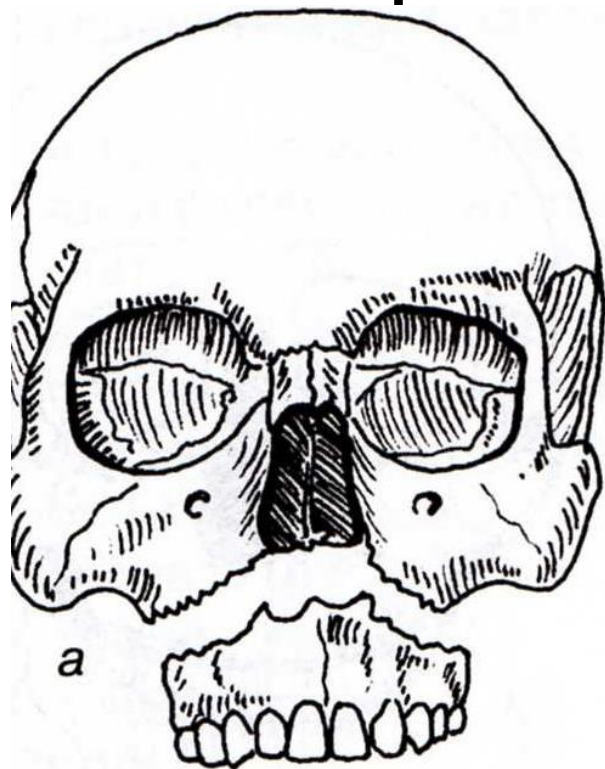


Неогнестрельные переломы костей среднего отдела лица.

Классификация, клиника,



Классификация

- 1. Переломы тела верхней челюсти:
 - — односторонние (сагиттальные),
 - -типичные (по классификации Лефор, Вассмунда),(Лефор 1 , 2, 3 типа)
 - — комбинированные,
 - — атипичные;
- 2. Переломы отростков верхней челюсти:
 - — альвеолярного,
 - — лобного,
 - — небного.
- 3. Оскольчатые переломы (тела и отростков).

- Классификация переломов скуловой кости (Р.Ф. Низова).
- - Переломы скуловой кости:
- - без смещения;
- - со смещением;
- - с повреждением стенок верхнечелюстной пазухи.
- - Переломы скуловой дуги:
- - без смещения;
- - со смещением.
- - Одновременные переломы скуловой кости и дуги:
- - без смещения;
- - со смещением;
- - с повреждением стенок верхнечелюстной пазухи. Переломы скуловой кости и дуги могут быть открытыми, закрытыми, линейными и оскольчатыми. Также переломы делят на свежие (до 10 сут после перелома) и застарелые (более 10 сут после травмы).

