

## **Реферат на тему:**

### **"Изучение проблем хирургической стоматологии с разработкой методов диагностики и лечения заболеваний челюстно-лицевой области"**

#### **Введение**

- 1. Черты и классификация травм челюстно-лицевой области**
- 2. Вывихи и переломы зубов**
- 3. Переломы нижней челюсти**
- 4. Вывихи нижней челюсти: причины, клинические проявления, лечение**

#### **Заключение**

#### **Список использованной литературы**

#### **Введение**

Челюстно-лицевая хирургия является одной из основных направлений хирургической стоматологии. Область изучения данного направления - разработка методов диагностики и лечения заболеваний челюстно-лицевой области. При частном рассмотрении этой области необходимо обратить внимание на ее близкий контакт с важнейшей витальной структурой - головным мозгом и непосредственную связь со всеми системами человеческого организма. Поэтому лечение различных вывихов и травм нужно проводить очень осторожно, так как какое-либо неправильное действие или движение может привести к нежелательным и, подчас губительным, последствиям. Здесь мы рассмотрим основные заболевания челюстно-лицевой области с хирургической точки зрения, а также методы их диагностики и лечения.

#### **1. Черты и классификация травм челюстно-лицевой области**

Вопросы травматологии продолжают сохраняться одной из важных медицинских, а также социальных проблем, которые вследствие напряженной урбанизации, увеличения количества транспортных средств, темпов и ритма жизни возрастают из года в год. Во всех странах в соответствии с частотой, а также тяжестью повреждений, растущее число травматизмов позволяет полагать, что угроза травм для людей в возрасте до 60 лет выше, чем сердечно-сосудистые болезни, а также злокачественные опухоли (В.А. Козлов, 1988). Вместе с общим повышением травматизма отмечается повышение частоты, а также тяжести челюстно-лицевых травм, а также сочетанных дефектов. Об этом говорит большое количество исследований российских (В.А. Петренко а также соавт., 1999; П.Г. Сысолятин, И.А. Арсенова, 1999) а также иностранных ученых (Y. Jallut et al., 1992; Hoffmeister et al., 1992). Количество челюстно-лицевых травм среди общей численности повреждений костей колеблется от 3,2 по 3,8% (Н.М. Александров а также соавт., 1986). Количество пострадавших с травмой лицевой области в общем числе стационарных стоматологических больных, в соответствии с материалами отдельных создателей разен и составляет от 21 до 40% (В.В. Бурдин а также соавт., 1998). Почти все создатели подмечают повышение переломов костей лица на 10-15%, что необходимо учесть при организации стационарного, а также амбулаторного лечения. Эти данные могут стать основой для планирования

