

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ

АТЫНДАҒЫ

**ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**АЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.
АСФЕНДИЯРОВА**

Тема: *Перелом верхней челюсти.
Классификация, клиника, диагностика. Лечение.*



**Выполнила: Медеу А.
Проверил: Курсыжанова
Факультет: стоматологии
группа: 12-001-02**

Алматы 2017



План:

- I. Введение**
- II. Основная часть**
 - а) Классификация**
 - б) Лефоры I-III**
 - в) Клиника и диагностика**
 - г) Лечение**
- III. Заключение**
- IV. Список литературы**

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ (А.А. Тимофеев, 1998)

I. ИЗОЛИРОВАННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

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

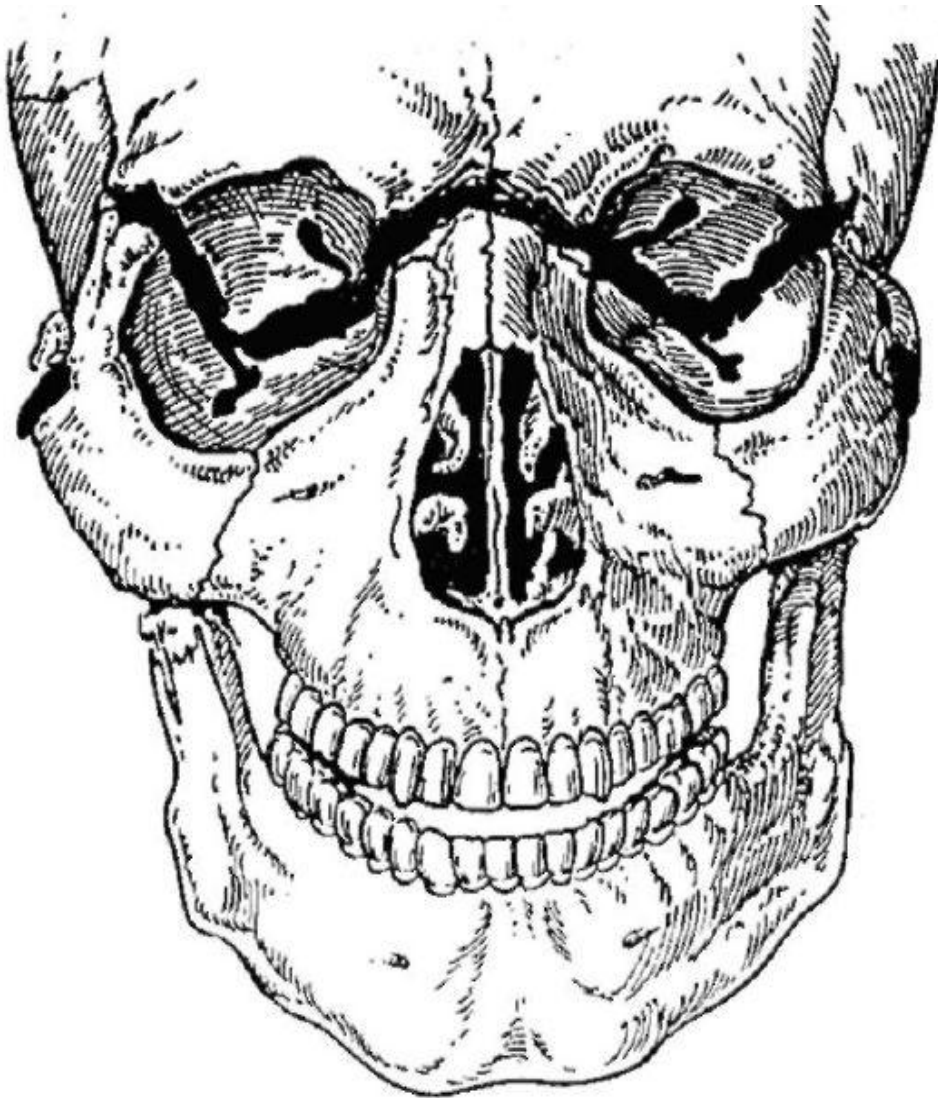
II СОЧЕТАННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- с черепно - мозговыми повреждениями;
- с повреждениями других костей;
- с ранением мягких тканей.

III ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- ранние осложнения (ранение и смещение глазного яблока, повреждение сосудов и нервов, подкожная эмфизема лица, менингит и др.);
- поздние осложнения (парез и паралич мимической мускулатуры лица, птоз, остеомиелит, гайморит, деформация лица и др.).

