

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
профессионального  
образования «Красноярский государственный медицинский университет имени  
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
(ФГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава  
России)

# Реферат

Тема: Вывихи нижней челюсти

Выполнил: ординатор 2 года обучения  
Аникьев Сергей Андреевич  
Проверил: Профессор, д.м.н.  
Шевченко Дмитрий Павлович

Красноярск 2018

В зависимости от направления смещения головки нижней челюсти вывихи делятся на передние (головка смещена вперед) и задние (головка смещена назад), одно- и двусторонние. Чаще возникают передние вывихи. Смещение головки внутрь или наружу наблюдается очень редко, лишь при сочетании вывиха с переломом мышечкового отростка (переломовывих).

Вывихи нижней челюсти составляют от 1.5 до 5.7% всех вывихов; возникают чаще у женщин в возрасте от 20 до 40 лет, так как связочный аппарат их суставов недостаточно крепкий, а нижнечелюстная ямка височной кости имеет небольшую глубину.

## ПЕРЕДНИЕ ВЫВИХИ

### Механизм возникновения

В зависимости от частоты возникновения вывихи делят на острые и привычные.

Возникновению случайных (острых) передних вывихов способствуют:

- 1) расслабление связочно-капсулярного аппарата;
- 2) деформация (гипертрофия) суставных элементов;
- 3) изменение формы, размера и структуры межсуставного диска.

Привычные вывихи обусловлены некоторой деформацией челюстей, аномалией смыкания зубов (например, прогения с потерей коренных зубов).

Вывих нижней челюсти кпереди обычно происходит в результате чрезмерного открывания рта при зевоте, крике, рвоте, удалении зубов, откусывании большого куска пищи, иногда он наблюдается при зондировании желудка, интубации трахеи, в состоянии наркоза при трахеобронхоскопии.

Травматический вывих обычно возникает в результате удара в область нижней челюсти: при сагиттальном направлении удара в опущенный подбородок происходит двусторонний, а при ударе сбоку — односторонний вывих на стороне нанесения удара.

### Клиника свежего травматического переднего вывиха

Передний вывих характеризуется смещением головки нижней челюсти вперед по отношению к суставному бугорку височной кости, в результате чего рот открыт (особенно широко — при двустороннем вывихе), подбородок смещен вниз и вперед (при двустороннем вывихе), больной испытывает более или менее выраженную боль. Речь затруднена, жевание невозможно, изо рта течет слюна, так как смыкать губы трудно, а порой невозможно. При одностороннем вывихе подбородок с центральными резцами и уздечкой нижней губы смещается в здоровую сторону рот при этом полуоткрыт, смыкать губы удастся. Движения нижней челюсти возможны только вниз, при этом рот еще больше открывается. Впереди козелка уха определяется западение, а под скуловой дугой впереди суставного бугорка височной кости — выпячивание за счет смещения головки нижней челюсти в подвисочную ямку. Задний край ветви челюсти приобретает косое направление, угол челюсти сближен с сосцевидным отростком височной кости.

На рентгенограмме височно-нижнечелюстного сустава в боковой проекции видно, что вывих нутая головка нижней челюсти находится впереди суставного бугорка височной кости.

#### Дифференциальная диагностика свежего переднего вывиха

Односторонний передний вывих нужно дифференцировать с односторонним переломом нижней челюсти, при котором отсутствует симптом выдвигания подбородка вперед и в здоровую сторону.

Двусторонний передний вывих нижней челюсти необходимо отличать от двустороннего перелома мышечковых отростков или ветви челюсти со смещением отломков. При этом рекомендуется учитывать следующие семь признаков:

