

«Челюстно – лицевая ортопедия.

Цель, задачи.

Классификация переломов челюстей.

**Причины и механизм смещения
отломков.**

**Общая характеристика ортопедических
аппаратов для лечения челюстных – лицевых
травм»**

**Доцент кафедры общей стоматологии ОМИ
Киричек А.В.**

Характеристика и классификация переломов челюстей

Б.Д. Кабаков, В.М. Лукьяненко,

П.З. Аржанцев

I. Огнестрельные ранения

По характеру повреждения

1. Сквозные

2. Слепые

3. Касательные

А. Изолированные:

а) без повреждения органов лица (язык, слюнные железы и др.);

б) с повреждением органов лица

Б. Сочетанные (одновременные ранения других областей тела)

В. Одиночные

Г. Множественные

Д. Проникающие в полость рта и носа

Е. Непроникающие

По характеру перелома

- 1. Линейные со смещением**
- 2. Осколочные без смещения**
- 3. Дырчатые с изъёмом**
- 4. Без изъёма кости**
- 5. Односторонние**
- 6. Двусторонние**
- 7. Соединенные**

По локализации

- 1. Ранение мягких тканей**
- 2. Ранение с повреждением костей:**
 - А. Нижней челюсти**
 - Б. Верхней челюсти**
 - В. Обеих челюстей**
 - Г. В пределах зубного ряда**
 - Д. За пределами зубного ряда**
 - Е. Скуловой кости**
 - Ё. Повреждение нескольких**

костей

лицевого скелета

По характеру ранящего оружия

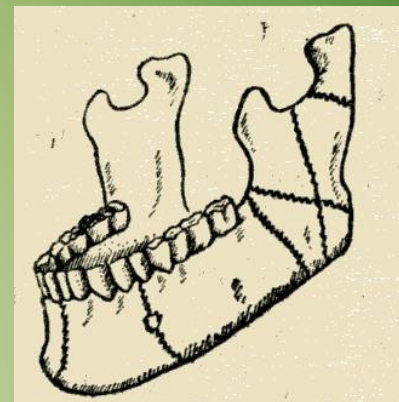
- 1. Пулевые**
- 2. Осколочные**
- 3. Лучевые**

II. Неогнестрельные ранения

1. Повреждение зубов (верхней и нижней челюстей)
2. Переломы нижней челюсти

По локализации:

1. Альвеолярной части
2. Подбородочного отдела тела челюсти
3. Бокового отдела тела челюсти
4. Угла челюсти
5. Ветви челюсти (собственно ветви, основания или шейки мышелкого отростка, венечного отростка)



Локализация типичных нижней челюсти по Д.А. Энтину

По характеру:

- | | |
|------------------|--------------------------------------|
| 1. одиночные | } односторонние или
двухсторонние |
| 2. двойные | |
| 3. множественные | |

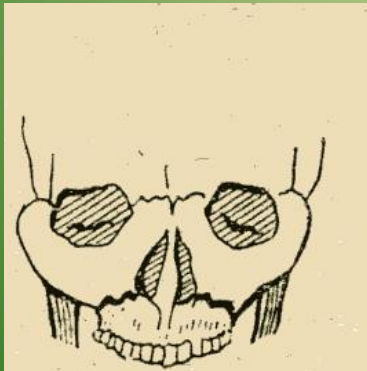
3. Переломы верхней челюсти

1. Альвеолярного отростка (Ле Фор I)

2. Тела челюсти без носовых и скуловых костей (Ле Фор II)

3. Тела челюсти с носовыми костями

(черепно-мозговое разъединение, Ле Фор III)



I



II



III

Виды переломов
верхней челюсти
по Ле Фору

4. Переломы скуловой кости и дуги

- 1. Скуловой кости с повреждением стенок верхнечелюстной (гайморовой) пазухи или без ее повреждения**
- 2. Скуловой кости и скуловой дуги**
- 3. Скуловой дуги**

5. Переломы носовых костей (со смещением или без смещения отломков)

6. Сочетанные повреждения нескольких костей лица (обеих челюстей, нижней челюсти, скуловой кости)

7. Сочетанные повреждения лица и других областей организма

**III. Комбинированные
поражения**

IV. Ожоги

V. Отморожения

Механизм смещения отломков при переломах челюстей и задачи ортопедического лечения

Факторы, которые вызывают смещение отломков при травме челюсти:

первый — сила удара и его направление. Этот фактор действует временно.

Второй — тяжесть отломков челюсти.