стоматологического лечения, а также исходными данными для определения количества больничного фонда, расчётах нужного числа материалов, приборов для лечения больных с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области. Чаще дефекты челюстно-лицевой области встречаются у лиц трудоспособного возраста от 18 до 50 лет - 91%. Отмечается сезонность травматизма, в летне-осенние месяцы количество больных с травмами лица растёт. Объясняется это повышением частоты автотранспортных а также уличных травм, а также травм, связанных с сельскохозяйственными работами. Исследования продемонстрировали, что первое место среди травм челюстно-лицевой области занимают: домашняя (83%), автотранспортная (12%), производственная (4,5%), спортивная (0,5%). Домашняя травма в основной массе случаев была сопровождаемой алкогольным опьянением. Стоит отметить увеличение численности пулевых ранений челюстно-лицевой области в последние годы. Число переломов нижней челюсти колеблется от 77 по 95%, верхней челюсти от 3 по 20%, обеих челюстей от 2 по 8%. Травмы челюстно-лицевой области соответственно локализации распределились последующим образом: дефекты мягких тканей лица 19%, переломы скуловых костей 15%, переломы костей носа 4,5%, переломы высших челюстей 3,5%, переломы нижней челюсти 58%. Установлена определённая закономерность между сроками обращений потерпевших в специальные учреждения, локализацией, видом травмы, а также характером дефекта. При исследовании регистрационных листов мы обнаружили, что в первый день после травмы в травматологический пункт обратилось 92% больных с дефектами мягких тканей лица, огнестрельными дефектами - 89%, переломами костей носа - 68%, многочисленными травмами костей лица - 69% двойными переломами нижней челюсти - 58%. В наиболее поздние сроки до 10 дня после травмы поступают больные с переломами скуловых костей - 32%, единичными переломами нижней челюсти - 18%, многочисленной травмой костей лица - 31%. На основании исследования структуры повреждений челюстно-лицевой области было создано огромное количество их классификаций. При составлении классификации большой трудностью является подбор показателей, которые нужно в нее ввести. Нынешний уровень вычислительной техники позволяет ввести для выяснения наибольшее число показателей. С научной точки зрения такой подход понятен, однако для ежедневной медицинской практики нужна короткая, комфортная, легко запоминаемая классификация. Необходимо, чтобы при постановке диагноза были предусмотрены следующие факторы: соответственно локализации - травмы мягких тканей конкретной анатомической области с повреждением крупных сосудов, нервов, языка, слюнных желез, травмы челюстно-лицевого скелета (нижней челюсти, верхней челюсти, скуловых костей, костей носа); в соответствии источником повреждения - механические, огнестрельные, ожоги, отморожения; соответственно характеру ранения - сочетанные, сочетанные, сквозные, слепые, касательные, проникающие (в полость рта, верхнечелюстную пазуху, полость носа, глазницу, глотку). В предлагаемой структуре диагноза перечислены все части внешнего скелета, так как именно определение их повреждения необходимо для выбора способа лечения. В пункте "Мягкие ткани" указаны лишь те органы и системы, повреждение которых определяет характер, а также источник ранения. Необходимость выделения проникающих, а также непроникающих ран явна, так как течение проникающих ран в два раза тяжелее: больше нагноений, расхождений швов, а также больше неблагоприятных исходов. Разделение ран верхней, средней, а также нижней зон лица позволяет выделить повреждения костей, связанные с чертами анатомического строения, их многофункциональным предназначением.

## **2. Вывихи и переломы зубов**

Вывихи, а также переломы зубов занимают 3% среди всех травматических повреждений челюстей. При травмах челюстей часто повреждаются передние группы зубов. Нередко травма зубов, а также альвеолярных отростков могут сопровождаться повреждением мягких тканей околоротовой области. Размеры, а также характер травмы зависят от силы удара, а

также площади травмирующего предмета. Выделяют полный, частичный и вколоченный вывихи. При частичном вывихе потерпевший пожалуется на боль в зубе при прикосновении к нему, невозможность приема пищи, на изменение расположения зуба, его подвижность. При наружном осмотре: отёк, кровоизлияние слизистой альвеолярного отростка; зуб занимает неправильное положение в зубном ряду, подвижен, перкуссия его грубо болезненна. При рентгенологическом обследовании найдено ограничение периодонтальной связки на стороне смещения зуба, а на другой - ее увеличение.

Полный вывих характеризуется разрывом периодонта на протяжении только корня, отмиранием сосудисто-нервного пучка, в ряде случаев - переломом стены альвеолы, а также выпадением зуба из лунки. При полном вывихе больные пожалуются на отсутствие зубов в зубном ряду. При наружном осмотре лунка вывихнутого зуба наполнена сгустком, слизистая оболочка десневого края разорвана, нередко определяется перелом стенок лунки. В таких случаях нужно исследовать лунку для определения характера ее повреждения для последующей реплантации зуба.

Вколоченный вывих считается разновидностью полного вывиха, характеризуется перфорацией, введением корня зуба в компактную пластинку альвеолы, а также губчатое вещество альвеолярного отростка. Сосудисто-нервный пучок при этом всегда повреждается. При вколоченном вывихе потерпевший предъявляет жалобы на боль в области травмированного зуба, изменение его расположения в зубном ряду. При наружном осмотре определяется изменение расположения коронки зуба с креном ее в какую-либо сторону, либо погружением в лунку. Зуб неподвижен вследствие его введения в костные структуры. Рентгенологическое изучение (внутриротовая укладка) при вывихах зубов делается для исключения перелома зуба, а также выбора способа лечения.

