анатомии, а смещение отломков - преимущественно сокращением прикрепляющихся к ней мышц.

*Нижняя челюсть (mandibula)* - непарная подвижная кость подковообразной формы. В её толще проходит нижнечелюстной канал, где располагаются нижнеальвеолярный нерв, артерия и вена. В ветви нижней челюсти различают венечный и мышцелковый отростки. К нижней челюсти прикрепляются жевательные мышцы, которые условно делят на две группы. Поднимающая группа (задняя) - жевательная, височная, медиальная и латеральная крыловидные мышцы. Мышцы, опускающие нижнюю челюсть (передняя группа): двубрюшная, челюстно-подъязычная, подбородочно-подъязычная, подбородочно-язычная и подъязычно-язычная.



**Жевательные мышцы нижней челюсти и направление их тяги:**  
 а) 1 - m. temporalis; 2 - m. masseter; 3 - m. pterygoideus medialis; 4 - m. pterygoideus lateralis; 5 - m. geniohyoideus; 6 - m. digastricus; 7 - m. mylohyoideus; б) 1 - m. temporalis; 2 - m. digastricus; 3 - m. hyoglossus; 4 - os hyoideum; 5 - m. mylohyoideus

- **Наиболее употребительной является классификация Б.Д. Кабакова и В.А. Малышева**

## **По локализации.**

### **- Переломы тела челюсти:**

- - с наличием зуба в щели перелома;
- - с отсутствием зуба в щели перелома.

### **- Переломы ветви челюсти:**

- собственно ветви;
- венечного отростка;
- мышцелкового отростка: основания, шейки, головки.

### • **По характеру перелома.**

- без смещения отломков;
- со смещением отломков;
- линейные;
- оскольчатые.

- **Перелом нижней челюсти возникает вследствие** воздействия на неё силы, которая превышает пластические возможности костной ткани. Такой перелом называют травматическим. Если челюсть ломается под воздействием усилия, не превышающего физиологического, то перелом определяют как патологический. Если перелом возникает в месте приложения силы, его называют **прямой**, если на некотором удалении от места удара - то **непрямой или отражённый**.

**В зависимости от направления щели перелома** его подразделяют на продольный, поперечный, косой и зигзагообразный. Кроме того, он может быть крупно- и мелкооскольчатым.

**По количеству выделяют** одиночные, двойные и множественные переломы. Они могут располагаться с одной стороны челюсти - односторонние или с двух сторон - двусторонние. Одиночные переломы встречаются чаще двойных, множественные - реже, чем одиночные и двойные.

