УДК 616.716.4-001.6-089.21

С.И. Волков[1], А.О. Богданов[2]

МЕТОД ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

[1] Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ МЗ России
[2] ГБУЗ Тверской области «Городская клиническая больница № 1 им. В.В. Успенского»

В статье дается описание метода вправления вывиха нижней челюсти, разработанного на кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии Тверского государственного медицинского университета. Он успешно применен в отделении экстренной специализированной стоматологической помощи у 17 пациентов для вправления переднего вывиха нижней челюсти. Метод эффективен, прост в исполнении и может быть проведен в амбулаторных условиях под местной анестезией. Приведены клинические наблюдения.

***Ключевые слова**: вывих нижней челюсти, височно-нижнечелюстной сустав.*

METHOD FOR REDUCTION OF MANDIBULAR DISLOCATION

S.I. Volkov[1], A.O. Bogdanov[2]

[1] Tver State Medical University
[2]Clinical Hospital № 1 named after V.V. Uspensky, Tver

The article describes the method for reduction of mandibular dislocation, which was developed at the department of topographical anatomy and operative surgery of the Tver State Medical University. It has been successfully applied in the specialized department of emergency dental care in 17 patients for the reposition of a forward dislocation of the mandible. The method is effective, simple to perform by and can be carried out in outpatient conditions under local anesthesia. Clinical observations are discussed.

***Key words**: recurred mandibular dislocation, temporomandibular joint.*

Введение

Актуальной проблемой стоматологии и челюстно-лицевой хирургии является лечение больных с привычными вывихами нижней челюсти и усовершенствование методов их вправления. 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 суставов у женщин недостаточно крепкий, а нижнечелюстная ямка височной кости имеет небольшую глубину [1–9].

В зависимости от направления смещения головки нижней челюсти вывихи делятся на передние (головка нижней челюсти смещена вперед) и задние (головка нижней челюсти смещена назад).

Задние вывихи нижней челюсти встречаются редко и обычно происходят при ударах в область подбородка. При этом нижняя челюсть сдвигается кзади. Такой вывих может сопровождаться одновременным разрывом суставной капсулы и переломом костной части стенки слухового прохода, из-за чего из наружного уха иногда развивается кровотечение.

Смещение головки нижней челюсти внутрь или наружу наблюдается очень редко, лишь при сочетании вывиха с переломом мыщелкового отростка (переломовывих) [3].

Передние вывихи возникают чаще и, как правило, в результате чрезмерного опускания нижней челюсти во время крика, при кашле, зевоте, смехе, в процессе еды (в частности, при попытке откусить большой кусок), а также при врачебных манипуляциях, требующих открытия рта: при зондировании желудка, лечении или удалении зуба [10].

Различают односторонние (если соскользнула одна головка нижней челюсти) и двусторонние вывихи (когда смещены обе головки нижней челюсти), а также привычные вывихи нижней челюсти. Клинически при одностороннем вывихе височно-нижнечелюстного сустава пострадавший не в состоянии закрыть рот, подбородок его смещен вперед и в здоровую сторону. Беспокоят сильные боли в околоушных областях, более выраженные на стороне поражения.

В случае двустороннего вывиха человек из-за невозможности закрыть рот теряет способность членораздельно говорить. Его беспокоят сильные боли в околоушных областях с обеих сторон, гиперсаливация. В результате смещения подбородка вперед удлиняется овал лица.

Привычные вывихи височно-нижнечелюстного сустава встречаются у лиц, имеющих плоский суставной бугорок височной кости или плоскую головку нижней челюсти, либо страдающих слабостью связочного аппарата сустава. Привычные вывихи возникают даже при умеренном давлении на челюсть, при зевании, кашле или чихании [7].

Для лечения вывихов часто используются различные методы: Гиппократа, П.В. Ходоровича, Г.Л. Блехмана, Ю.Д. Гершуни, В. Попеску. Общий принцип всех методов одинаков: под местной анестезией адекватно растянуть связочно-мышечный аппарат, поставить на место головки нижней челюсти и иммобилизовать нижнечелюстной сустав на срок в несколько недель [1, 5–7, 10–11].

Вправлять вывихнутую нижнюю челюсть должен обязательно специалист, в виду того, что существует риск разрыва связок и травмы капсулы сустава. Пос-

ле того как произведено вправление, челюсть фиксируют повязкой на срок до двух недель, на протяжении всего этого периода пациентам рекомендуют употреблять исключительно жидкую пищу. В случае привычного вывиха, в отличие от всех других ситуаций, как правило, происходит его самопроизвольное вправление, и необходимости во врачебном вмешательстве не возникает. Однако таким больным следует пройти курс лечения в клинике ортопедической стоматологии [1–3, 10–13].

Описание метода

На кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии ТГМУ разработан метод вправления нижней челюсти (приоритетная справка на изобретение от 30.09.2015 г. за № 2015141649), который был успешно применен у 17 пациентов в отделении экстренной специализированной стоматологической помощи поликлиники ГКБ № 1 г. Твери [14].