1. В обоих случаях прикус открытый, но при вывихе подбородок и вся фронтальная группа зубов выдвинуты вперед, а при переломе смещены кзади. При вывихе внешний вид лила больного — прогнатический, а при переломе — прогнатический.
2. У больного с переломом амплитуда движений челюсти больше, а ограничение открывания рта обусловлено болевыми ощущениями. При вывихе возможно лишь некоторое дополнительное открывание рта, хотя при попытках двигать нижней челюстью больной не испытывает значительных болевых ощущений.
3. При переломе задние края ветви нижней челюсти располагаются более отвесно и дистальнее, чем при вывихе.
4. При пальпации верхнего отдела заднего края ветви челюсти можно выявить его деформацию и локализованную боль (в месте перелома кости), чего нет у больных с вывихом.
5. При переломе и вывихе отсутствует ощущение подвижности головок нижней челюсти при пальпации их через наружные слуховые проходы; однако при переломе (без вывиха суставной головки) отсутствует западение впереди козелка.
6. Рентгенографически при переломе, не сопровождающемся вывихом, головка нижней челюсти находится на своем обычном месте, а при вывихе она выходит из суставной ямки и располагается впереди суставного бугорка.
7. При переломе, в отличие от вывиха, на рентгенограмме видна тень щели перелома.

Прогноз острого вывиха благоприятный, так как диагностировать и устранить его у большинства больных легко.

Осложнениями острого вывиха чаще всего являются рецидивы и привычные вывихи.

#### Устранение свежего переднего вывиха

##### Метод Гиппократ

Больного усаживают на низкий стул или табурет спиной к спинке стула или к стене (чтобы затылочная область головы имела прочную опору). При этом нижняя челюсть больного должна находиться несколько выше (до 10 см) уровня опущенных верхних конечностей стоящего перед больным врача. Соблюдение этого условия позволяет врачу добиться полного расслабления жевательных мышц больного при минимальном усилии.

Встав лицом к больному, врач обортывает большие пальцы обеих рук марлевыми салфетками или концами полотенца и устанавливает их справа и слева на жевательные поверхности коренных зубов (при отсутствии их — на альвеолярные отростки); остальными четырьмя пальцами он захватывает вывихнутую челюсть снизу. Постепенно и осторожно нажимая большими пальцами вниз, а остальными — вверх (на подбородок), врач добивается утомления и расслабления жевательных мышц и насильственно оттесняет головки нижней челюсти вниз — несколько ниже уровня суставных бугорков. После этого плавно смещает челюсть назад, чтобы суставные головки погрузились в суставные ямки. Возвращение головок в обычное положение сопровождается характерным щелкающим звуком (за счет быстрого соскальзывания их с бугорков в суставные ямки) и рефлекторным сжатием челюстей.

Поэтому, смещая челюсть кзади, врач должен одновременно быстро переместить большие пальцы обеих рук по направлению к щекам (в вестибулярное пространство), чтобы избежать прикусывания их. При двустороннем вывихе обе головки вправляют одновременно либо сначала с одной, а затем с другой стороны.

Метод Гиппократ — П. В. Ходоровича

Ввиду того, что обернутые салфеткой большие пальцы становятся громоздкими и в них притупляется осязание, П. В. Ходорович предложил вводить большие пальцы в преддверие рта и накладывать их не на большие коренные зубы, а на наружные косые линии нижней челюсти на уровне больших коренных зубов таким образом, чтобы ногтевые фаланги занимали ретромолярные ямки (треугольники) и своими концами упирались в передние края ветвей челюсти. Указательными пальцами охватывают углы, а остальными — тело челюсти. При введении головок нижней челюсти в суставные ямки большие пальцы врача в этом случае не могут ущемиться между зубами больного, потому что они остаются в ретромолярных ямках до конца манипуляции.

Если в процессе устранения двустороннего вывиха вправится лишь одна суставная головка нижней челюсти, а положение другой останется неправильным (вывихнутым), врач должен продолжать вправлять ее так, как при одностороннем вывихе. При этом нужно учитывать, что чем лучше физически развит больной или чем больше он возбужден, тем дольше не наступает утомление жевательных мышц и тем больше времени требуется для вправления нижней челюсти.

При выраженных болевых ощущениях в растянувшихся суставных капсулах, связочном аппарате и жевательных мышцах вправить нижнюю челюсть довольно трудно. В таких случаях следует предварительно провести регионарную анестезию по Berchet-M. Д. Дубову, а если этого сделать нельзя, то следует медленно оттеснять головки челюсти, отвлекая внимание больного.