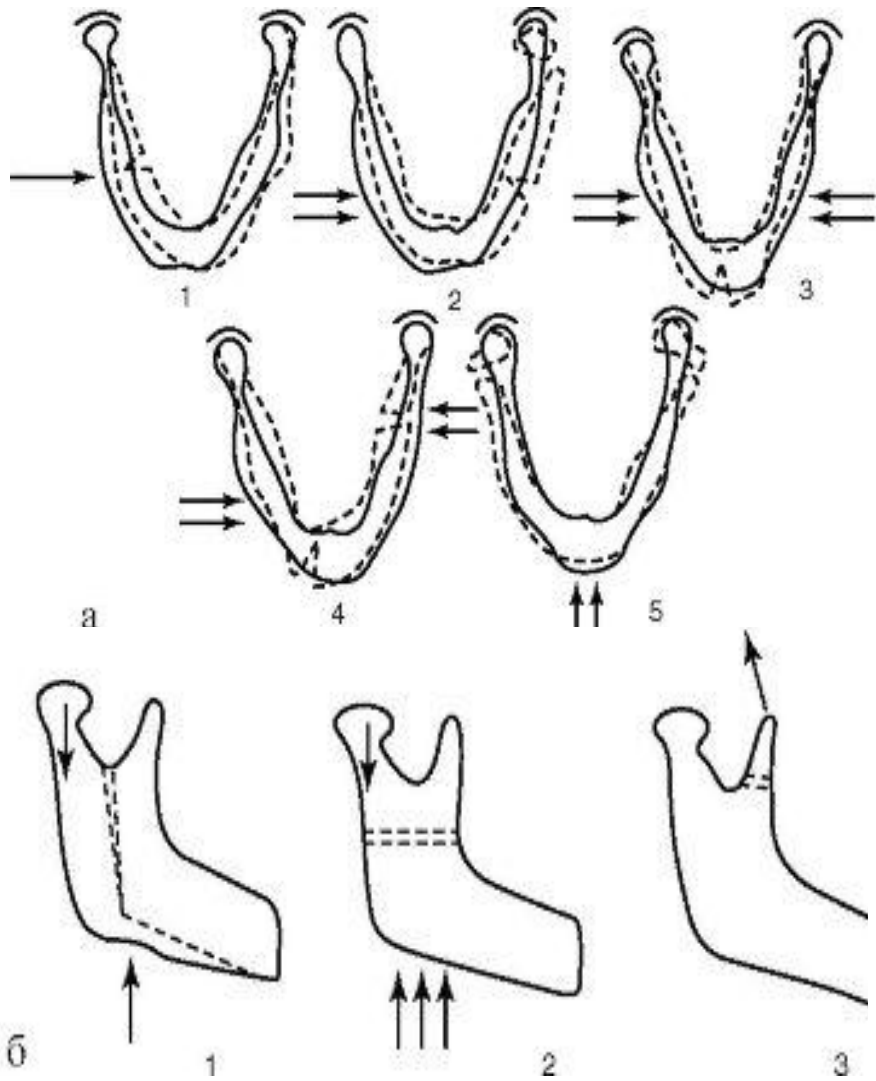
- ***Переломы тела нижней челюсти подразделяют на:***
- - переломы подбородочного отдела (в пределах от клыка до клыка);
- - переломы бокового отдела (в пределах от клыка до второго моляра);
- - переломы в области угла (участок межзубного промежутка между вторым и третьим моляром и лункой третьего моляра).

История медицинских наблюдений свидетельствует  
о такой статистике:

- область тела – в 67% случаев;
- область ветви – в 33% случаев;
- область угла (ангулярный перелом нижней челюсти) – в 37% случаев;
- область подбородка – в 5% случаев.



# Механизм переломов нижней челюсти



**Схема механизмов переломов нижней челюсти (по Вассмунду):** а) 1 - прямой перелом вследствие перегиба в области тела нижней челюсти; 2 - двойной не прямой перелом вследствие перегиба в области тела нижней челюсти и мышелкового отростка; 3 - не прямой перелом вследствие перегиба в области подбородка; 4 - двусторонний перелом нижней челюсти вследствие перегиба в области угла слева (прямой) и подбородка справа (не прямой); 5 - двусторонний не прямой перелом нижней челюсти в области мышелковых отростков; б) 1- перелом ветви нижней челюсти вследствие сдвига; 2 - перелом ветви вследствие сжатия; 3 - перелом венечного отростка вследствие отрыв

- **Нижняя челюсть при ударе** испытывает высокое напряжение в области наиболее изогнутых и тонких участков: мышцелковый отросток, угол челюсти, ментальное отверстие, клык. В этих «слабых» местах она ломается из-за перегиба. При этом прямой перелом нижней челюсти чаще возникает в месте приложения силы на нешироком участке, а непрямой - если сила приложена на значительной площади костной ткани.
- **Механизм сдвига.** Вследствие сдвига происходит продольный перелом ветви нижней челюсти. При этом сила удара приложена снизу вверх в области основания нижней челюсти, впереди от угла на узком участке в проекции венечного отростка, т.е. на участке кости, не имеющем опоры. Этот участок при переломе сдвигается относительно другого участка этой кости, имеющего опору.

**Механизм сжатия** может проявиться, если действующая и противодействующая силы направлены навстречу друг другу. При нанесении удара снизу вверх по основанию тела нижней челюсти в области угла на широкой площади ветвь нижней челюсти, фиксированная в суставной впадине, подвергается сжатию, вследствие чего она ломается в поперечном направлении - чаще в среднем отделе.