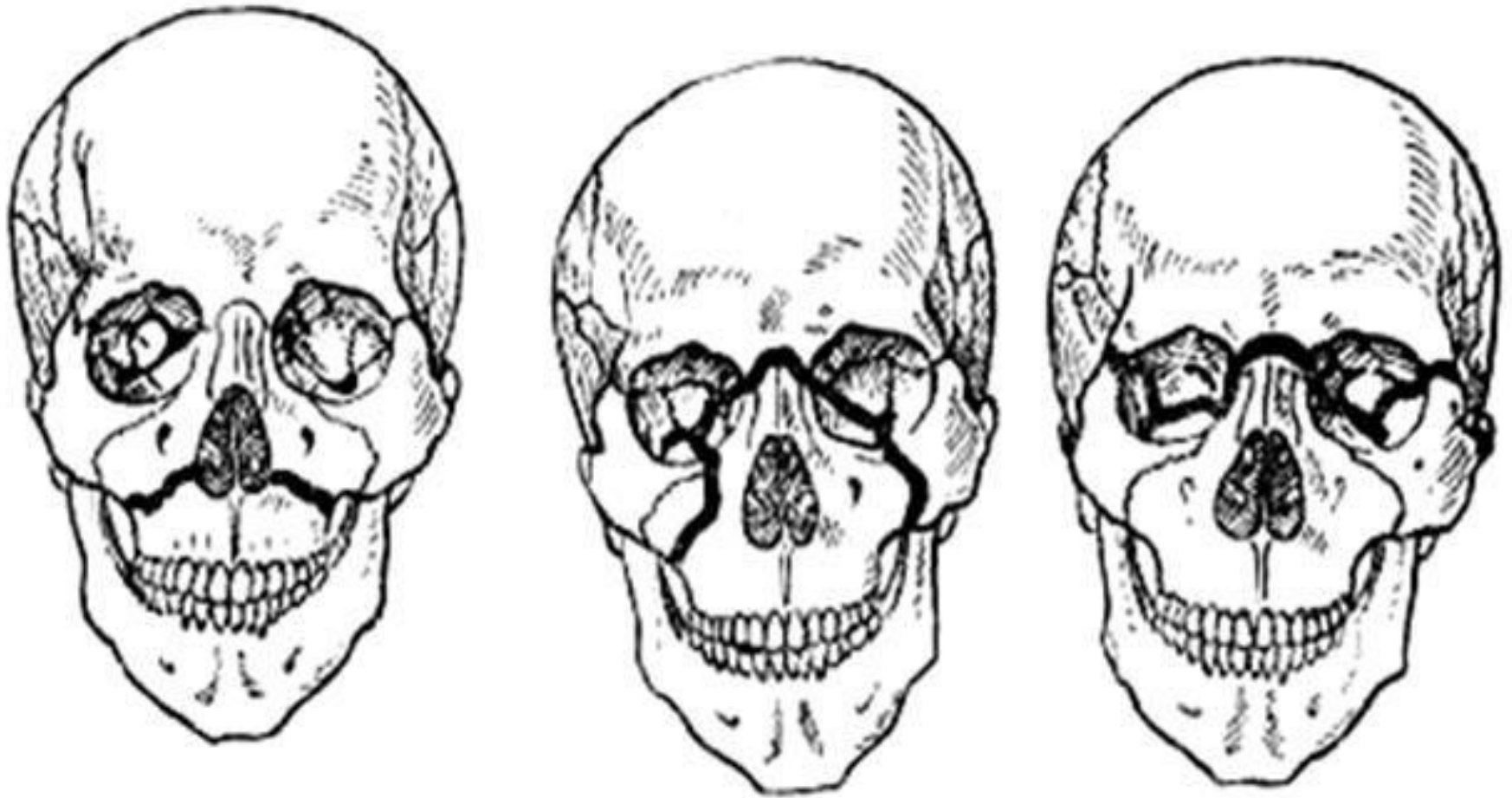
- Классификация переломов костей носа (Ю.Н. Волков):
- - переломы костей носа без смещения костных отломков и без деформации наружного носа (открытые и закрытые);
- - переломы костей носа со смещением костных отломков и с деформацией наружного носа (открытые и закрытые);
- - повреждения носовой перегородки.

Клиническая картина переломов верхней челюсти

- I тип характеризуется поперечным отделением всего альвеолярного отростка вместе с небной костью, а линия перелома расположена в нижней части грушевидного отверстия горизонтально по основанию полости синуса и назад к последнему моляру или нижней части крыловидных отростков. Отламываются и нижние отделы костной перегородки носа. Характер линии перелома определяет симптоматику при этом типе перелома. При попытке нажатия на верхнюю челюсть в области резцов выявляется подвижность всего альвеолярного отростка вместе с зубами и твердым небом. Челюсть смещена книзу под влиянием собственной тяжести и висит на мягких тканях, которые разорваны, а полость синуса широко открыта. Прием пищи затруднен и болезнен. Подвижность челюсти можно установить при разговоре, открывании и закрывании рта. Можно наблюдать выделение крови из нижних носовых ходов вследствие разрыва слизистой оболочки носа и синусов.

