**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Хирургии**

Доклад

на тему:

«**Переломы нижней и верхней челюсти**»

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

**Пенза**

2008

**План**

1. Переломы нижней челюсти

* Обследование и диагностика
* Классификация переломов нижней челюсти по областям
* Лечение

1. Переломы верхней челюсти

* Горизонтальный перелом верхней челюсти (Лефор I)
* Полный отрыв верхней челюсти с носовыми костями (Лефор II)
* Полный отрыв или разъединение костей лицевого и мозгового черепа (Лефор III)

Литература

**1. ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Классические признаки и симптомы перелома нижней челюсти: 1) анамнестические данные, касающиеся травмы; 2) нарушение прикуса; 3) боль; 4) аномальная подвижность или крепитация отломков; 5) нарушение двигательной функции и ограничение объема движений; 6) деформация лица или зубной дуги; 7) девиация рта при открывании; 8) отек и кровоподтеки; 9) анестезия подбородочного нерва; 10) рентгенологическое подтверждение перелома.

Как и при любом переломе костей лицевого черепа, лечению перелома нижней челюсти должны предшествовать оценка и лечение общих нарушений. Переломы нижней челюсти при отсутствии обширных ран мягких тканей редко лечатся сразу же после травмы.

Существует несколько подходов к обследованию пациента при диагностике перелома. Для полной оценки травмы нижней челюсти необходимо проведение внутри- и внеротового исследования, а также получение серийных рентгенограмм.

**Обследование и диагностика**

Внеротовое исследование

Обычно обнаруживаются односторонний или двусторонний отек, деформация и кровоподтеки в области восходящей ветви и (или) тела нижней челюсти. Нижняя челюсть пальпируется, начиная от отростков, по всей длине ее края; при этом отмечается любая болезненность или 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 края зубов. Неправильный прикус может указывать на перелом нижней челюсти. В тех случаях, когда подозревается дотравматическое существование неправильного прикуса, проводится тщательный осмотр зубных лунок. Используется и более простой прием: пациента просят сомкнуть зубы, как при жевании, и сообщить врачу, есть ли изменение прикуса.

Важно также оценить объем движения нижней челюсти: выдвижение ее вперед, боковые экскурсии, открывание и закрывание рта. При этом отмечается любое ограничение подвижности или обращают внимание на сопутствующую боль, связанную с движением челюсти. Односторонний перелом мыщелкового 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 невозможно точно определить область головки мыщелкового отростка. На снимке в косой боковой проекции контуры нижней челюсти можно просмотреть от первого премоляра до мыщелка. Во всех 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 направляют на пленку, помещенную на окклюзионной поверхности зубов. Такая проекция используется главным образом для оценки состояния средней части нижней челюсти, особенно в тех случаях, когда наложение теней шейного отдела позвоночника несколько затемняет эту область в переднезадней проекции. При подозрении на перелом мыщелкового отростка производятся дополнительные рентгенограммы. Снимки зубов также дают некоторую информацию, особенно при подозрении на альвеолярные переломы.

Возможно, наилучшей рентгенограммой при подозрении на перелом нижней челюсти является обзорный снимок нижней и верхней челюстей. Такая рентгенограмма дает четкое изображение изгибов поверхности на уровне костей лицевого черепа при прохождении рентгеновских лучей по оси движения вокруг головы. Областей, часто трудных для интерпретации на снимках в переднезадней и боковой косой проекциях, фактически не остается.

**Классификация переломов нижней челюсти по областям**

Что касается локализации переломов, наиболее частой областью перелома является угол нижней челюсти; затем следуют переломы мыщелковых отростков, коренных зубов и подбородочного отдела. Срединные переломы встречаются реже, что объясняется толщиной челюсти в этой области.

Переломы альвеолярных отростков

Наиболее типичным повреждением нижней челюсти является перелом альвеолярного отростка, или сегмента челюсти. Альвеолярные переломы чаще всего наблюдаются в передней части челюсти (или в области резцов), наиболее подверженной травматическим повреждениям. Жизнеспособные зубы следует сохранять, даже если они оказались вырванными; не следует удалять сегменты альвеол, если они прочно связаны с надкостницей. После хирургической обработки ран полости рта не стоит оставлять пострадавшего с серьезными дефектами альвеол, которые не могут быть исправлены при протезировании. Необходимо прижать зубные сегменты марлевыми тампонами, применяя прямое давление, а затем покрыть их салфеткой, смоченной солевым раствором. Большинство альвеолярных переломов можно затем стабилизировать с помощью проволоки или фиксации дугообразным стержнем.

Переломы мыщелковых отростков

Односторонний перелом мыщелкового отростка вызывает девиацию челюсти в сторону перелома при максимальном открывании рта. При двусторонних переломах в области мыщелковых отростков пациент обычно имеет открытый прикус с контактом лишь между большими коренными зубами при отсутствии соприкосновения резцов.

Срединные переломы

Срединные переломы нижней челюсти легко распознаются по смещению нижних передних зубов и нарушению непрерывности зубной дуги. При бимануальной пальпации отломки могут легко смещаться.

Переломы в области угла и тела нижней челюсти

Неблагоприятные переломы угла нижней челюсти обычно происходят вследствие разрыва собственно жевательной и внутренней крыловидной мышц со смещением проксимального сегмента кверху. Это лучше всего определяется при рентгенографии.

Беззубые переломы

Отсутствие зубов в одном или нескольких фрагментах челюсти может значительно затруднять оценку прикуса; единственным методом точной диагностики переломов при полном или частичном отсутствии зубов является рентгенография.