**Механизм отрыва** может проявиться, когда сила удара направлена сверху вниз на область подбородка и при этом зубы плотно сжаты. В этом случае происходит рефлекторное сокращение всех жевательных мышц. Мощная височная мышца, будучи прикрепленной к тонкому венечному отростку, может оторвать его от ветви челюсти. Не все авторы признают реальность осуществления такого механизма перелома венечного отростка.

## **Смещение отломков нижней челюсти происходит вследствие:**

- сокращения прикреплённых к отломкам жевательных мышц (определяющий фактор);
- продолжающегося действия приложенной силы;
- собственной тяжести отломка.

## Клиническая картина переломов нижней челюсти

- **При переломах нижней челюсти жалобы больных разнообразны и во многом определяются локализацией перелома и его характером.**

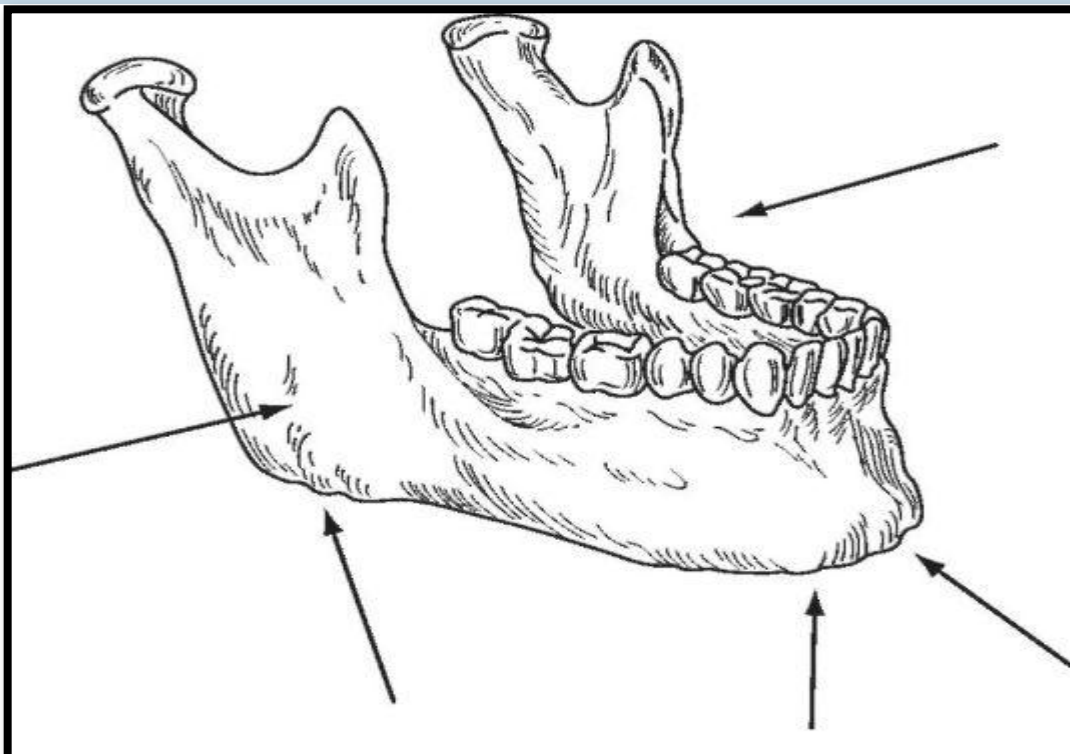
Больных беспокоят припухлость в околочелюстных тканях, боль в нижней челюсти, которая усиливается при открывании и закрывании рта, неправильное смыкание зубов. Откусывание и пережёвывание пищи резко болезненно, иногда - невозможно. У некоторых больных отмечается онемение кожи в области подбородка и нижней губы. При наличии сотрясения головного мозга может быть головокружение, головная боль, тошнота и рвота.

**Собирая анамнез**, врач должен выяснить, когда, где и при каких обстоятельствах получена травма. По клиническим признакам (сохранение сознания, контактность, характер дыхания, пульса, уровень АД) оценивается общее состояние больного. Необходимо исключить повреждение других анатомических областей.

**При обследовании определяется** нарушение конфигурации лица за счёт посттравматического отёка мягких тканей, гематомы, смещения подбородка в сторону от средней линии. На коже лица могут быть ссадины, кровоподтеки, раны.