- II тип: линия перелома проходит от основания костного скелета носа и медиальной стенки орбиты по линии соединения верхней челюсти со скуловой костью (sutura zygomaticomaxillaris) назад к крыловидным отросткам. При этом верхняя челюсть открывается вместе с костями носа, нарушается целостность носовой перемычки, нижнего угла орбиты и передней стенки верхнечелюстной пазухи. Симптоматика этого перелома богаче, чем при переломе I типа. Имеется патологическая подвижность не только альвеолярного отростка и твердого неба, но и костей носа. Средняя треть лица удлиняется и отекает. При осмотре выявляются периорбитальные гематомы и субконъюнктивальные кровоизлияния, наиболее частой причиной которых является перелом стенки глазницы. Они возникают непосредственно после травмы или через несколько часов в отличие от патогномичных для базальных переломов периорбитальных гематом, которые формируются сравнительно поздно (через 12—48 ч после травмы). В области нижних углов орбиты выявляются болезненные точки и ступенеобразное нарушение их целостности. Травматизация подглазничного нерва может привести к возникновению гипестезии или анестезии в зоне его иннервации (нижнее веко, крыло носа, верхняя губа и щеки). Часто наблюдается кровотечение из носовых ходов, а в результате разрыва слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи — симптом «гемосинуса» (пазуха, заполненная кровью, рентгенологически видна, как плотное затемнение) . При интраоральном исследовании пальпаторно, выявляют болезненность по передней стенке верхнечелюстной пазухи, обычно с разрывом слизистой оболочки и открытым прикусом кпереди, так что в контакт входят только моляры. Это связано с тягой внутренних крыловидных мышц, которые прикрепляются к нижней челюсти и крыловидным отросткам, с которыми верхняя челюсть связана неподвижно.

- III тип (трансорбитальный перелом) имеет наиболее тяжелое клиническое течение. Большинство случаев заканчивается летально, прежде чем больным будет оказана медицинская помощь. Это обусловлено частыми повреждениями мозга, связанными с переломом основания черепа (сотрясение, контузия мозга). Линия перелома проходит через корень носа, глазницу, ее боковой угол, скуловую дугу и крыловидные отростки, в результате чего возникает полное отделение верхнечелюстного массива от черепа (полное черепно-лицевое разъединение). Ведущим клиническим симптомом является подвижность верхней челюсти, в движениях которой участвуют нос, глазные кости и глазные яблоки. Средняя треть лица удлинена, в связи с чем больные имеют характерный вид (обезьяний). Прикус нарушен, в нем участвуют последние зубы, а в области передних зубов прикус открытый. Развиваются значительные периорбитальные гематомы (очки), чаще всего связанные с переломами основания черепа. Часты чувствительные нарушения в зоне подглазничных нервов, субконъюнктивальные кровоизлияния, нарушения обоняния, зрения и движений глазных яблок. Значительные отеки лица маскируют клиническую картину в первые часы после травмы, в результате чего исследование таких больных затруднено. Решающее значение для правильной диагностики имеет установление подвижности верхней челюсти. Следует обратить особое внимание на истечение ЦМЖ из носа или ушей, что указывает на перелом основания черепа. Обследование таких больных следует проводить осторожно, так как грубое манипулирование может привести к возобновлению кровотечения из разорванных этмоидальных сосудов и утяжелению состояния больного.



1, 2, 3 тип переломов верхней челюсти по
Лефор (слева направо)

Дифференциальная диагностика типов перелома верхней челюсти

№	Клинический признак	Тип перелома по Ле Фор		
		III	II	I
Жалобы				
1	Боль в области верхней челюсти, усиливающаяся при смыкании зубов	+	+	+
2	Ощущение нарушения прикуса	+	+	+
3	Ощущение инородного тела в горле, позывы на рвоту, тошнота	+	+	+
4	Кровотечение из носа, полости рта	+	+	+
5	Затруднённое носовое дыхание	+	+	+
6	Онемение зубов верхней челюсти и слизистой оболочки десны в области этих зубов	-	-	+
7	Онемение верхних резцов, клыков, премоляров и слизистой оболочки десны в области этих зубов	-	±	-
8	Онемение кожи нижнего века, подглазничной области, верхней губы, крыла носа, кожной части перегородки носа	-	±	-
9	Двоение в глазах	+	+	-
10	Снижение остроты зрения	±	±	-
11	Слезотечение	-	±	-
12	Затруднённое глотание	+	+	±
13	Имеются симптомы сотрясения или ушиба головного мозга	+	±	-
Данные объективного обследования				
14	Выраженный отёк мягких тканей лица	+	+	+
15	Отёк мягких тканей только нижней трети лица	-	-	+
16	Отёк конъюнктивы, пропитывание её кровью	+	+	-