Он хотя и постоянный, но за силой своего действия незначительный, поскольку вес костного отломка небольшой.

Третий — действие тяги жевательной мускулатуры в связи с ее большой силой, непрерывностью действия и разнообразия мышечных волокон.

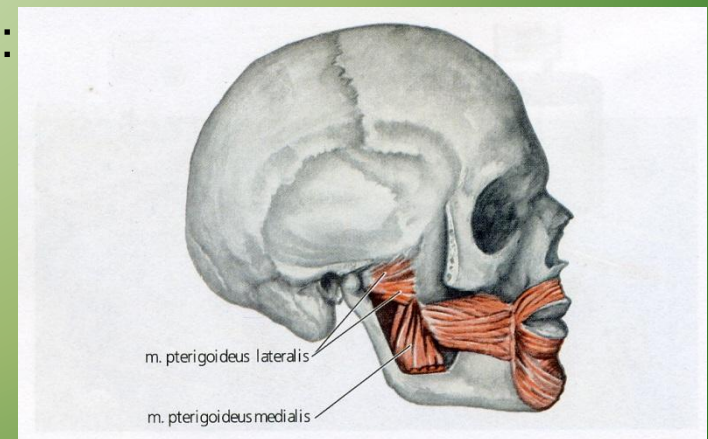
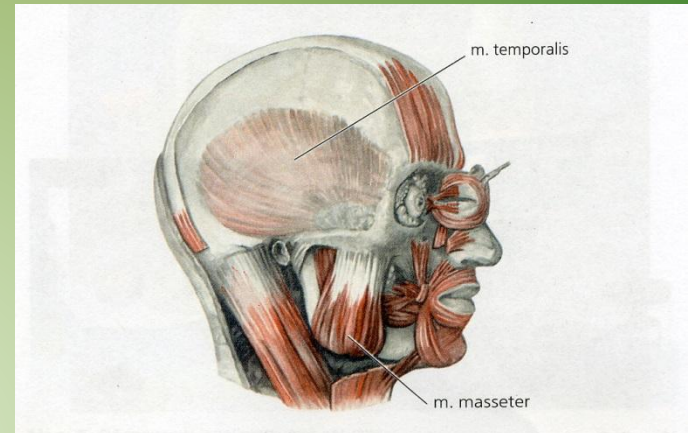
Физиологическая сила жевательных мышц:

