Контрактура жевательных мышц

Выполнил:
Студент 208 группы
Стомат.
факультета
Асанов Ильми
Мидатович
Преподаватель:
Слюсаренко
Александра
Евгеньевна

Контрактура жевательных мышц

— это сведение челюстей различной этиологии, вплоть до полной неподвижности нижней челюсти.

По этиологии различают:

- **Активные (неврогенные)**

— **Неврогенная контрактура**

- **Пассивные (структурные)**

— **Рубцовая контрактура**

— **Воспалительная контрактура**

* **Неврогенная контрактура** может развиться на почве рефлекторно - болевого сокращение жевательных мышц (остеомиелитом , травмой мышц и нервов иглой во время проведения анестезии) , спастических параличей и истерии.

У больных с неврогенными контрактурами ни в области сустава, в котором возникло ограничение движений, ни в окружающих сустав тканях нет местных механических причин, которыми можно было бы объяснить это ограничение движений.

У таких больных обычно имеются явления выпадения или раздражения со стороны нервной системы, обусловливающие длительное тоническое напряжение отдельных мышечных групп.

При этом наступает нарушение нормального мышечного равновесия между антагонистами, что и приводит уже вторично к сведению суставов.

Группа неврогенных контрактур включает следующие формы :

I. Психогенные контрактуры:
- истерические

II. Центральные неврогенные контрактуры:
- церебральные
- спинальные

III. Периферические неврогенные контрактуры:
- болевые
- контрактуры при нарушениях иннервации

Неврогенные контрактуры нестойки, поддаются коррекции, а при ликвидации неврологических нарушений и восстановлении нормальной функции нервной системы могут даже исчезнуть.

Лечение контрактур.

● **Психогенная** (истерическая) контрактура.
Лечение этой формы контрактуры — психотерапевтическое.

● **Центральные неврогенные** контрактуры:

а) **Церебральные** контрактуры могут возникнуть после поражения головного мозга вследствие различных причин. Лечение основного заболевания.

б) **Спинальные** контрактуры весьма часто сопровождают и осложняют различные заболевания и повреждения спинного мозга. Лечение основного заболевания.

Для профилактики и лечения контрактур у спинальных больных должны широко применяться ортопедические меры.

● **Периферические неврогенные контрактуры**

а) **Болевые** контрактуры.

Боль является одной из частых причин контрактуры. Основная задача - снятие боли как основного источника, поддерживающего мышечный спазм.

б)возникают обычно при повреждениях периферических нервов.

Воспалительная контрактура

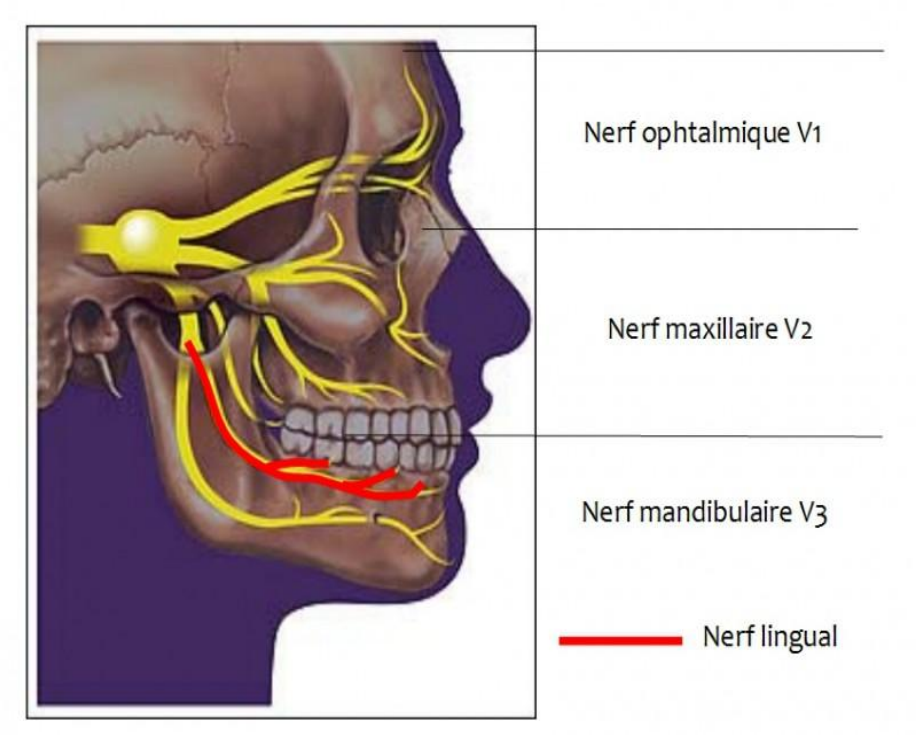
Возникает при непосредственном и рефлекторном раздражении аппаратов, связанных с иннервацией жевательных мышц (болевое раздражение из очага воспаления).

Различают три степени воспалительной контрактуры.

● При первой степени открывание рта слабо ограничено и возможно в пределах 3—4 см между режущими поверхностями верхних и нижних цен¬тральных зубов.

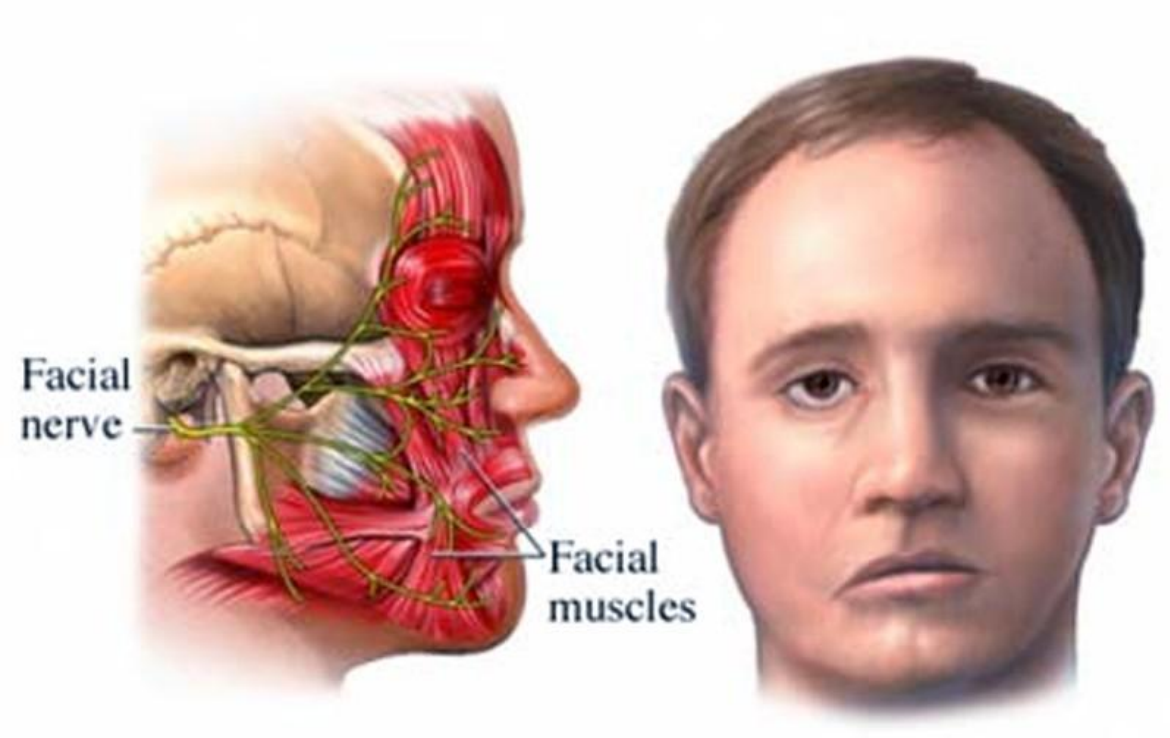
● При второй — отмечается ограничение открывания рта в пределах 1—1,5 см.

● При третьей — рот открывается менее чем на 1 см.



Лечение контрактур.

Лечение воспалительной контрактуры сводится к ликвидации воспалительного процесса (удаляют причинный зуб , раскрывают флегмона или абсцесс), а затем проводят антибиотико - , физио - и механотерапия. В случае невозможности доступа к вскрытию гнойного очага в полости рта необходимо снять спазм жевательных мышц путем проведения блокады двигательных ветвей третьей ветви тройничного нерва по Берше - Дубовый . При длительности воспалительного процесса с возведением челюстей более 2 недель показана физиотерапия и лечебная гимнастика .



Рубцовая контрактура

Возникает вследствие рубцовых изменений тканей , окружающих нижнюю челюсть . Это происходит при язвенно - некротических процессах в полости рта (нома , осложнения после скарлатины , тифа) , хронических специфических процессах (сифилис , туберкулез) , термических и химических ожогах , травме (в том числе после операций удаления доброкачественных и злокачественных опухолей) . Заживление ран вторичным натяжением ведет к образованию рубцовой ткани , представленной коллагеновыми волокнами , которая практически не растягивается . Это приводит к деформации тканей и органов.

Классификация контрактур обычно производится с учётом той ткани, которая играет преимущественную роль в их происхождении. По этому принципу пассивные контрактуры делят на :

- артрогенные
- миогенные
- дерматогенные
- десмогенные

Лечение рубцовых контрактур

Методы:

● Консервативным называют лечение с применением парафина , пирогенал, тканевой терапии по С.П. Филатовым , лидазы , репидазы , гидрокортизона , вакуум - терапии , ультразвука , гелий -неонового лазера и так далее. Главная цель консервативного лечения - предотвращение развития гиалиноза коллагеновых волокон. Эти методы лечения эффективны при свежих , « молодых» рубцах давностью не более 12 мес.

● Оперативным(хирургическое лечение) - оперативное вмешательство заключается во вскрытии рубцов , удалении рубцовой ткани и замещении ее другой тканью .Используют различные методы пластики : встречными треугольными лоскутами , свободную пересадку тканей (кожа , подкожная клетчатка , фасция и т.д.) лоскутом с применением микрососудистых анастомозов (при глубоких рубцах) . В послеоперационном периоде необходимо осуществить ряд мер , предупреждающих рецидив контрактуры и укрепляющих функциональный эффект операции . К ним относится активная и пассивная механотерапия , начиная с 8 -10- го дня после операции (желательно - под руководством методиста) .Рекомендуются физиотерапевтические процедуры пособствующие профилактике образования грубых послеоперационных рубцов , а также инъекции лидазы при тенденции к рубцового стягивания челюстей .

*

Спасибо за внимание