- **При пальпации нижней челюсти** выявляется костный выступ, дефект кости или болезненная точка, чаще в области наиболее выраженной припухлости мягких тканей или гематомы. Важный диагностический критерий - **положительный симптом нагрузки (болевого симптома)**: при надавливании на заведомо неповреждённый участок нижней челюсти в области перелома появляется резкая боль за счёт смещения отломков и раздражения повреждённой надкостницы.





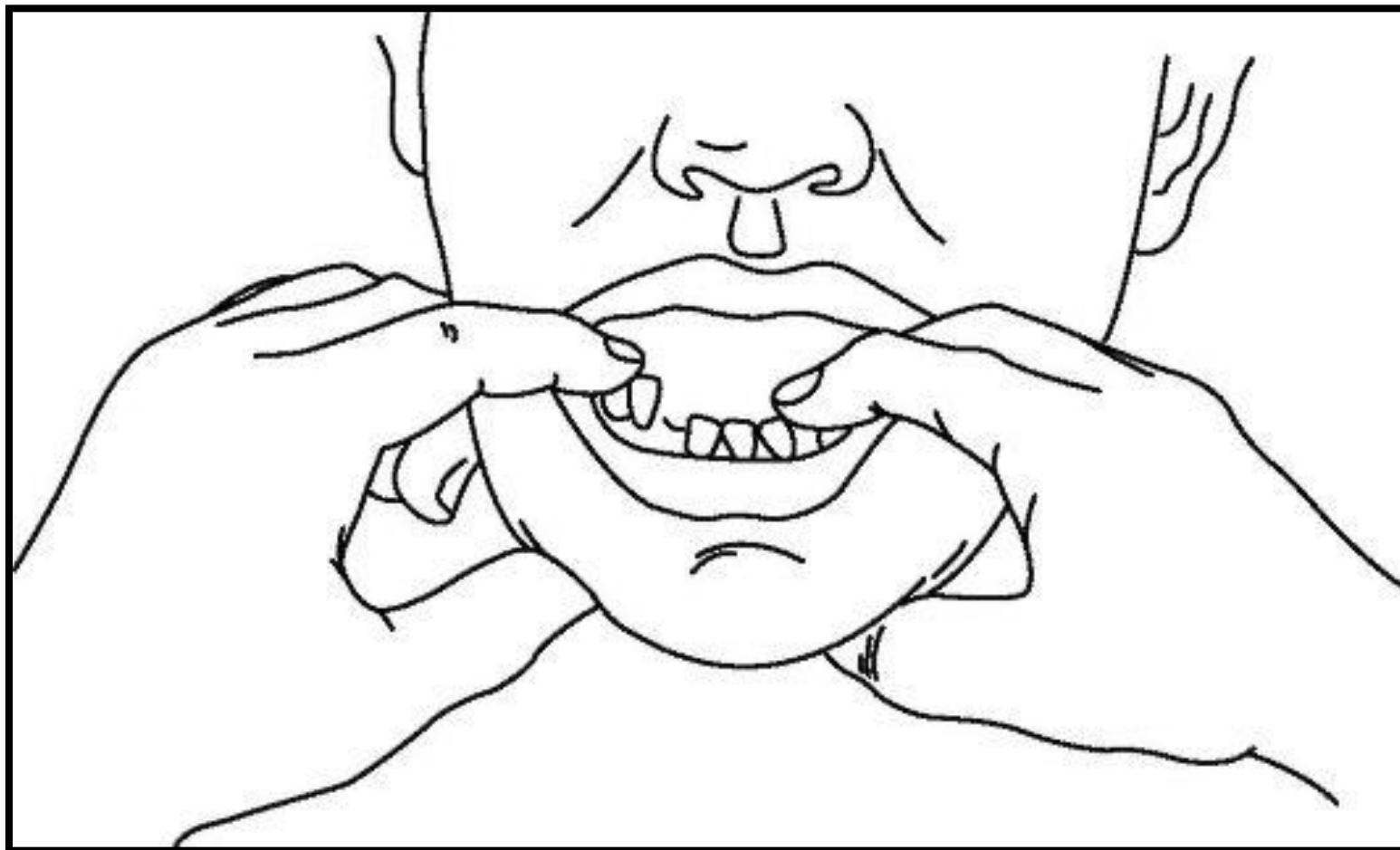
- **Особый диагностический признак перелома тела нижней челюсти** - образование гематомы не только в преддверии рта, но и с язычной стороны альвеолярной части. При ушибе мягких тканей она определяется только с вестибулярной стороны.