m. masseter-75 кг

m. temporalis-80 кг

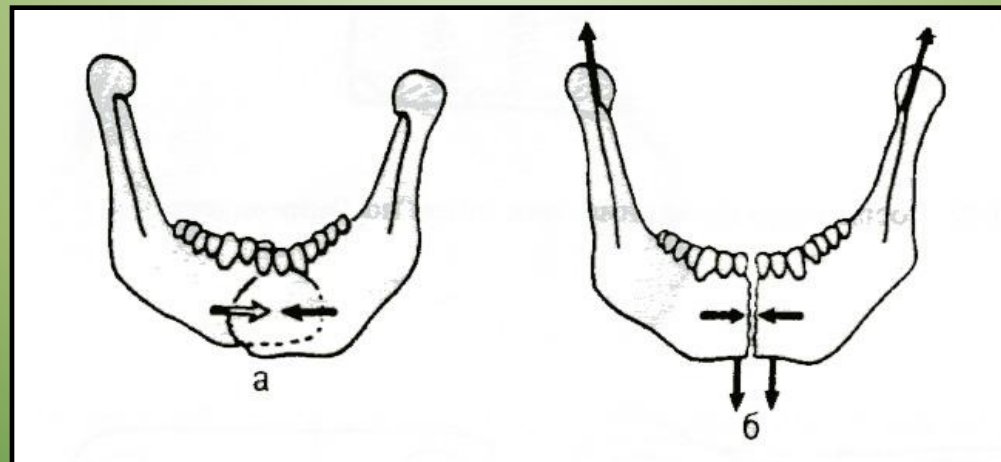
m. pterygoideus lateralis-40 кг

m. pterygoideus medialis-40 кг



Переломы нижней челюсти

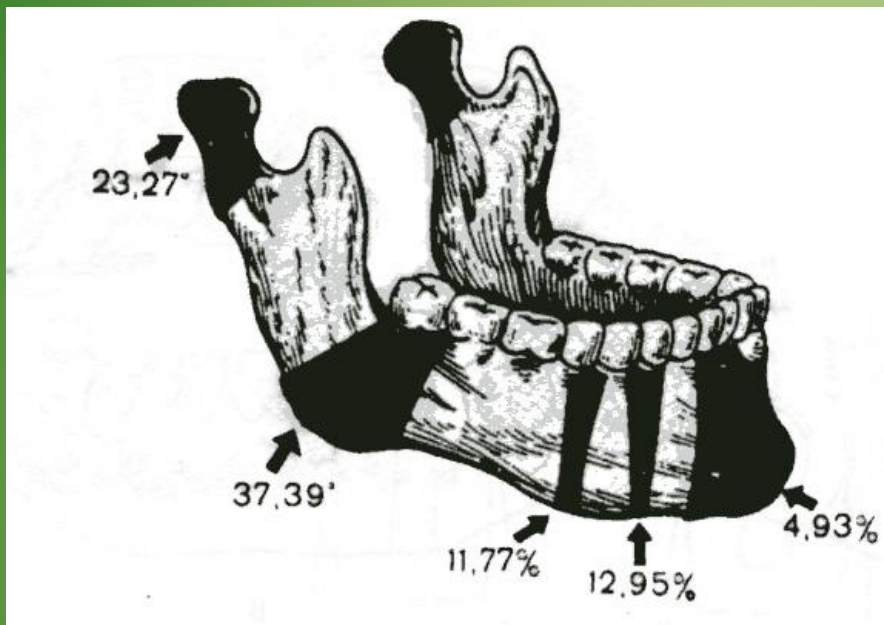
В случае перелома в области фронтальных зубов (срединный перелом) нижней челюсти при наличии равномерной тяги одноименных мышц с противоположной стороны заметного смещения в случае свежей травмы не наблюдается. Можно наблюдать некоторый наклон отломков с большим расхождением в нижней части нижней челюсти. Смещение может не быть, если перелом локализуется в области нижней челюсти (угловой перелом), благодаря наличию муфты из мышц, поднимающих нижнюю челюсть, прикрепленных в этом месте.



со смещением

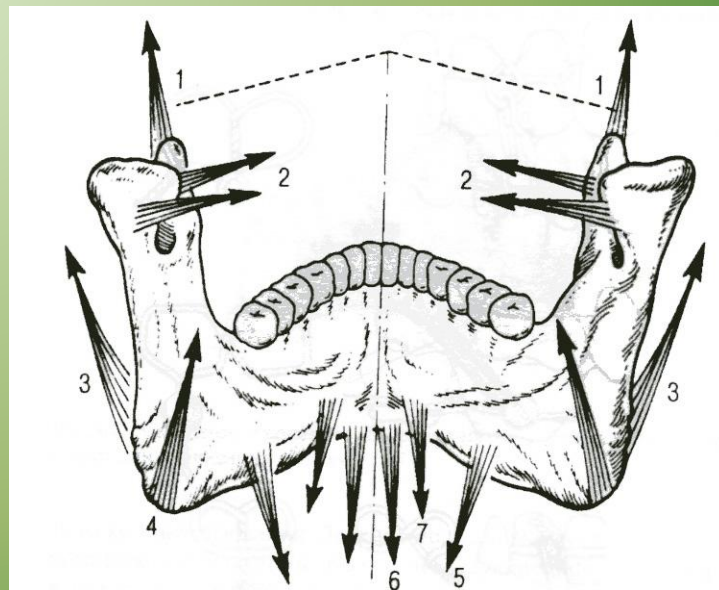
без смещения

Частота неогнестрельных переломов нижней челюсти



Направление тяги мышц, прикрепленных к нижней челюсти

1. Височная мышца
2. Латеральная крыловидная
3. Жевательная
4. медиальная крыловидная
5. Челюстно-подъязычная
6. Подбородочно-язычная
7. Двубрюшная