### **Лечение.**

Перед местным обезболиванием пальцами или щипцами для удаления зубов делается репозиция вывихнутого зуба. При полном вывихе зуба может быть прочерчивание реплантации соответственно общепринятому способу. При вколоченном вывихе почти все авторы не рекомендуют осуществлять одномоментную репозицию, т.к. вколоченные зубы могут постепенно беспричинно выдвигаться, а также занимать правильное положение. Удаление вколоченного зуба показано при полном его погружении, а также разрушении лунки зуба, при развитии острого воспалительного процесса в нем, а также прилегающих мягких тканях. В случае некроза пульпы ее удаляют, а каналы пломбируют сообразно общепринятым в терапевтической стоматологии способам. Иммобилизацию зуба создают, в зависимости от критерий, лигатурной вязью в композиции с быстротвердеющей пластиком, гладкой крышкой - скобой с наложением лигатур сообразно Гиппократу, 1в по н. э И.М. Оксману, К.С. Ядровой (1965) или шиной-каппой, двойкой параллельной крышкой (рис.1)

Перелом зуба. Предпосылки перелома зуба соответствуют таким же, как при вывихе. Зубы верхней челюсти ломаются чаще, нежели зубы нижней челюсти, в особенности фронтальные. Выделяют переломы зубов: продольные, поперечные, косые; полные и неполные, в зависимости от вскрытия пульпы. Выделяют переломы коронки, а также корня; в зависимости от локализации перелома выделяют переломы верхней, средней а также нижней трети зуба. В зависимости от локализации перелома больной жалуется на боль от механического, термического раздражения, на подвижность поврежденного зуба. При осмотре наблюдается отёк мягких тканей околоротовой области, кровоизлияния в слизистую, кожу. При переломе коронки определяется ее отлом разной формы, нередко со вскрытием пульпарной камеры. При переломе корня коронка время от времени приобретает розовую

либо фиолетовую окраску. Зуб становится подвижным, перкуссия его болезненна. Для выбора способа лечения нужно применить одонтометрию, а также рентгенологическое изучение (внутриротовая рентгенография, ортопантомография). Лечение. При переломе коронки зуба без вскрытия его полости лечение состоит в сошлифовывании острых краёв, заполнением пломбой или вкладкой. При повреждении пульпы ее удаляют, каналы пломбируют, а также восстанавливают анатомическую коронку зуба. При полном отломе коронки разрешено изготовление штифтового зуба либо плотной культевой штифтовкладки. При переломе корня в нижней трети удаляется пульпа, пломбируется канал, а также проводится операция в соответствии с видом резекции верхушки корня. Если перелом корня зуба произошёл в средней части, сохранена пульпа, зуб слабо подвижен, то возможно соединение корня за счёт пластической функции цемента, а также одонтобластов. В литературе описаны методы фиксации переломов корней с поддержкою внутриканальных штифтов из разных материалов, в том числе и при продольных, а также косых переломах, фиксируемых за пределами лунки зуба, а потом реплантированных. В таковых случаях нередко отмечаются воспалительные осложнения, которые приводят в последующем к удалению зуба. Обязательному удалению подлежат продольные переломы корней, косые, поперечные переломы в средней трети корня зуба. Переломы альвеолярного отростка появляются при воздействии травмирующей силы на маленький его участок. Альвеолярный отросток верхней челюсти чаще подвержен травме. Перелом альвеолярного отростка часто сопровождается переломом, а также вывихом зубов. Больные жалуются на боль в области перелома, усиливающуюся при смыкании зубов, приёме еды; несоблюдении прикуса. При наружном осмотре отмечаются кровоизлияния в слизистую альвеолярного отростка, а также прилегающие отделы, разрывы слизистой, подвижность фрагментов альвеолярного отростка, болезненная перкуссия зубов. Диагностика состоит в пальпаторном, одонтометрическом, а также рентгенологическом обследовании. В зависимости от повреждения выбирается метод лечения. Иммобилизация осуществляется с помощью гладкой шины-скобы, шины-каппы, применяющихся вблизи неповрежденных зубов. В ряде случаев, к примеру, при широких дефектах используются назубные проволочные покрышки с зацепными петлями, межчелюстной резиновой тягой. При некрозе пульпы зубов, последняя удаляется, каналы пломбируются. При обнаружении вывихов и переломов зубов используется такая стратегия лечения, как при их отделенных дефектах.