Иногда в полости рта обнаруживается рваная рана слизистой оболочки альвеолярной части, которая распространяется в межзубной промежуток, где проходит щель перелома.

Абсолютно достоверным признаком перелома является **симптом подвижности отломков челюсти**.

Врач фиксирует предполагаемые отломки пальцами обеих рук в области основания челюсти и со стороны зубов.

Далее осторожно производит покачивание отломков «**на излом**», при этом происходит нарушение целостности зубной дуги вследствие смещения отломков.



Определение подвижности отломков нижней челюсти с помощью пальцев двух рук (симптом подвижности отломков)

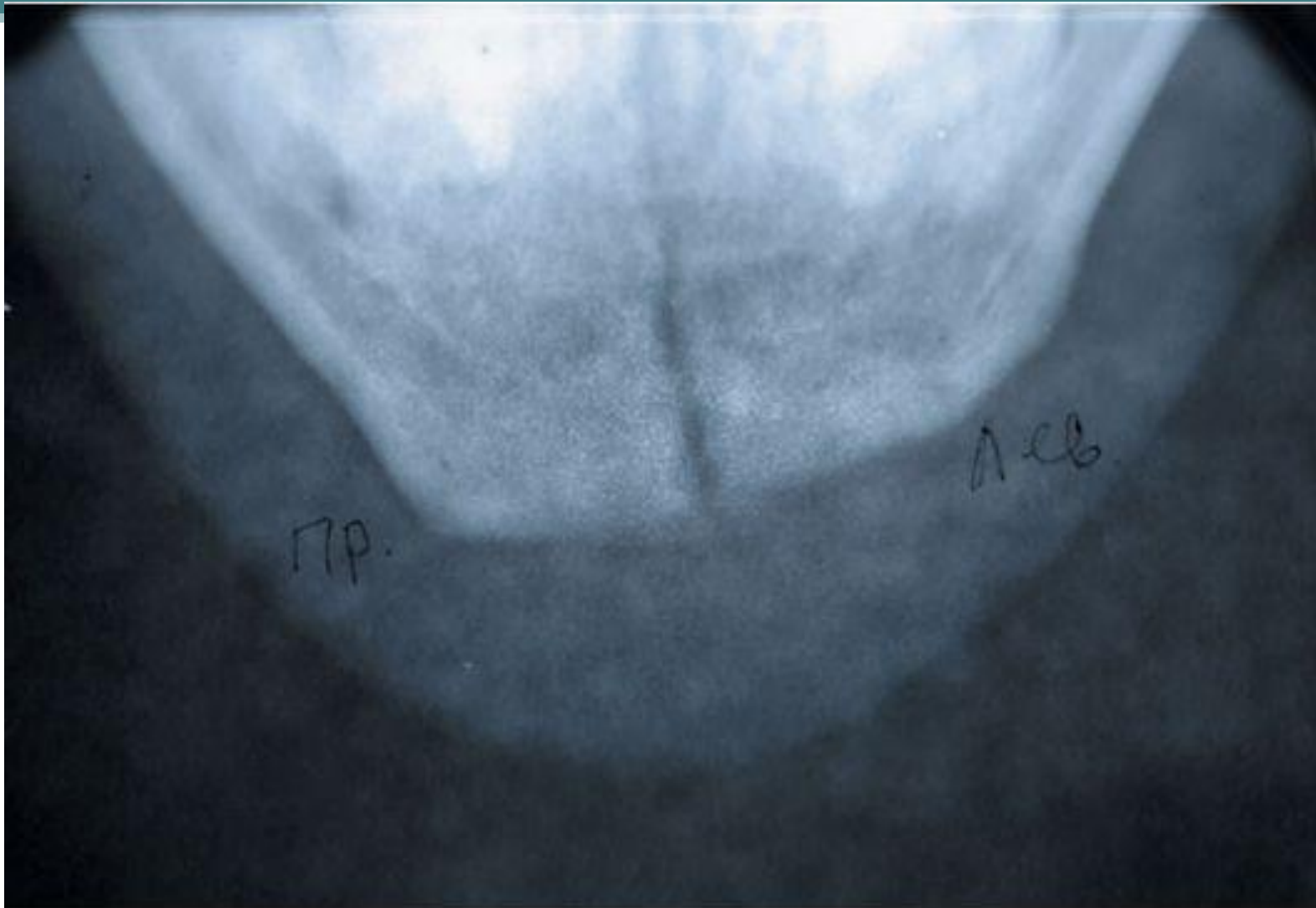


## **Перелом бокового отдела тела нижней челюсти.**

- Эти переломы чаще возникают в области удара, т.е. являются прямыми.
- Рот слегка приоткрыт, подбородок несколько смещен от средней линии в сторону перелома. В нижнем отделе щечной и поднижнечелюстной областях на стороне перелома определяется припухлость за счет посттравматического отека, или воспалительного инфильтрата, что зависит от вирулентности микрофлоры и иммунного статуса. На коже в этой области может быть синяк (проявление гематомы), или она гиперемирована вследствие развивающегося гнойного воспаления. При пальпации основания тела нижней челюсти определяется костный выступ в проекции премоляров или клыка, реже - первого или второго моляров. Симптом нагрузки положительный соответственно пальпируемому костному выступу.
- Открывание рта в полном объеме затруднено вследствие усиливающейся болезненности из-за смещения отломков. Подбородок при этом может отклоняться в сторону перелома.

## Перелом в области угла нижней челюсти

- Жалобы больных с переломом нижней челюсти в области угла существенно не отличаются от таковых при локализации перелома в боковом отделе тела челюсти. Прощупать костный выступ в области угла сложнее, так как он может маскироваться мышечно-сухожильным футляром жевательной мышцы. Поэтому в случае отсутствия его следует обратить особое внимание на определение самой болезненной точки по основанию тела челюсти в области угла. Она чаще всего соответствует месту перелома. Симптом нагрузки положительный в зоне костного выступа или выявленной болезненной точки в области угла нижней челюсти.