**Лечение**

Большинство переломов нижней челюсти можно репонировать и зафиксировать, соединив проволокой в прикусе верхние и нижние зубы. Зубы в щели перелома необходимо удалить, несмотря на шинирование и репозицию отломков. Отсутствие многих зубов в каком-то одном или во всех фрагментах еще более усложняет проблему; однако это еще не является показанием к хирургическому лечению.

Для фиксации переломов нижней челюсти стоматологи используют внутриротовые проволочные шины.

Если имеется перелом нижней челюсти, при котором возможно сопоставление нижнего ряда зубов с противоположным рядом на верхней челюсти, то показана закрытая репозиция. Если линия перелома проходит позади последнего зуба в зубной дуге или в большом сегменте, не содержащем зубов, то чаще всего необходима открытая репозиция.

Во всех случаях переломов нижней челюсти, при которых имеется повреждение мягких тканей и возникает риск загрязнения раны, следует провести профилактику столбняка. Так как большинство переломов нижней челюсти ограничивается полостью рта, всегда существует риск инфицирования. Показана антибиотикотерапия пенициллином или цефалоспорином — обычными препаратами выбора. Однако решение о проведении поддерживающей антибиотикотерапии принимается лишь после консультации с хирургом.

**2. ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Для большинства переломов верхней челюсти характерен отрыв ее прикреплений к костям лицевого или мозгового черепа. Исследования французского ученого Рене Лефора на рубеже столетий завершились разработкой классификации переломов верхней челюсти в средней части лица.

**Горизонтальный перелом верхней челюсти (Лефор I)**

Как и при любом переломе типа Лефора, может наблюдаться свободное смещение челюсти. При горизонтальном переломе тело верхней челюсти отделяется от основания черепа над уровнем неба и ниже прикрепления скуловидного отростка.

Линия перелома проходит билатерально от боковых назальных апертур по боковой стенке синусов верхней челюсти до крыловидных отростков основной кости.

Диагностика

Многие горизонтальные переломы верхней челюсти не имеют значительного смешения, и их диагностика может быть ошибочной. Смещение зависит от силы удара и направления тяги мышц.

Этот перелом легче всего диагностируется при захватывании альвеолярного отростка и передних зубов большим и указательным пальцами и получении подвижности кости в переднезаднем направлении.

Отчетливая подвижность всего верхнего ряда зубов свидетельствует о наличии у пациента, по крайней мере, перелома Лефора I. Рентгенологическое исследование часто не позволяет поставить данный диагноз.

**Полный отрыв верхней челюсти с носовыми костями (Лефор II)**

Линия перелома проходит поперечно по переносью, внутренней стенке и дну глазницы в области скуловерхнечелюстного шва к крыловидным отросткам основной кости.

Клиническая картина

Вся средняя часть лица, нос, губы и веки отечны.

Отмечаются двустороннее кровоизлияние под конъюнктиву и (часто) наличие крови в ноздрях. При наличии в полости носа прозрачной жидкости необходимо дифференцировать ринорею СМЖ и экстравазацию слизи. Для этого используется тест-полоска с декстростиксом (определение глюкозы) или проводится анализ пробы жидкости (с той же целью).

Небольшое количество жидкости из полости носа наносится на салфетку, и если при высыхании последняя становится жесткой, то это слизь.

У каждого пациента с подозрением на ринорею СМЖ оценка неврологического статуса должна быть проведена до консультации с хирургом.

Ринорея СМЖ является результатом перелома решетчатой пластинки решетчатой кости. Ввиду этого клиническое обследование при подозреваемом переломе Лефора IIследует проводить осторожно, с минимальными манипуляциями. Диагноз перелома Лефора IIобычно подтверждается методом захвата переднего отдела верхней челюсти (как и в случае перелома Лефора I) в сочетании с пальпацией основания носа.

Рентгенологическое исследование

Диагноз перелома Лефора IIобычно подтверждается на рентгенограмме в проекции Уотера при двустороннем исследовании нижнего полукружья глазниц и одновременном получении томограмм обеих глазниц. Необходимы также снимки костей носа.

**Полный отрыв или разъединение костей лицевого и мозгового черепа (Лефор III)**

Линия перелома Лефора IIIпроходит через лобно-скуловой шов с обеих сторон, пересекает глазницу, основание носа, решетчатую кость и скуловую дугу. Латеральная часть полукружья глазницы отделена, а нижний край глазницы может быть сломан; кроме того, имеются сочетанные переломы скулы. Может также наблюдаться пирамидный или горизонтальный перелом.

Клиническая картина

Отмечается характерное "блюдцеобразное лицо", что обусловлено смещением кзади под углом 45 ° всей средней части лицевого скелета вдоль основания черепа. В профильном изображении лицо имеет ложкообразное углубление в области носа; у пациента часто возникает открытый прикус. Сохраняется контакт лишь между большими коренными зубами при отсутствии соприкосновения передних зубов или резцов. Ринорея СМЖнаблюдается значительно чаще, чем при переломе Лефора II. Пальпация должна проводиться с осторожностью. Одновременное получение данных о подвижности средней части лица и скуловой кости подтверждает наличие перелома Лефора III.

Рентгенография

Диагноз подтверждается при рентгенографии в проекции Уотера и получении двусторонних томограмм глазницы.

Лечение

Лечение переломов в средней части лица состоит в устранении вдавления отломков и восстановлении нормального прикуса. Необходимы мобилизация костей лица и коррекция смещения скуловой, слезной и других костей. При переломах костей носа обычно производится их закрытая репозиция. Назначаются столбнячный анатоксин и антибиотики (с профилактической целью).

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Неотложнаямедицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год