### **3. Переломы нижней челюсти**

Лечение переломов нижней челюсти содержится в восстановлении анатомической формы поврежденных остатков, обеспечении физического соотношения зубных линий, возобновлении функции мышц, участвующих в жевании. Главными принципами первоначального лечения считаются четкая репозиция, а также правильная фиксация отломков. Осуществление данных основ позволяет добиться первичного костного сращения в очень короткие сроки. Выделяют 3 вида лечения переломов нижней челюсти: консервативное (ортопедическое), ортопедохирургическое, а также оперативное. В настоящее время переломы нижней челюсти, около 90%, согласно разным авторам, лечат консервативным методом лечения (В.Н. Балин а также соавт., 1998, В.А. Петренко а также соавт., 1999;). Наиболее часто используемым способом консервативного лечения считается назубное проволочное шинирование, основы которого были заложены в начале века С.С. Тигерштедтом. главные принципы ортопедического лечения были изложены в разделе "Способы иммобилизации".

Оперативно-ортопедические способы лечения нижней челюсти. Одним из наиболее известных способов считается использование внешней лигатуры согласно J. Blak (1923). Суть данного метода содержится в проведении вокруг тела нижней челюсти проволочных лигатур, а также прикреплении их к надсневой покрышке (рис.2).

Этот способ фиксации показан: при переломах подбородочного отдела при беззубой нижней челюсти, косых переломах тела, подбородочного отдела нижней челюсти, переломах у детей в период молочного прикуса. Способ операции: после проводникового обезболивания осуществляется ручная репозиция отломков. Моделируется наддесневая рама из быстротвердеющего пластика либо используется сменный протез пострадавшего в качестве покрышки. Отступя от полосы перелома на 2 см, делается прокол мягких тканей скальпелем, применяя иглу для переливания крови как проводник, проводят проволочные либо полиамидные лигатуры в области альвеолярных отростков, затягивают, а концы лигатур скручивают над покрышкой либо протезом. В ряде случаев при остальных локализациях перелома появляется необходимость в динамическом подвешивании беззубых отломков нижней челюсти к верхней, применяя наддесневые покрышки либо съёмные протезы по методу В.А. Малышева (1959). Суть способа: на нижнюю челюсть накладываются внешние лигатуры как при методе J. Blak, концы их закручиваются и из них изготавливаются крючки; делают разрезы слизистой в виде грушевидных отверстий, а также скулоальвеолярных гребней для обнаружения повреждения, бором просверливаются отверстия, через которые проводят проволочные лигатуры, закручивают а также изгибают их в виде крючков. Царапины слизистой зашивают, на верхние и нижние крючки одевают резиновые кольца. С.Р. Мектубджан (1974) изменил методологию динамического подвешивания и внес предложение использовать Г-образные крючки, укреплять через проколы слизистой за кожный край грушевидного отверстия. На верхние и нижние крючки надевались резиновые кольца, применялись наддесневые покрышки из самотвердеющего пластика. В.В. Донской (1975) использовал необычную методологию фиксации переломов нижней челюсти, успешно сочетающую составляющие хирургического а также ортопедического лечения (рис 3).

Суть способа содержится в скреплении отломков нижней челюсти в пределах зубного ряда и угла спицей Киршнера, а также фиксацией ее к шейкам зубов на нижней челюсти. Автор описал 3 варианта применения данного метода:

1. При переломах в области угла нижней челюсти спицу вводят на глубину 2 см в предшествующий отдел ветки нижней челюсти, создают репозицию отломков, а свободный конец спицы изгибают и укрепляют к зубам лигатурами либо быстротвердеющей пластиком.
2. При переломах в области угла нижней челюсти, а также при отсутствии боковых зубов спицу вводят практически отвесно в альвеолярный отросток дистального фрагмента, потом, после репозиции отломков изгибают Г-образно и укрепляют к вестибулярной плоскости зубов медиального отломка.
3. При беззубых челюстях спицу вводят в дистальный отломок, а над медиальным отломком, вокруг спицы сформировывают из быстротвердеющей пластика наддесневой валик, который укрепляют к нижней челюсти круговыми проволочными лигатурами. К. Muschka (1973) при переломах угла нижней челюсти внес предложение держать венечный отросток или обратный край ветки нижней челюсти проволочной петлёй и укреплять ее концы на назубной покрышке. В.А. Сукачёв, Г.И. Осипов (1976) при подобных переломах вводили в ретромолярную область спицу с вырезкой на конце и прикрепляли ее к зубам нижней челюсти. Ю.Г. Кононенко, Г.П. Рузин (1991) для скрепления переломов угла употребляли компрессионно-дистракционное приспособление, брав за основу способ В.В. Донского (рис.4).