17	Уплотнение лица в горизонтальном положении большого и удлинение его в вертикальном	+	+	±
18	Экзофтальм (при кровоизлиянии в ретробульбарную клетчатку)	+	+	—
19	Энофтальм (при опускании дна глазницы)	+	±	—
20	Кровоизлияние в ткани периорбитальной зоны	+	—	—
21	Кровоизлияние в ткани корня носа, верхне-внутреннего квадранта глазницы, верхнего и нижнего века, подглазничной области, конъюнктиву	—	+	—
22	Костный выступ в области подглазничного края, лобно-верхнечелюстного шва, скулоальвеолярного гребня	—	+	—
23	Костный выступ в области лобно-верхнечелюстного и скулолобного швов, скуловой дуги	+	—	—
24	Костный выступ в области скулоальвеолярного гребня	—	+	+
25	Уменьшение расстояния между фронтальными зубами при максимально открытом рте	±	±	±
26	Кровоизлияние в ткани верхнего преддверия рта вдоль всего зубного ряда	—	—	+
27	Кровоизлияние в ткани верхнего преддверия рта в пределах премоляров и моляров	—	+	—
28	Кровоизлияние в верхние отделы крыловидно-нижнечелюстной складки, мягкое нёбо	—	+	+
29	Смещение мягкого нёба кзади	+	+	+
30	Тупой звук при перкуссии верхних зубов	+	+	+
31	Открытый прикус	+	+	+
32	Определяется синхронная подвижность отломков в лобно-носовой, лобно-скуловой области и в зоне скуловой дуги	+	—	—
33	Определяется синхронная подвижность отломков в лобно-носовой, скуло-верхнечелюстной области и в зоне скуло-альвеолярных гребней	—	+	—
34	Определяется синхронная подвижность отломков выше верхнего свода преддверия рта вдоль всей зубной дуги и в области скулоальвеолярных гребней	—	—	+
35	Укорочение средней трети лица при проведении симптома нагрузки	+	+	—

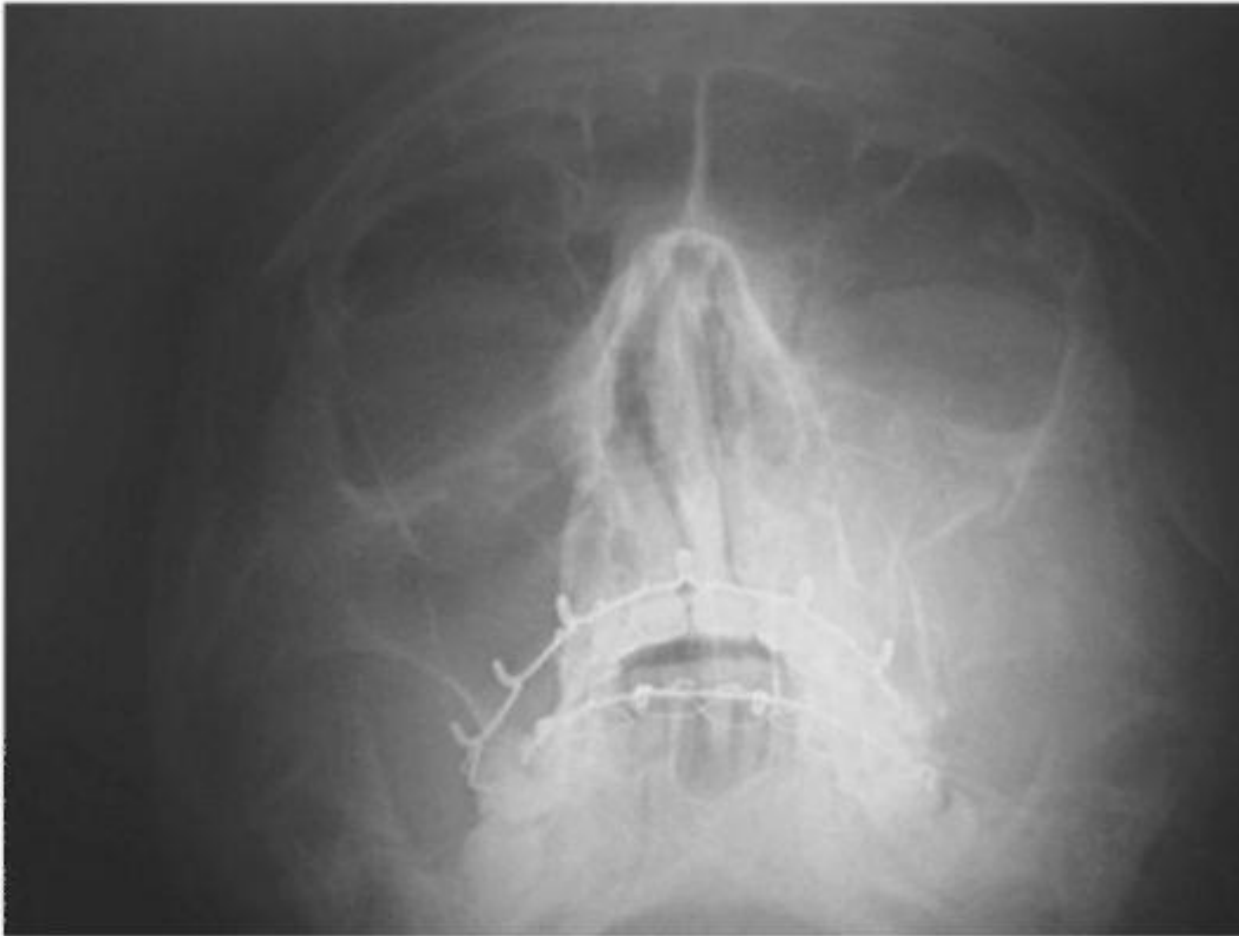
Клиническая картинка перелома скуловой кости