Метод вправления вывиха нижней челюсти осуществляется следующим образом: пациента размещают на стуле или в кресле в положении сидя, лежа или полулежа. Врач находится сбоку от больного. После проведения местной анестезии врач помещает указательные и средние пальцы, обернутые салфетками, на нижние коренные зубы. Постепенно и плавно надавливая указательными и средними пальцами на нижние моляры с обеих сторон, врач смещает нижнюю челюсть вниз вместе с головкой нижней челюсти. Большими пальцами приподнимают подбородок вверх и, надавливая на него спереди назад, перемещают головку нижней челюсти в суставную ямку. После характерного щелчка, указывающего на то, что вправление вывиха нижней челюсти завершено, врач убирает указательные и средние пальцы из ротовой полости до того, как зубы больного будут сомкнуты (рис. 1).



Рис. 1. Метод вправления вывиха нижней челюсти

Эффективность метода может быть проиллюстрирована клиническими примерами.

Клинический пример 1

Пациент С.Ю. 1975 года рождения обратился в отделение экстренной специализированной стоматологической помощи поликлиники ГКБ № 1 г. Твери с жалобами на невозможность сомкнуть зубы и постоянную боль в области обоих височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС), иррадиирущую в теменную и височную область. Несчастный случай произошел дома: широко открыл рот при зевании. Локальный статус: конфигурация лица не изменена. Рот открыт на 3 см, не закрывается, отмечено слюнотечение, центральная линия не смещена. При пальпации, головка нижней челюсти находится впереди от суставного бугорка ВНЧС.

Больному поставлен диагноз: острый двухсторонний передний вывих нижней челюсти.

Лечение: после проведения местной анестезии, указательные и средние пальцы врача, обернутые салфетками, были размещены на нижних коренных зубах, большие пальцы − на подбородке. Указательными и средними пальцами постепенно и плавно надавливали на нижние моляры с обеих сторон и смещали нижнюю челюсть вниз вместе с головкой нижней челюсти, при этом большими пальцами приподнимали подбородок вверх и, надавливая на него спереди назад, перемещали головку нижней челюсти в суставную ямку. После характерного щелчка указательные и средние пальцы были удалены из ротовой полости. Зубы больного сомкнуты в правильном положении, восстановлен привычный его прикус. Наложена теменно-подбородочная повязка. Больной направлен на долечивание в стоматологическую поликлинику по месту жительства. Даны рекомендации.

Клинический пример 2

Вызов на дом врача травматологического отделения поликлиники городской больницы № 1 г. Твери к больной Н., 77 лет, инвалиду 2-й группы, с жалобами на невозможность закрыть рот после зевания. Известно, что больная перенесла острое нарушение мозгового кровообращения, выписана из неврологического стационара месяц назад. Самостоятельно не передвигается, занимает полулежачее положение. Ранее отмечались вывихи нижней челюсти. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Местно: Больная говорить не может. Рот открыт на 4 см, зубы не смыкаются. Отмечено слюнотечение. При пальпации суставные отростки нижней челюсти и головки нижней челюсти выдвинуты кпереди от суставных бугорков. Диагноз: привычный передний двусторонний вывих нижней челюсти.

Лечение: проведено вправление вывиха нижней челюсти в положении больной полулежа после местной анестезии. Указательными и средними пальцами, которые размещались на нижних коренных зу-

бах, врач произвел смещение нижней челюсти вниз вместе с головкой нижней челюсти. Большими пальцами приподнимали подбородок вверх и надавливали на него спереди назад, переместив головку нижней челюсти в суставную ямку. После чего указательные и средние пальцы были удалены из ротовой полости. Зубы больной сомкнуты в правильном положении и восстановлен привычный для нее прикус. Наложена теменно-подбородочная повязка на 2 недели. Рекомендован покой. Челюстной стол на срок 2 недели.

Заключение

Исходя из вышесказанного, можно констатировать, что предложенный нами метод вправления нижней челюсти является наиболее простым и удобным для врача при вправлении переднего вывиха и подвывиха нижней челюсти. Его можно использовать даже тогда, когда в полость рта введена трубка для эндо-трахеального наркоза. Комфортным метод является и для самого больного, т. к. он может располагаться в различном положении: сидя, лежа на спине или полулежа. Все это позволяет рекомендовать его использование в широкой клинической практике.

Литература/References

1. *Силин А.В.* Проблемы диагностики, профилактики и лечения морфофункциональных нарушений в височно-нижнечелюстных суставах при зубочелюстных аномалиях: дис. … докт. мед. наук: 14.00.21 / Силин Алексей Викторович [ГОУДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования»]. – СПб., 2007. – 215 с.