Компрессионный вещество, соединённое с назубной покрышкой, при поддержке свободно вертящейся заклёпки, состоит из шурупа с внутренней резьбой и стержня с наружной

резьбой для ввинчивания его в шуруп. Приспособление позволяет соединить отломки в правильное положение, закрепить их и создать дозированную компрессию.

Наиболее распространённым средством ортопедического лечения считается метод назубного проволочного шинирования, предложенного С.С. Тигерштедтом во время 1 мировой войны. Гнутые покрышки из дюралевой, нихромовой либо ортодонтической проволоки (поперечным диаметром 0,8-1,5 мм) оснащают гладкими (одночелюстными) а также зацепными петлями (двучелюстными) для межчелюстной репозиции, а также иммобилизации отломков. Покрышки должны воссоздавать зубную дугу и граничить коронкой каждого зуба. Прикрепление покрышки к зубу осуществляется при помощи проволочных лигатур (поперечным диаметром 0,3-0,4 мм). Покрышку нужно укрепить к наибольшему количеству зубов, она не должна граничить с десневым краем, в избежание его травмирования. В настоящее время из покрышек Тигерштедта используют гладкую шину-скобу, покрышку с распорочным изгибом, а также покрышку с наклонной плоскостью. Показанием к использованию этих покрышек являются переломы нижней челюсти с отсутствием смещения либо просто репозируемые в пределах фронтальной группы зубов, переломы альвеолярных отростков; отсутствие групп зубов в зубном ряду. Но данный, отлично показавший себя способ не лишён недочетов; потому в будущем метод усовершенствовался разными авторами. Наиболее интересными, на наш взгляд, считаются предписания П.И. Попудренко, А.И. Степанова (1955, 1957), которые для облегчения назубного шинирования употребляли обычные зацепные крючки, с резиновыми кольцами, надеваемые на ровные одночелюстные покрышки. В.С. Васильев (1968) с целью упрощения способа назубного шинирования внес предложение использовать обычные ленточные покрышки с зацепными петлями из нержавеющей стали (рис.5).

L. Szama (1952), А.В. Клементов (1965), предложили для закрепления проволочных покрышек применять быстротвердеющую пластмассу, которая, покрывая покрышку, вдавливается в межзубные промежутки. Согласно мнению создателей, предложенный способ ускоряет, а также упрощает назубное шинирование. А.И. Баронов (1968) спроектировал и внес 4 варианта постоянного лигатурного шинирования при лечении переломов нижней челюсти: полное лигатурное шинирование на весь зубной ряд, выборочное лигатурное шинирование, лигатурное соединение в композиции с гладкой дюралевой либо металлической проволочной покрышкой. В качестве лигатур употребляют бронзово-алюминиевую проволоку. В.К. Пелипась (1969) внес предложение применять капроновую нить, которой укрепляют к зубам железные крючки, а также усиливают с вестибулярной стороны быстротвердеющей пластиком. Не считая назубных и внеротовых систем для иммобилизации отломков, еще используют различные лабораторно созданные системы: паяную фиксирующую покрышку, устойчивую наклонную плоскость, назубодесневую покрышку Вебера, пелоты, покрышки: М.М. Ванкевич, А.А. Лимберга, В.Ю. Курляндского.

#### 4. Вывихи нижней челюсти: причины, клинические проявления, лечение

Вывихом нижней челюсти называется стойкое смещение головки нижней челюсти за пределы её нормальной подвижности с выходом из суставной ямки, сопровождающееся нарушением функции сустава. Вывих называется полным, если суставные поверхности полностью теряют соприкосновение друг с другом, и неполным, т.е. подвывихом, если между ними сохраняется частичное соприкосновение. Вывихи называют по дистальной кости, принимающей участие в образовании сустава (вывих плеча, вывих бедра, вывих нижней челюсти и т.д.).

Частота встречаемости вывихов в различных суставах зависит от анатомо-физиологических особенностей суставов: от формы и размеров суставных поверхностей, эластичности суставной капсулы, расположения связок и мышц, объёма движений в суставе. Легче всего

происходит вывих в шаровидных и блоковидных суставах. По данным Н.А. Рабухиной, вывихи нижней челюсти составляют около 2,5-5,5%. Различают вывихи врождённые и приобретённые (травматические, патологические, привычные). Врождённые вывихи происходят ещё во внутриутробном периоде и являются следствием неправильного или неполного развития суставных поверхностей (например, врождённый вывих бедра).

Травматические вывихи возникают по влиянием не прямой, реже прямой травмы. При вывихе головка нижней челюсти может смещаться с одной или с обеих сторон в различных направлениях: вперед, назад, вверх и вниз. Типичным для нижней челюсти является передний вывих. Патологические вывихи обусловлены поражением одной или обеих суставных поверхностей, параартикулярных тканей патологическим процессом (опухоль, остеомиелит, остеодистрофия при остеоартрозе или хроническом артрите, остеохондропатия, костные дисплазии, клонические сокращения мышц при эпилепсии и т.п.) и происходят часто при незначительном внешнем воздействии или путём постепенного смещения суставных поверхностей. Привычные вывихи происходят при обычных движениях без всякого внешнего воздействия и могут быть обусловлены гипермобильностью сустава, инконгруэнтностью суставных поверхностей. Травматические и патологические вывихи могут стать привычными.

Основной жалобой больных при вывихах нижней челюсти является боль и невозможность движений в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС). При клиническом осмотре отмечается фиксация нижней челюсти в неправильном положении. При этом нижняя челюсть смещена вниз и вперед. Рот больного полуоткрыт. При попытке проведения пассивных движений нижней челюстью ощущается сопротивление к изменению положения, так называемый симптом "пружинистой фиксации". При пальпации области ВНЧС головка нижней челюсти в суставной ямке не определяется. Функции речи, жевания у пациента с вывихом нижней челюсти резко нарушены.

При вывихе всегда происходит разрыв капсулы. Исключение составляет вывих нижней челюсти, при котором вследствие большого объёма и хорошей эластичности суставной капсулы вывих может произойти без её повреждения. После вывиха быстро наступает ретракция мышц, причём настолько выраженная, что без специальных мер её нельзя преодолеть. При вывихах нижней челюсти могут быть обнаружены также припухлость и болезненность периартикулярных тканей вследствие их ушиба при травме, подкожные и внутрисуставные гематомы из-за повреждения сосудов, перелом шейки, основания мышцелка нижней челюсти, головки нижней челюсти, височной кости в области свода суставной ямки. В таких случаях говорят об осложнённых вывихах и переломовывихах

При рентгенологическом исследовании пациента с передним вывихом нижней челюсти на линейных томограммах ВНЧС в сагиттальной проекции головка нижней челюсти будет располагаться у переднего ската суставного бугорка. В норме при максимально открытом рте головка нижней располагается у вершины суставного бугорка. Однако необходимо помнить, что диапазон движений нижней челюсти в популяции варьирует от 38 мм до 52 мм, а при гипермобильности ВНЧС достигает 62 мм. В связи с этим при открывании рта пациентом более 50 мм головка нижней челюсти может заходить за вершину суставного бугорка с сохранением частичного контакта суставных поверхностей (подвывих) или располагаться у переднего ската суставного бугорка (вывих). Другими словами, подвывих или вывих могут быть вариантом функциональной нормы у пациентов с гипермобильностью сустава. Ошибкой является перенесение рентгенологически наблюдаемого подвывиха или вывиха нижней челюсти в клинический диагноз у пациентов, не имеющих выше описанных клинических симптомов этого заболевания.

Принципы лечения. Для вправления травматического вывиха вывихнутую кость перемещают в сустав тем же путём, каким произошёл вывих. Это вмешательство не терпит отлагательств. Перед вправлением переднего вывиха нижней челюсти методом Гиппократа или Блехмана необходимо провести проводниковую анестезию по Дубову или по Берше-Дубову.

После устранения вывиха больному следует наложить подбородочную пращу на 3-5 дней, рекомендовать прием мягкой пищи, ограничить нагрузку на ВНЧС. Устранение вывиха обеспечивается не столько вправлением, сколько преодолением мышечного сопротивления, вызванного ретракцией. В связи с этим вправление застарелых (не более 2 недель) вывихов нижней челюсти показано под эндотрахеальным наркозом и с полным патологических вывихов нижней челюсти, обусловленных, например, наличием опухоли суставных поверхностей, также показано оперативное лечение.

Заключение

Вопросы травматологии продолжают оставаться одной из актуальных современных медицинских и социальных проблем, которая вследствие интенсивной урбанизации, возрастания механизации, средств передвижения, темпов и ритма жизни увеличивается из года в год во всех странах по частоте и тяжести повреждений. Возрастающая интенсивность травматизма позволяет считать, что его опасность для людей в возрасте до 60 лет выше, чем сердечнососудистые заболевания и злокачественные опухоли. Вместе с общим ростом травматизма определяется увеличение частоты и тяжести челюстно-лицевых травм и сочетанных повреждений. Отмечается сезонность травматизма, в летне-осенние месяцы количество больных с травмами лица растет. Объясняется это повышением частоты автотранспортных, уличных травм, а также травм, связанных с сельскохозяйственными работами.

Наиболее опасными считаются травмы челюстно-лицевой области: вывихи и переломы челюстей, зубов, переломы альвеолярного отростка.

Лечение переломов нижней челюсти содержится в восстановлении анатомической формы поврежденных остатков, обеспечении физического соотношения зубных линий, возобновлении функции мышц, участвующих в жевании. Главными принципами первоначального лечения считаются четкая репозиция, а также правильная фиксация отломков. Осуществление данных основ позволяет добиться первичного костного сращения в очень короткие сроки.

Вывихом нижней челюсти называется стойкое смещение головки нижней челюсти за пределы её нормальной подвижности с выходом из суставной ямки, сопровождающееся нарушением функции сустава.

После устранения вывиха больному следует наложить подбородочную пращу на 3-5 дней, рекомендовать прием мягкой пищи, ограничить нагрузку на ВНЧС. Устранение вывиха обеспечивается не столько вправлением, сколько преодолением мышечного сопротивления, вызванного ретракцией.

Вывихи и зубов занимают 3% среди всех травматических повреждений челюстей. Вывих зуба характеризуется изменением расположения зуба в альвеоле, обусловленного частичным либо полным разрывом тканей периодонта, а также повреждением сосудисто-нервного пучка.

Предпосылки перелома зуба соответствуют таким же, как при вывихе. Зубы верхней челюсти ломаются чаще, нежели зубы нижней челюсти, в особенности фронтальные.



При переломе коронки зуба без вскрытия его полости лечение состоит в сошлифовывании острых краёв, заполнением пломбой или вкладкой. При повреждении пульпы ее удаляют, каналы пломбируют, а также восстанавливают анатомическую коронку зуба. В зависимости от повреждения выбирается метод лечения.

Челюстно-лицевая хирургия является одной из основных направлений хирургической стоматологии. Область изучения данного направления - разработка методов диагностики и лечения заболеваний челюстно-лицевой области. При частном рассмотрении этой области необходимо обратить внимание на ее близкий контакт с важнейшей витальной структурой - головным мозгом и непосредственную связь со всеми системами человеческого организма. Поэтому лечение различных вывихов и травм нужно проводить очень осторожно, так как какое - либо неправильное действие или движение может привести к нежелательным и, подчас губительным, последствиям.

Поэтому как будущим врачам, возможно и хирургам, нам необходимо, кроме получения знаний, научиться принимать правильные решения в короткие сроки, ведь от них подчас может зависеть человеческая жизнь.

Список использованной литературы

1. Краснов А.Ф., Аршин В.М., Цейтлин М.Д. Справочник по травматологии. - М., 1984. - 400 с.
2. Робустова Т.Г., Карапетян И.С., Ромачева И.Ф. "Хирургическая стоматология" - М, 1996. - 479-483 с.
3. Александров Н.М., Аржанцев П.З. "Травмы челюстно-лицевой области" - М, 1986 - 41-55 с.
4. [www.stomatology.org.ua](http://www.stomatology.org.ua)
5. [vestnik.okb1.mplek.ru](http://vestnik.okb1.mplek.ru)
6. [www.umj.com.ua](http://www.umj.com.ua)