- Клиническая картина зависит от локализации, характера и степени смещения отломка. При переломе скуловой кости больные жалуются на болезненное, иногда ограниченное открывание рта, онемение кожи в подглазничной области, верхней губы, крыла носа, кровотечение из носа (при повреждении стенок верхнечелюстной пазухи), иногда диплопию (двоение в глазах). Может определяться деформация лица (западение тканей) за счёт смещения отломка, кровоизлияние в ткани подглазничной области верхненаружного угла глазницы, нижнее веко и конъюнктиву, иногда хемоз. При смещении отломков пальпируется костный выступ (симптом «ступеньки») в области подглазничного края и верхненаружного угла глазницы, в зоне височного отростка скуловой кости. Болевая чувствительность кожи подглазничной области, нижнего века, крыла и кожной части перегородки носа, иногда скуловой и височной области снижена, реже отсутствует.

Клиническая картина перелома скуловой дуги

- Скуловая дуга образована височным отростком скуловой кости и скуловым отростком височной кости. Возможны переломы собственно скуловой дуги, не распространяющиеся на тело скуловой кости и другие её отростки. Они могут быть двойными и тройными.

- Больные жалуются на деформацию в боковом отделе лица, ограниченное и болезненное открывание рта, затруднение или невозможность при пережёвывании пищи. Последнее связано не столько со смещением отломка скуловой дуги внутрь и давлением его на венечный отросток, сколько с травмой височной и собственно жевательной мышц. На месте западения мягких тканей лица, которое иногда маскируется быстро развивающимся отёком, можно пропальпировать костные выступы в области скуловой дуги. Открывание рта ограничено, болезненно. Боковые движения нижней челюсти затруднены. Врачу не удаётся свободно провести палец между наружной поверхностью ветви нижней челюсти и скуловой дугой.



Рентгенограмма лицевых костей (носоподбородочная укладка). Определяется снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи слева, нарушение непрерывности скулоальвеолярного гребня

Клиническая картина переломов костей носа

- Больные жалуются на боль в области носа, нарушение носового дыхания и обоняния, носовое кровотечение, эстетический недостаток, иногда головокружение и тошноту (при сотрясении головного мозга). Одним из главных признаков является носовое кровотечение.