После устранения вывиха нужно иммобилизовать нижнюю челюсть на 10-15 дней с помощью пращевидной бинтовой повязки либо стандартной пластмассовой пращи с эластическим вытяжением к головной шапочке. В период такой иммобилизации больной должен принимать измельченную пищу.

Метод Г. Л. Блехмана-Ю. Д. Гершуни

Суть метода Г. Л. Блехмана заключается в том, что врач надавливает указательными пальцами на выступающие (при вывихе) в преддверие рта венечные отростки нижней челюсти в направлении

назад и вниз. Возникающее при этом болевое ощущение приводит к рефлекторному расслаблению жевательных мышц; вправление челюсти происходит в течение нескольких секунд.

Ю. Д. Гершуни модифицировал метод Г. Л. Блехмана следующим образом.

Пальпаторно через кожу щек, несколько ниже скуловых костей, определяют положение верхушек венечных отростков нижней челюсти и надавливают на них большими пальцами в направлении назад и вниз. При этом исключается необходимость применения большой физической силы, отпадает надобность в ассистенте, вправление можно осуществить при любом положении больного и в любых условиях. Этому методу можно быстро обучить не только медработников, но и родственников больных. Важным моментом является то, что вправление осуществляют без введения пальцев в рот больного. Особенно целесообразно применение этого метода у лиц пожилого и старческого возраста.

Исходы и осложнения свежих передних вывихов

Если вправление и последующая иммобилизация челюсти произведены своевременно (в ближайшие часы после вывиха), осложнений не наблюдается. Лишь в некоторых случаях длительное время отмечается боль при жевании, которая устраняется физиотерапией. При несвоевременном вправлении лечение вывихов представляет более трудную задачу.

Устранение застарелого переднего вывиха нижней челюсти

Устранить застарелый передний вывих нижней челюсти таким же способом, как и свежий, часто очень трудно или невозможно. Невправимыми могут быть и вывихи, неоднократно рецидивирующие через длительные промежутки времени. В таких случаях следует попытаться вправить нижнюю челюсть по методу Popesku, который заключается в следующем. Больного укладывают на спину, рот открывают как можно шире и между коренными зубами интерпонируют туго скатанные бинтовые валики диаметром 1.5-2 см; непрерывно надавливая рукой на подбородок снизу вверх, низводят головки нижней челюсти. Затем надавливают на подбородок спереди назад (рис. 1).

Рис. 1. Устранение переднего застарелого вывиха по Popesku:

А — расположение валиков между коренными зубами и положение руки врача; Б — стрелкой а показано первоначальное направление силы, развиваемой рукой врача; б — направление

смещения ветви челюсти; В — стрелками а и б показано последующее направление силы, развиваемой врачом.

После вправления головок накладывают на 2-3 недели иммобилизирующую круговую повязку из бинта или пращу, а затем назначают дозированную и постепенную механотерапию.

У больных с застарелым вывихом обычно вправляют челюсть под наркозом либо под потенцированной местной анестезией (по Berchet-М. Д. Дубову). В нашей клинике при устранении трудновправимых застарелых вывихов применяются внутривенно миорелаксанты короткого действия (листенон, дитилин) в сочетании с наркозом (В. И. Сердюков, 1966). Если такая попытка оказалась безуспешной, обычно производят вправление оперативным путем, обнажив край вырезки нижней челюсти разрезом длиной 2-2.5 см по нижнему краю скуловой дуги. Захватив прочным крючком ветвь челюсти за полулунную вырезку, оттягивают ее вниз, а затем, нажав на подбородок, смещают головку челюсти назад и этим устанавливают ее в нижнечелюстной ямке. Если же репозиции препятствует деформированный суставной диск, его удаляют. После вправления головки челюсти рану послойно зашивают.

Если такое вправление невозможно осуществить из-за грубых рубцовых изменений вокруг сустава и в самой полости сустава, резецируют головку нижней челюсти и сразу же после заживления раны назначают активную и пассивную механотерапию, применяя для этого стандартные аппараты.

В нашей клинике для вправления трудновправимых и застарелых вывихов нижней челюсти предложен (Ю. И. Гершуни, 1988) способ, основанный на возможности использования устройства, применяемого при лечении переломов мышечковых отростков нижней челюсти, так как это устройство позволяет низводить и вывихнутую головку ветви челюсти. Для вправления вывиха один из фиксирующих крючков вводят под скуловую дугу, а другой крючок-рычаг упирают в край вырезки нижней челюсти. После этого регулирующим винтом производят низведение ветви челюсти, что приводит к разобщению контакта задней поверхности суставной головки с передней поверхностью суставного бугорка и расположению верхней точки суставной головки ниже нижней точки суставного бугорка. Вправление заканчивается наклоном несущей штанги устройства, приводящим к перемещению головки в сторону нижнечелюстной суставной ямки с последующим подъемом ветви и введением головки в ямку. Устройство позволяет осуществить постепенное, с дозированной силой низведение ветви челюсти, что предупреждает разрыв и повреждение суставных связок.

Исходы застарелых вывихов обычно благоприятные. При недостаточном применении после хирургической операции механотерапии возможно развитие контрактуры нижней челюсти.

#### Привычные передние вывихи

Привычные вывихи могут возникать несколько раз в день и легко устраняться самим же больным.

Причиной возникновения привычного вывиха могут быть ревматизм, подагра и другие органические патологические поражения височно-нижнечелюстных суставов. Нередко привычные вывихи наблюдаются у эпилептиков, а также у лиц, перенесших энцефалит и страдающих

клоническими судорогами. Привычный вывих может также возникать в результате неправильного лечения острого вывиха нижней челюсти (отсутствие ее иммобилизации на определенное время после вправления). Вследствие этого происходит значительное растяжение суставной капсулы и связочного аппарата сустава.

Лечение привычных вывихов консервативное или хирургическое.

Консервативное лечение включает терапию основного заболевания (ревматизма, подагры, полиартрита) и ортопедическое лечение, например ношение специальной шины (на верхнюю челюсть) с пелотом, упирающимся в слизистую оболочку переднего края ветви нижней челюсти (шина К. С. Ядровой), либо аппарата Ю. А. Петросова.

Рис. 2. Аппарат-ограничитель открывания рта, разработанный В. И. Бургонской и П. В. Ходоровичем.

В нашей клинике В. И. Бургонской и П. В. Ходоровичем предложен очень простой в изготовлении и удобный при использовании аппарат для ограничения отведений нижней челюсти (рис. 2). На малые коренные зубы верхней и нижней челюстей (а при их отсутствии — на большие коренные или клыки) изготавливают две штампованные металлические коронки. На вестибулярную поверхность каждой коронки припаивают отрезок инъекционной иглы длиной в 3 мм с внутренним диаметром 0.6-0.7 мм. Отрезки иглы припаивают под углом около 45° по отношению к жевательной поверхности. Готовые назубные коронки цементируют на зубах. Оплавив один из концов 10-15-сантиметрового отрезка монолитной полиамидной нити соответствующего диаметра (0.6-0.7 мм) до образования булавовидного расширения, проводят его сзади наперед через нижнюю трубку, а затем спереди-назад через верхнюю трубку. Определив необходимую длину нити, отрезают нагретым пуговчатым зондом ее излишек на 3 мм кпереди от заднего конца верхней трубки и превращают выступающий участок нити (тем же нагретым инструментом) в булавовидное расширение. Если в дальнейшем появится необходимость уменьшить или увеличить амплитуду движения нижней челюсти, это легко осуществить путем изменения длины полиамидной нити.

В результате ограничения подвижности в суставе происходит сокращение размеров суставной капсулы, связочного аппарата, улучшается состояние мениска, сустав укрепляется.

Хирургические методы лечения привычных передних вывихов предусматривают либо увеличение высоты суставного бугорка, либо углубление нижнечелюстной ямки, либо укрепление связочно-капсулярного аппарата. Например, Lindemann увеличивает высоту суставного бугорка за счет его отщепления и отведения вниз на передней ножке (рис. 3); А. А. Кьяндский образует впереди поднижнечелюстной ямки костную шпору, подкрепленную хрящом (за счет пересадки хряща под небольшой костно-надкостничный лоскут). Konjetzny перемещает суставной диск из горизонтального положения в вертикальное кпереди от головки нижней челюсти.