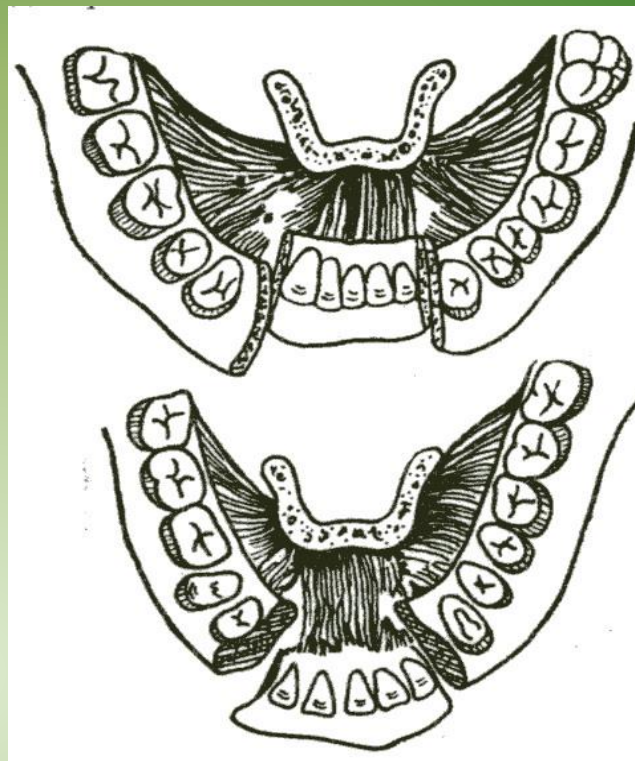
В случае бокового перелома в области клыка или первого премоляра (ментальный перелом) образуется два разных по величине отломка — один меньший, а другой — большой.

Меньший отломок смещается вперед к середине под воздействием тяги наружной крыловидной мышцы и кверху под воздействием височной мышцы и других мышц-поднимателей. Меньший отломок поворачивается под действием жевательной и челюстно-подъязычной мышц, которые действуют в данном случае подобно паре сил.

Двусторонний ментальный перелом образует три отломка – два боковых и один средний.

Боковые отломки смещаются одинаково к малому отломку, в случае одностороннего перелома, к середине, вперед и вверх; средний отломок перемещается вниз и назад под действием мышц, опускающих нижнюю челюсть.

Смещение среднего отломка может быть причиной асфиксии. При условии целостности кости язык удерживается спереди подбородочно-язычной мышцей. При отсутствии целостности кости средний отломок смещается назад подбородочно-подязычной и подбородочно-язычной мышцами и язык, таким образом, нависает над надгортанником, что может привести к возникновению асфиксии.

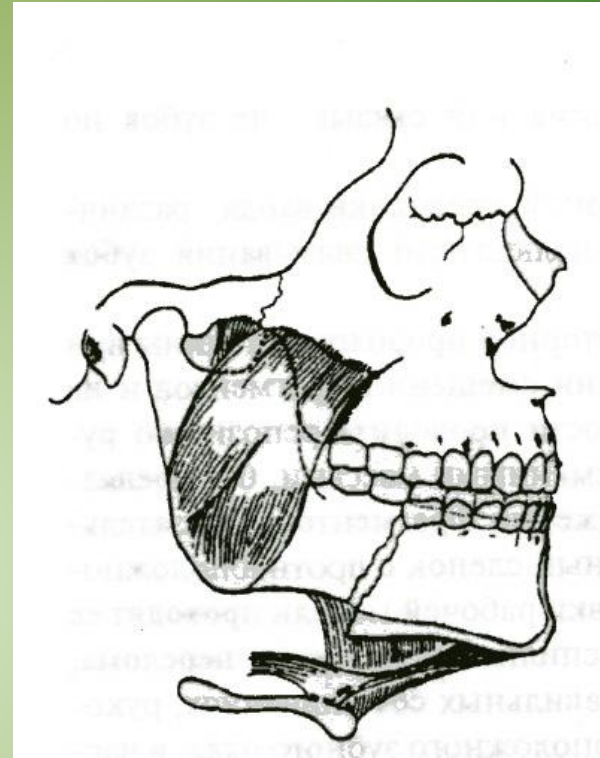


В случае двусторонних переломов в области моляров присоединяется

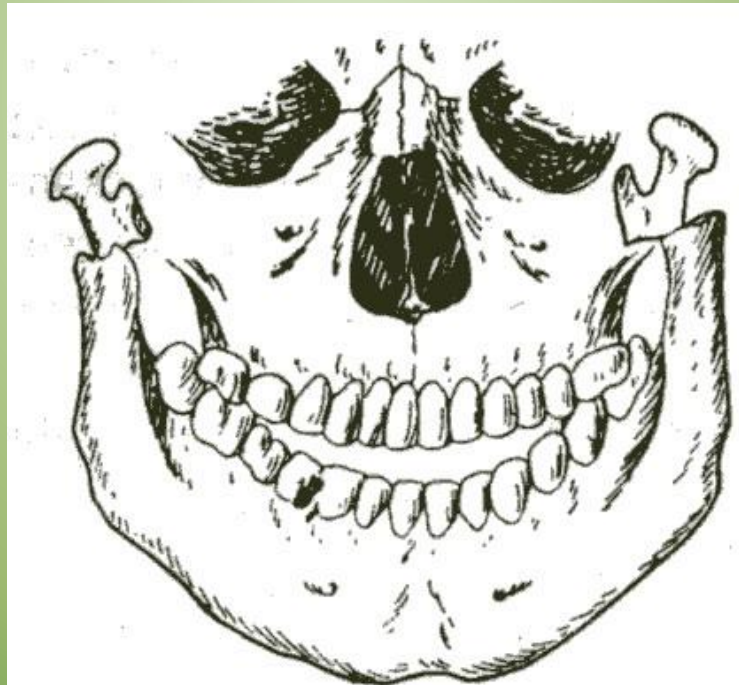
новая причина — масса среднего отломка, от которой зависит смещение его книзу.