Варианты перелома костей носа

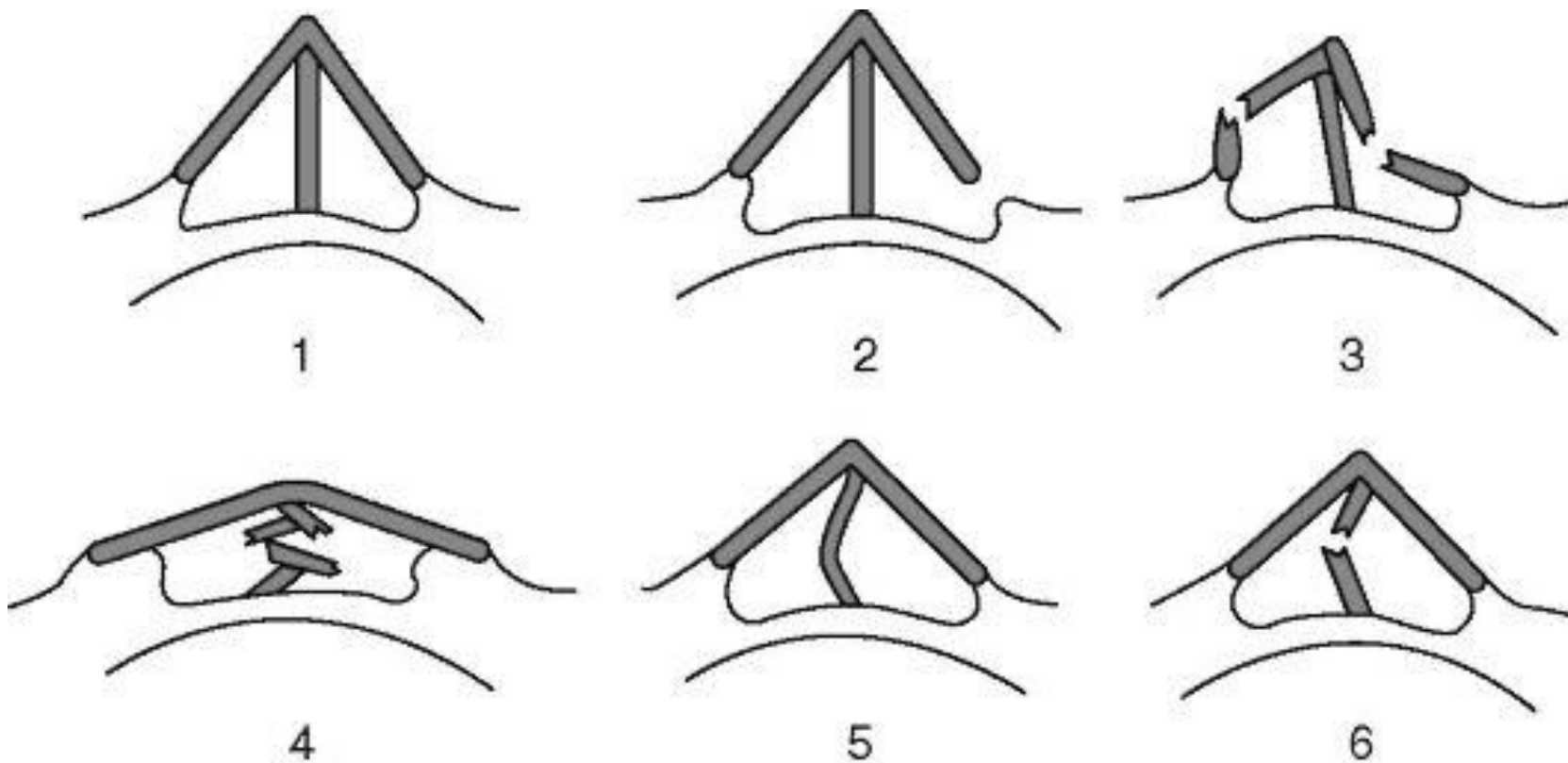


Схема вариантов перелома костей носа: 1 - норма; 2 - односторонний перелом бокового отдела носа со смещением отломка внутрь; 3 - двусторонний перелом бокового отдела носа со смещением отломков; 4 - множественный перелом перегородки носа с деформацией спинки; 5 - искривление перегородки носа; 6 - перелом перегородки носа

Диагностика переломов костей средней зоны лица

- Диагностика основывается на жалобах больного (клинической картины), данных объективного осмотра, данных рентгенографии.

Рекомендуемая литература:

- Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство с компакт-диском / В. В. Афанасьев [и др.]; под ред.: А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А. И. Неробеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM). - (Национальные руководства).
- Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Электронный ресурс]: приложение на компакт-диске к национальному руководству. - Электрон. дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM). - (Национальные руководства).
- Хирургическая стоматология: учебник: с компакт-диском для студентов учреждений высшего профессионального образования по специальности 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Хирургическая стоматология": / В. В. Афанасьев [и др.]; под общ. ред. В. В. Афанасьева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
- Хирургическая стоматология [Электронный ресурс]: приложение на компакт-диске к учебнику: / В. В. Афанасьев [и др.]; под общ. ред. В. В. Афанасьева. - Электрон. дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM).