

ВЫВИХИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Шаповалов И. А., Жарова Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра анатомии человека

Харьков, Украина

THE MANDIBULE DISLOCATIONS

Shapovalov I. A., Zharova N.V.

Kharkov National Medical University

Department of Human Anatomy

Kharkov, Ukraine

Заболевания ВНЧС нередки и многообразны. По данным различных авторов, встречаются у 27-67% пациентов, обращающихся к стоматологам. Причины заболевания многообразны: нарушение обменных процессов, эндокринные и психические расстройства, заболевания нервной системы. В первую очередь эти заболевания связаны с патологией зубочелюстной системы, сопровождающиеся снижением высоты нижнего отдела лица (частичная адентия, деформации зубных рядов, патологическая стираемость).

Выделяют следующие нозологические формы заболевания: артриты, артрозы, анкилозы, новообразования, вывихи, мышечно-суставная дисфункция.

Многочисленные исследования последних лет свидетельствуют о важном значении психосоматических факторов в возникновении заболеваний ВНЧС, так как они вызывают гипертонус жевательных мышц и снижают адаптационную устойчивость к окклюзионным нарушениям. Любые врачебные стоматологические вмешательства могут спровоцировать заболевания ВНЧС. К сожалению, больные с такой патологией выявляются после неоднократного и безуспешного применения различных методов стоматологического лечения, когда у врача возникает чувство отчаяния, а у больного недоверия к врачу. В этих случаях особенно важно учитывать принципы врачебной этики и деонтологии, использовать у таких больных индивидуальные подходы для убеждения в целесообразности избранного метода лечения и мотивации больного, так как успех лечения будет зависеть и от того, удастся ли врачу установить взаимопонимание с пациентом и осознает ли он необходимость проведения данных лечебных мероприятий. Поэтому любые стоматологические вмешательства, кроме неотложной помощи, противопоказаны в стадии декомпенсированного состояния пациента, так как могут развиваться конфликтные ситуации, препятствующие проведению лечения. Правильное применение методов деонтологии при лечении заболеваний ВНЧС способствует достижению положительных результатов.

Исследование

Височно-нижнечелюстной сустав

Височно-нижнечелюстной сустав, *articulatio temporo-mandibularis*, образуется *caput mandibulae* и *fossa mandibularis* височной кости. Сочленяющиеся поверхности дополняются лежащим между ними внутрисуставным волокнистым хрящом, *discus articularis*, который своими краями срастается с капсулой сустава и разгораживает суставную полость на два обособленных отдела. Суставная капсула прикрепляется по краю *fossa mandibularis* до *fissura retrotympanica*, заключая в себе *tuberculum articulare*, а внизу охватывает *collum mandibulae*.

Около височно-нижнечелюстного сустава находятся 3 связки, из которых непосредственное отношение к суставу имеет только *lig. laterale*, идущая на боковой стороне сустава от скулового отростка височной кости косо назад к шейке мыщелкового отростка нижней челюсти. Она тормозит движение суставной головки кзади. Остальные две связки (*lig. sphenomandibulare* et *lig. stylomandibulare*) лежат в отдалении от сустава и представляют собой не связки, а искусственно выделяемые участки фасций, образующие как бы петлю, способствующую подвешиванию нижней челюсти. Оба височно-нижнечелюстных сустава функционируют одновременно и поэтому представляют одно комбинированное сочленение.

Височно-нижнечелюстной сустав относится к мыщелковым сочленениям, но благодаря внутрисуставному диску в нем возможны движения в трех направлениях.

Движения, которые совершает нижняя челюсть, таковы:

- опускание и поднятие нижней челюсти с одновременным открыванием и закрыванием рта;
- смещение ее вперед и назад
- боковые движения (ротация нижней челюсти вправо и влево, как это бывает при жевании).

Первое из этих движений совершается в нижнем отделе сустава, между *discus articularis* и головкой нижней челюсти. Движения второго рода происходят в верхнем отделе сустава. При боковых движениях (третий род) головка нижней челюсти вместе с диском выходит из суставной ямки на бугорок только на одной стороне, тогда как головка другой стороны остается в суставной впадине и совершает вращение вокруг вертикальной оси. Возможны небольшие круговые движения в 3 плоскостях.

В результате проведенного нами научного исследования, нами были выявлены такие движения височно-нижнечелюстного сустава:

вертикальная ось: опускание и поднятие нижней челюсти (открывание и закрывание рта) — совершается в нижнем отделе сустава, между хрящевым диском и головкой нижней челюсти;

сагиттальная ось: смещение нижней челюсти вперёд и назад — совершается в верхнем отделе сустава, между хрящевым диском и суставной поверхностью височной кости;

фронтальная ось: боковые движения (ротация нижней челюсти) при жевании — на одной стороне головка нижней челюсти вместе с хрящевым диском выходят из суставной ямки на бугорок, а с противоположной стороны осуществляется ротация головки нижней челюсти относительно суставной впадины вокруг вертикальной оси.

Вывихи.

Вывих нижней челюсти может произойти при чрезмерно широком открывании рта (зевота, рвота, введение желудочного зонда, эндоскопии и т. д.), а также при значительном давлении на опущенную нижнюю челюсть (во время удаления зубов на нижней челюсти, особенно моляров, при насильственном раскрывании рта ротаторасширителем, при нанесении удара по телу челюсти).

Различают одно- и двусторонние передние, задние и боковые вывихи. Смещение головок челюсти кнаружи или кнутри, как правило, сопровождается переломом основания или шейки мышечкового отростка.

Наиболее часто встречаются передние (одно- и двусторонние) вывихи, при которых головка нижней челюсти смещается кпереди от суставного бугорка.

Для вправления передних вывихов нижней челюсти можно использовать способ, известный со времен Гиппократов. Пострадавшего усаживают на низкую скамейку, врач стоит спереди от него. Обернув пальцы рук салфеткой, он накладывает на жевательные поверхности больших коренных зубов нижней челюсти, плотно охватывает тело челюсти остальными пальцами снаружи и снизу. Постепенно отжимают челюсть книзу и кзади таким образом, чтобы головка челюсти совершила обратный путь по суставному бугорку в направлении суставной впадины, как бы «опрокидывая» нижнюю челюсть. В большинстве случаев вправление удается сразу. Следует помнить, что в момент возвращения головки нижней челюсти в суставные впадины происходит быстрое смыкание челюстей, поэтому нужно вовремя убрать пальцы изо рта больного.

Исходы лечения обычно благоприятные, в отдельных случаях сохраняется некоторая тугоподвижность в суставе.

Рекомендации

Избегать чрезмерно широкого открывания рта;

удерживать челюсть при крике, смехе, зевоте, гримасах.

Литература:

1. Александров К. М., Аржанцев П. З., Викриев Б. С./ Травмы челюстно-лицевой области. // М.: Медицина.- 1986.- с.230-234
2. Аржанцев П. З., Иващенко Г. М., Лурье Т. М. /Лечение травм лица.// М.: Медицина.- 1975.- с.54-58
3. Дунаевский В. А., Соловьев М.М., Павлов Б.Л., Магарилл Е.Ш./ Остеосинтез при переломах нижней челюсти. // Л.Медицина.- 1973.- с.75-83
3. Ефанов О. И., Дзанагова Т. Ф./ Физиотерапия стоматологических заболеваний. //М.: Медицина.- 1980.-с.90-121
4. Кабаков Б.Д., Малышев В. А. /Переломы челюстей// М.: Медицина.-1981.- 45-56
5. Сорокин В. И., Федоров Ю.А./ Гигиена полости рта у больных с переломами нижней челюсти. // Стоматология.- 1973, № 6.

Фамилия, имя, отчество: Шаповалов Игорь Анатольевич

Учреждение, факультет, курс: Студентка 1 курса, 2 медицинского факультета, 23 группы
ХНМУ

Харьковский Национальный Медицинский Университет

Адрес: г. Харьков, пр. Свободы 51. Ком. 42

E-mail: igor.shapovalov.2301@mail.ru

Название доклада: **"Вывихи нижней челюсти"**