Silin A.V. Problemy diagnostiki, profilaktiki i lechenija morfofunkcional'nyh narushenij v visochno-nizhnecheljustnyh sustavah pri zubocheljustnyh anomalijah: dis. … dokt. med. nauk: 14.00.21 / Silin Aleksej Viktorovich [GOUDPO «Sankt-Peterburgskaja medicinskaja akademija poslediplomnogo obrazovanija»]. – SPb., 2007. – 215 s.

2. *Семкин В.А., Рабухина Н.А., Волков С.И.* Патология височно-нижнечелюстных суставов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 168 с.

Sjomkin V.A., Rabuhina N.A., Volkov S.I. Patologija visochno-nizhnecheljustnyh sustavov. – M.: Prakticheskaja medicina, 2011. – 168 s.

3. *Миняева В.А*. Внеротовой метод лечения привычных вывихов височно-нижнечелюстного сустава // Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава: сб. науч. трудов / Под ред. А.С. Иванова. – Л.: ЛСГМИ, 1989. – С. 50–52.

Minjaeva V.A. Vnerotovoj metod lechenija privychnyh vyvihov visochno-nizhnecheljustnogo sustava // Zabolevanija i povrezhdenija visochno-nizhnecheljustnogo sustava: sb. nauch. trudov / Pod red. A.S. Ivanova. – L.: LSGMI, 1989. – S. 50–52.

4. *Темерханов Ф.Т., Плотников Н.А., Гоппе В.И.* Хирургическое лечение привычного вывиха нижней челюсти // Стоматология. – 1986. – № 3. – С. 53–56.

Temerhanov F.T., Plotnikov N.A., Goppe V.I. Hirurgicheskoe lechenie privychnogo vyviha nizhnej cheljusti // Stomatologija. – 1986. – № 3. – S. 53–56.

5. *Швырков М.Б.* Способ лечения больных с хроническим вправляемым вывихом нижней челюсти // Стоматология. – 2012. – № 3. – С. 42–45.

Shvyrkov M.B. Sposob lechenija bol'nyh s hronicheskim vpravljaemym vyvihom nizhnej cheljusti // Stomatologija. – 2012. – № 3. – S. 42–45.

6. *Хватова В.А.* Заболевание височно-нижнечелюстного сустава. – М.: Медицина. – 1982. – 160 с.

Hvatova V.A. Zabolevanie visochno-nizhnecheljustnogo sustava. – M.: Medicina. – 1982. – 160 s.

7. Хирургическая стоматология: учебник / Под общ. ред. В.В. Афанасьева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 880 с.

Hirurgicheskaja stomatologija: uchebnik /Pod obshh. red. V.V. Afanas'eva. – M.: GJeOTAR-Media, 2011. – 880 s.

8. *McCarty W.L., Farrar W.B*. Surgery for internal derangements of the temporomandibular joint. – J. Prosthet. Dent. – 1979. – V. 42 (2). – P. 191–196.

9. *Watatani K., Shirasuna K., Morioka S. et al.* Surgical treatment using porous hydroxyl apatite blocks for severe habitual dislocation of the bilateral temporomandibular joint in patient with epilepsy. – J. Osaka Univ. Dent. Sch. – 1992. – V. 32. – P. 1–5.

10. *Егоров П.М., Карапетян И.С*. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. – М.: Медицина. – 1986. – 128 с.

Egorov P.M., Karapetjan I.S. Bolevaja disfunkcija visochno-nizhnecheljustnogo sustava. – M.: Medicina. – 1986. – 128 s.

11. *Девдариани Д.Ш., Васильев А.В., Ипатова В.Я.* Метод устранения привычного вывиха нижней челюсти // Клиническая стоматология. – 2011. – № 2. – С. 52–53.

Devdariani D.Sh., Vasil'ev A.V., Ipatova V.Ja. Metod ustranenija privychnogo vyviha nizhnej cheljusti // Klinicheskaja stomatologija. – 2011. – № 2. – S. 52–53.

12. *Segami N., Kaneyama K., Tsurusako S., Suzuki T.* Arthroscopic eminoplasty for habitual dislocation of the temporomandibular joint: preliminary study // J. Craniomaxillofac Surg. –1999. – V. 27 (6). – P. 390–397.

13. *Tarro A.W*. Arthroscopic treatment of anterior disc displacement. A preliminary report // J. Oral. Maxillofacial Surgery. – 1989. – V. 47 (4). – P. 353–358.

14. *Волков С.И.* Метод вправления нижней челюсти при вывихе и подвывихе. Приоритетная справка на изобретение от 30.09.2015 г., № 2015141649.

Volkov S.I. Metod vpravlenija nizhnej cheljusti pri vyvihe i podvyvihe. Prioritetnaja spravka na izobretenie ot 30.09.2015 g., № 2015141649.

Волков Сергей Иванович (контактное лицо) – д. м. н., профессор, член-корр. РАЕН, заведующий кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России. 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4. Тел. 8-910-640-40-03; e-mail: volkov_si@mail.ru.