В случае одностороннего перелома в области ветви нижней челюсти, большой отломок будет смещаться кзади и в сторону перелома.

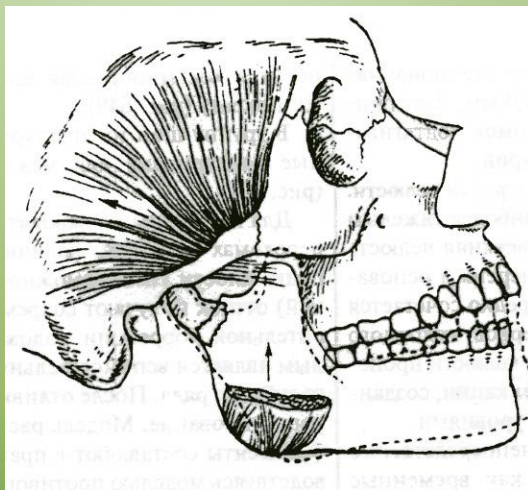
Меньший отломок перемещается кверху и к середине под воздействием наружной крыловидной мышцы.



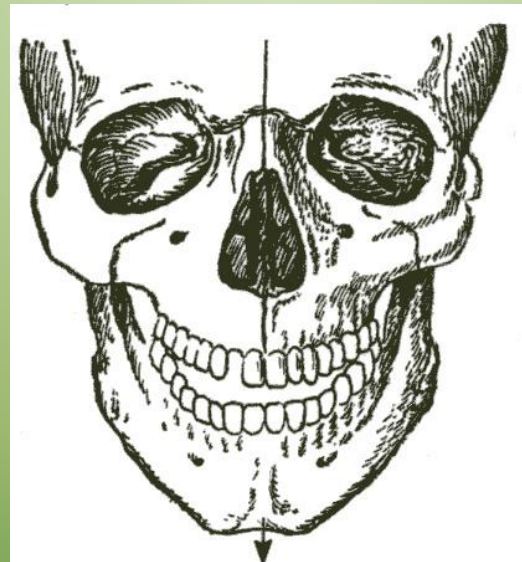
Двусторонний перелом в области ветвей: нижняя челюсть смещается кзади и книзу под воздействием мышц-опускателей. При наличии такого смещения клиническая картина напоминает открытый прикус.



Односторонний перелом венечного отростка: отломок подтягивается кверху и под действием височной мышцы заходит глубоко под скуловую дугу, что может привести в дальнейшем к атрофии данной мышцы. В случае двустороннего перелома венечных отростков последние подтягиваются кверху, а смещение нижней челюсти не происходит. При наличии одностороннего перелома шейки, суставной отломок перемещается кпереди и в середину под воздействием наружной крыловидной мышцы, а вся нижняя челюсть возвращается в сторону перелома. Возникает смещение средней линии в сторону перелома. Порой большой отломок двигается кверху, отодвигая суставной отросток кнаружи.



В случае двустороннего перелома шеек суставных отростков последние перемещаются кпереди и в середину, а вся нижняя челюсть — кзади, упираясь молярами в моляры верхней челюсти, зависая и образуя открытый и дистальный прикус.



Дифференциальная диагностика переломов верхних отделов обеих ветвей нижней челюсти и ВЫВИХОВ.

При переломе возможно открывание и закрывание рта, при вывихе - лишь открытие.

При переломе наблюдается дистальное смещение нижней челюсти, при вывихе — медиальное смещение ее.

При переломе пальцем можно пропальпировать через наружный слуховой ход движения суставной головки, при вывихе - движения головки не чувствуются, поскольку она находится за ямкой.