Благодаря этим приемам как бы углубляется нижнечелюстная ямка и образуется преграда впереди мышечкового отростка.

Некоторые хирурги удаляют мениск, укрепляют его швами, уменьшают размер капсулы либо укрепляют ее путем пересадки фасции.

Однако наиболее эффективным и сравнительно простым методом является повышение суставного бугорка по А. Э. Рауэру. В этом случае производят разрез мягких тканей в области заднего отдела скуловой дуги и вводят под надкостницу в области суставного бугорка кусочек реберного хряща, взятого у оперируемого больного; для этой цели можно также использовать консервированный аллохрящ, что еще больше упрощает операцию.

Рис. 3. Схема устранения привычного переднего вывиха височно-нижнечелюстного сустава хирургическим путем по Lindemann.

#### Исходы привычных передних вывихов

Консервативное лечение привычного вывиха обычно эффективно. Если же, несмотря на консервативное лечение, основное заболевание прогрессирует, приходится прибегать к хирургическому способу устранения вывиха (повышение суставного бугорка).

#### Подвывих нижней челюсти

При подвывихе суставные элементы смещаются либо в верхней части сустава (диско-темпоральный подвывих), либо в нижней (дискокондиллярный подвывих). В первом случае головка нижней челюсти смещается вперед вместе с внутрисуставным диском, а во втором — без диска, соскользнув с него. При этом диск вначале перегибается, а затем распрямляется, что сопровождается щелканьем или хрустом. По существу, в этом случае наблюдается хронический повторяющийся подвывих.

Причиной подвывиха могут быть ревматическое или подагрическое поражение сустава (вследствие чего глубина нижнечелюстной ямки постепенно уменьшается), изменение прежней высоты прикуса в связи с потерей или патологической стертостью зубов.

Лечение подвывихов патогенетическое: лечение ревматизма, нарушений обмена веществ, а также повышение прикуса путем протезирования, создание условий покоя в височно-нижнечелюстном суставе на 1-2 месяца при помощи временных ортопедических аппаратов или повязок.

Исходы лечения зависят от успешности патогенетического лечения основного заболевания.

Механизм возникновения, клиника, лечение.

Вывихи нижней челюсти кзади происходят в результате удара в подбородок в момент небольшого отведения челюсти, при удалении нижних больших коренных зубов с применением большой силы, при судорожной зевоте. В результате головка нижней челюсти устанавливается между нижнечелюстной ямкой и сосцевидным отростком височной кости, под нижней стенкой костной части слуховой трубы.

Иногда при этом проламывается передняя (костная) стенка наружного слухового прохода, что проявляется следующими признаками:

- 1 ) сведение челюстей;
- 2 ) невозможность открытия рта;
- 3 ) смещение подбородка кзади;
- 4 ) нарушение контакта между молярами-антагонистами вследствие того, что нижние резцы упираются в слизистую оболочку твердого неба. При макроглоссии задний вывих может привести к западению языка и затруднению дыхания.

Методика устранения заднего вывиха

Большие пальцы рук вводят в преддверие рта и помещают на наружной поверхности альвеолярных отростков у зубов мудрости и на косых линиях нижней челюсти. Остальными пальцами охватывают тело челюсти. Нажимом больших пальцев книзу и выдвиганием нижней челюсти вперед суставные головки устанавливаются в правильное положение. После устранения вывиха применяют иммобилизирующую повязку на 2.5-3 недели.

Исходы лечения обычно благоприятные, в отдельных случаях сохраняется некоторая тугоподвижность в суставе, устраняемая обычно физиотерапией и механотерапией сустава. Иногда приходится прибегать к артропластике из-за развившегося анкилоза височно-нижнечелюстного сустава.

Литература:

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. — Изд. 3-е, перераб. и доп. — М.: Медицинская литература. 2006. стр. 90-95.
2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: Учебник. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2003. стр. 351-353.

3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев 2002. стр. 518-520.