- Открывание рта ограничено, что связано не только с усилением болезненности при опускании нижней челюсти, но и с контрактурой жевательной и медиальной крыловидной мышц на стороне перелома вследствие их травмы. Кровоизлияние локализуется в зоне второго-третьего моляров, в ретромолярной области и крыловидно-нижнечелюстной складке.



**Перелом нижней челюсти в области подбородка  
(рентгенограмма).**

- Жалобы больных не отличаются особенностями. Обращает на себя внимание выраженный отек нижней губы, щечной, подбородочной и переднего отдела поднижнечелюстной областей с наличием выраженной гематомы. Костный выступ пальпируется достаточно четко в боковом участке подбородочного отдела основания челюсти на уровне клыка или первого премоляра. Имеется гематома в тканях нижнего свода преддверия рта и подъязычной области в пределах резцов, клыков и премоляров с наличием рваной раны слизистой оболочки десны на уровне резцов. Иногда такая рана на слизистой оболочке десны отсутствует. Симптом нагрузки рационально проверять, производя умеренное давление на область углов нижней челюсти по направлению к срединной плоскости. Он будет положительным в подбородочном отделе соответственно пальпируемого костного выступа, как и симптом подвижности отломков.

## **Перелом венечного отростка.**

- Для перелома венечного отростка характерна боль при открывании рта, ограничение опускания нижней челюсти до 1,5 см. Ощупывание переднего края ветви челюсти со стороны полости рта у основания венечного отростка резко болезненно. Сломанный венечный отросток под воздействием височной мышцы смещается кверху. Если же перелом проходит в пределах прикрепления сухожилий височной мышцы и последняя не разорвана, то отломок может не сместиться или смещение его будет незначительным, так как он удерживается мышечно-сухожильным футляром. Непрерывность челюстной дуги не нарушается, поэтому соотношение зубных рядов не изменяется, а симптом нагрузки будет отрицательным.



**Рентгенограмма нижней челюсти в боковой проекции. Перелом венечного отростка со смещением отломка.**

## **Перелом мышцелкового отростка**

При переломе ветви нижней челюсти наиболее часто повреждается мышцелковый отросток, занимая второе место в структуре переломов нижней челюсти. При ударе по подбородку спереди назад ломается мышцелковый отросток нижней челюсти в области шейки, а в случае приложения силы к боковому отделу тела, ветви или подбородка (в сагиттальной плоскости) наиболее уязвимым оказывается основание мышцелкового отростка наряду с углом нижней челюсти.



- *Клиническая картина перелома мыщелкового отростка.* Внутрисуставные переломы сопровождаются чаще всего выраженной болезненностью в области сустава, усиливающейся во время движения челюсти. Нарушение прикуса - незначительное и возможно лишь в случае вывиха малого отломка. При этом зубы на здоровой стороне и во фронтальном отделе не контактируют, а средняя линия несколько отклонена в сторону перелома.
- При переломе мыщелкового отростка определяется небольшой отек мягких тканей кпереди от ушной раковины, боль при пальпации впереди козелка, а в случае смещения малого отломка латерально возможно незначительное выбухание мягких тканей в этой области. Иногда при этом удается пропальпировать конец малого отломка в виде острого шипа.
- При пальпации передней стенки наружного слухового прохода в момент открывания - закрывания рта движения суставной головки или отсутствуют (реже), или значительно меньше по амплитуде (что бывает чаще) по сравнению с таковыми на здоровой стороне. Связано это с тем, что малый отломок находится под воздействием только латеральной крыловидной мышцы. В этой зоне больные могут отмечать некоторую болезненность.





**Рентгенограмма нижней челюсти в прямой проекции. Перелом мыщелкового отростка справа со смещением отломка латерально.**

## Диагностика и первая помощь

- Прежде, чем назначить лечение, необходимо в точности определить зону локализации перелома, а также его тяжесть. Для этого проводится рентгенографическое сканирование, внешний осмотр и пальпирование зоны поражения.
- Без детальной диагностики определить степень повреждений невозможно. Но учитывая известную симптоматику, пострадавшему может быть оказана первая неотложная помощь.

## **Первая, оказанная на месте происшествия помощь, должна быть следующей:**

- Фиксирование челюсти плотной повязкой
- Фиксирование (своеобразное шинирование) челюсти плотной повязкой.
- Попытаться остановить кровотечение: наложение стерильной повязки, тампонирование. При артериальном кровотечении нужно придавить место разрыва сосуда.
- Аккуратно вычистить ротовую полость от кровяных сгустков, рвотной массы, осколков зубов.
- Зафиксировать язык, иначе возможно затруднение дыхания.
- Обеспечить пострадавшему максимальную неподвижность.
- Наложить холодный компресс на место травмы.



**Фиксирование челюсти плотной повязкой**

Как только меры предосторожности приняты, человека следует незамедлительно опаравить в ближайшее медучреждение. Там ему будет оказана уже профессиональная медицинская помощь. При транспортировке в медучреждение также следует придерживаться определенных правил. Рекомендовано перевозить пострадавшего сидя или в лежачем боковом положении, голову следует держать наклонно вниз. В бессознательном состоянии пациенты перевозятся лежа, голова в положении на боку.

- Уже в больнице продолжается оказание неотложной помощи:
- обработка ран;
- перетяжка крупных кровеносных сосудов;
- установка трахейного дыхательного катетера;
- противошоковое лечение.

# Список литературы

1. <http://www.stomatology.zp.ua/arkhiv-statejj/periostit/profilaktika-gnojno-vospalitelnykh/>
2. [http://www.medbusiness.ru/Images/Stomatolog\\_4\\_2015\\_34-39.pdf](http://www.medbusiness.ru/Images/Stomatolog_4_2015_34-39.pdf)
3. <http://www.rusmedserv.com/maxillofacialsurgery/pyoinflammatory-diseases-maxillofacial-area/>