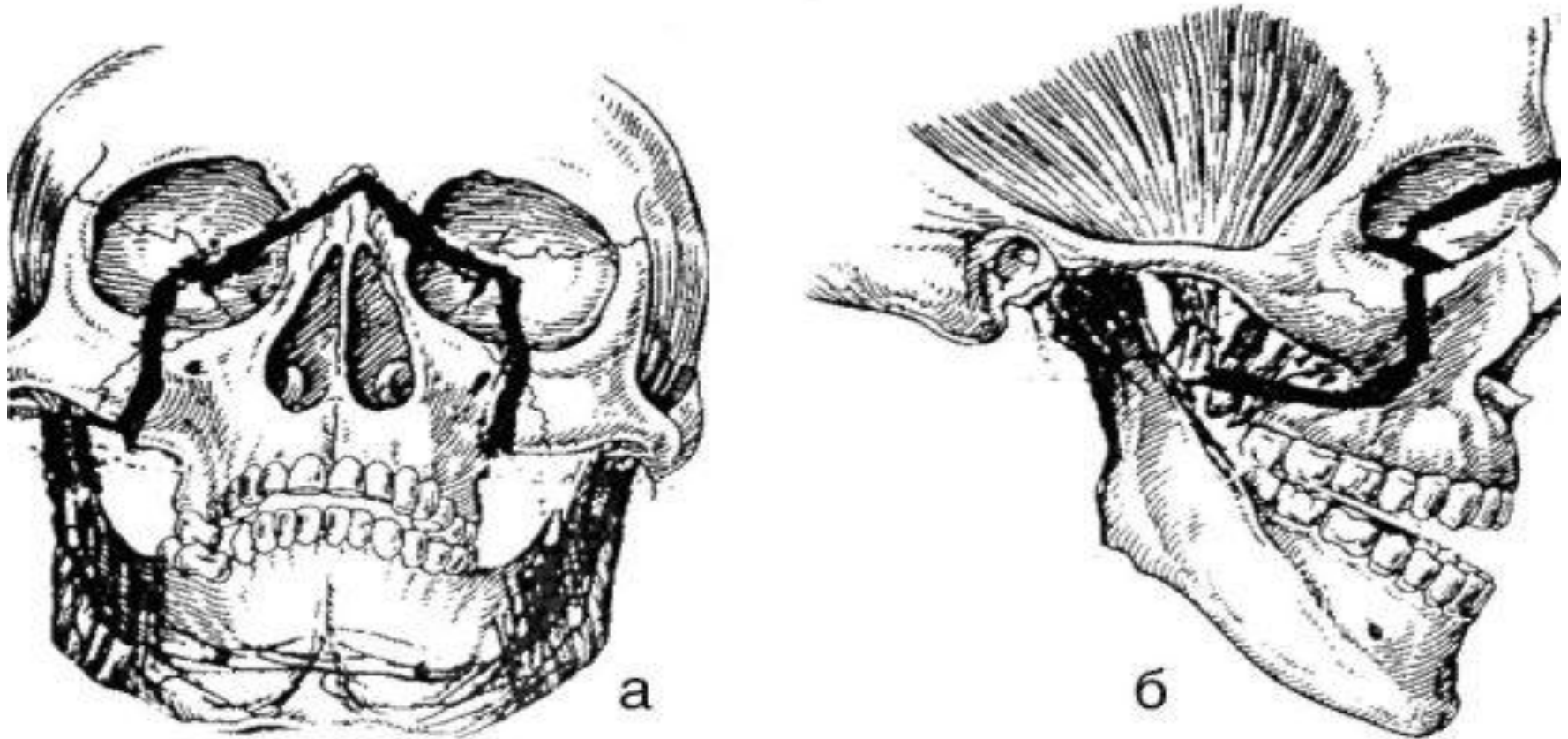
Перелом верхней челюсти по *Ле Фор I*



Ле Фор I (верхний, суббазальный тип) -

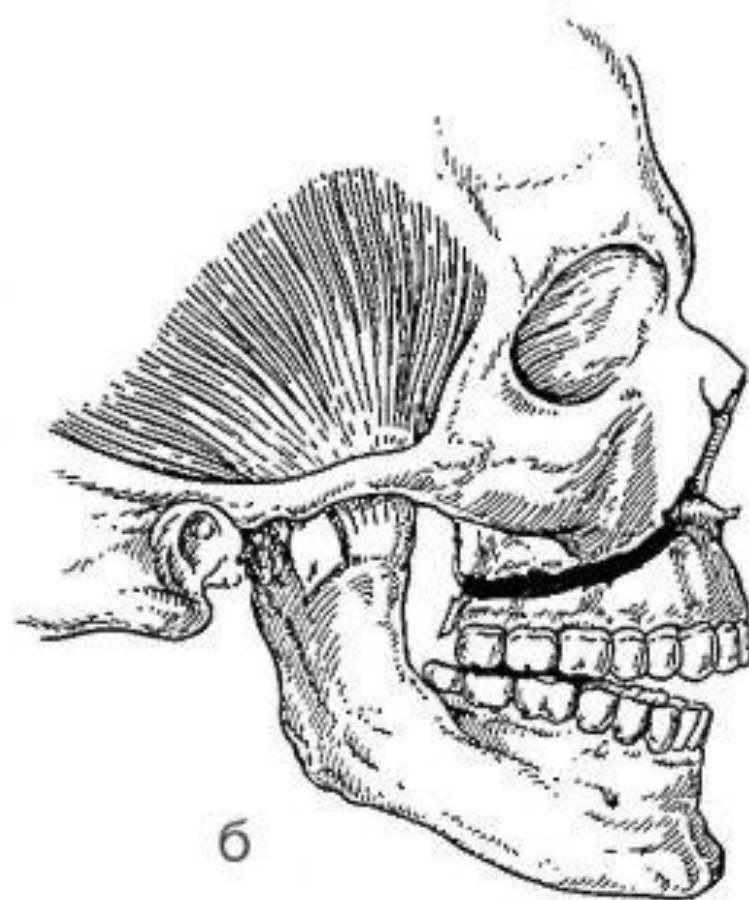
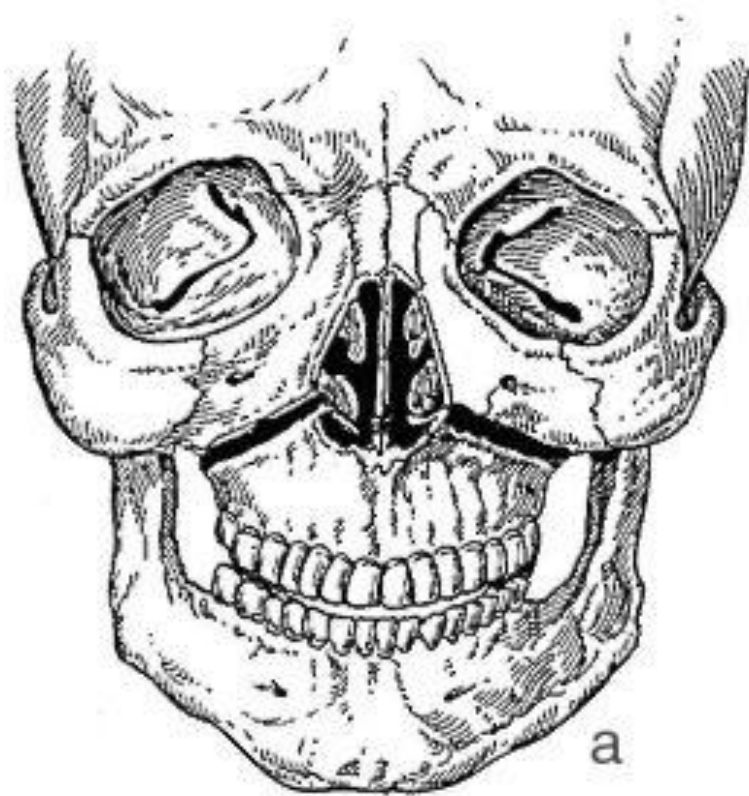
щель перелома проходит параллельно альвеолярному отростку: через основание носа, по верхней стенке орбиты, по скуловым дугам, часто через передние и средние черепные ямки.

Перелом верхней челюсти по Ле Фор II



Ле Фор II (средний, суборбитальный тип) – щель перелома проходит через основание носа, по нижней стенке орбиты, по скуловерхнечелюстному шву.

Перелом верхней челюсти по Ле фор III



Лефор-III (нижний тип) - щель перелома проходит через основание грушевидного отверстия, по дну верхнечелюстной пазухи.

При первом типе линия перелома проходит у основания альвеолярного отростка, вследствие чего последний отделяется от тела челюсти обычно вместе с твердым небом. Перелом, как правило, не сопровождается большим смещением. Наблюдаются нарушение зубных рядов, подвижность отломков. Может быть кровотечение из носа, так как страдает слизистая оболочка дна гайморовой пазухи.

Перелом по второму типу характеризуется отрывом верхней челюсти вместе с носовыми костями и частью орбиты от скуловой кости и основания черепа. При этом наблюдаются кровотечение из носа, кровоподтеки нижних век («симптом очков»), обширный отек лица, нарушение прикуса вследствие смещения челюсти вниз.

При переломе по третьему типу линия перелома проходит также через переносицу и глазницу, но в отличие от второго типа вместе с челюстью отламывается скуловая кость, поэтому все симптомы выражены более резко. Нередко переломы верхней челюсти сопровождаются сотрясением головного мозга и переломом основания черепа.

Перелом верхней челюсти по типу Вассмунд I, б) Вассмунд II (схема)



по клиническому течению к переломам 1 и 2 типа по классификации Лефор являются варианты Вассмунда М. (Wassmund (1927)), которые отличаются тем, что в движениях не участвуют кости носа, т.к. линия перелома проходит от верхнего края грушевидного отверстия к нижне-медиальному углу глазницы (так называемая "медиальная косая линия") и дальше идет по линиям, описанным при втором и третьем типе переломов верхней челюсти. То есть кости носа не повреждены. Вассмунд 1 - это перелом по типу Лефор 2, но без повреждения костей носа. Вассмунд 2 - это перелом по типу Лефор 1, но без повреждения костей носа (Рисунок 1)



Восстановление трудоспособности при переломе альвеолярного отростка верхней челюсти происходит в среднем в течение 43.0 суток, а при переломе тела верхней челюсти средние сроки нетрудоспособности составляют 69.9 суток; по типу Ле Фор III - 56.0 суток, по типу Ле Фор II - 65.4 и по типу Ле Фор I - 74.7 суток.

№	Клинический признак	Тип перелома по Ле Фор		
		I	II	III
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	Уплощение 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	+	+	-

36	Наличие ликвореи (ринореи) из носа	+	±	-
37	Возможно сходящееся косоглазие	+	-	-
38	Возможно расходящееся косоглазие	+	-	-
39	Возможны рентгенологические признаки перелома турецкого седла	+	±	-
40	На рентгенограмме определяется щель перелома в области лобно-верхнечелюстного и лобно-скулового швов, большого крыла клиновидной кости, скуловой дуги	+	-	-
41	На рентгенограмме определяется щель перелома в области лобно-верхнечелюстного шва, подглазничного края и дна глазницы, скулоальвеолярного гребня, понижение прозрачности верхнечелюстных пазух	-	+	-
42	На рентгенограмме определяется щель перелома в области стенок грушевидного отверстия и скулоальвеолярных гребней, понижение прозрачности верхнечелюстных пазух	-	-	+

Примечание: (+) - признак определяется всегда; (±) - признак может быть иногда; (-) - признак никогда не определяется.

Лечение:

- При оказании первой помощи врач должен учитывать общее состояние больного и вид перелома.

В первую очередь следует устранить болевой фактор, связанный с подвижностью отломков челюсти. С этой целью нужно исключить движение нижней челюсти — зафиксировать ее вместе с верхней к своду черепа обычным бинтом или специальной пращевидной повязкой. Можно зафиксировать изолированно верхнюю челюсть к своду черепа. В первом случае могут быть использованы пращевидные повязки, изготовленные из различных материалов (эбонит, пластмасса и др.). Мы считаем более удобной для фиксации эластическую пращевидную повязку З. Н. Урбанской, которая не причиняет больному неудобств и в зависимости от степени шнуровки можно уменьшить или увеличить давление.

- По нашему мнению, не следует применять пращевидные повязки из гипса, они обычно сдавливают мягкие ткани, и вызывают пролежни, быстро пропитываются слюной, слизью, пищей, и больные очень плохо переносят фиксацию и всегда настаивают на снятии подобной повязки. Для изолированной фиксации верхней челюсти может быть использована стандартная шина-ложка (рис. 1). Существуют и другие виды стандартных шин. При отсутствии зубов можно воспользоваться протез:



Рисунок 1. Шина – ложка для фиксации верхней челюсти А.Э. Рауэра и З.Н. Урбанской

Открытый очаговый остеосинтез:

- **Костный шов**

- **Показания для наложения:** свежие переломы **верхней челюсти** и нижней челюсти, скуловой кости и дуги, переломы с легкоправимыми отломками.

- **Противопоказания:** наличие развившегося воспалительного процесса в очаге перелома (воспалительный инфильтрат, абсцесс, флегмона), травматический остеомиелит, огнестрельные повреждения челюстей, мелкооскольчатые и косые переломы челюстей, переломы с дефектом кости.

- **Материал:** для костного шва используют проволоку из нержавеющей стали марок 1Х18Н9Т, ЭП-400, ЭЯТ-1, титана, тантала или капроновую нить диаметром 0,6-0,8 мм.
Для наложения костного шва рассекают кожу и обнажают концы отломков с вестибулярной и язычной поверхности, сопоставляют их и скрепляют проволоочной лигатурой, проводимой через просверленные отверстия в кости.

Накостные металлические мини-пластины:

- **Показания для наложения:** любые переломы челюстей, за исключением мелкооскольчатых.

- **Преимущество мини-пластинок** перед костным швом состоит в том, что в ходе операции надкостница отслаивается только с одной (вестибулярной) поверхности челюсти, что значительно уменьшает нарушение микроциркуляции в области перелома. Для иммобилизации отломков челюстей используют мини-пластины различной формы и размеров. Они изготавливаются из титана или нержавеющей стали. Длина мини-пластин может колебаться в пределах от 2 до 24 см, толщина - от 1 до 1,4 мм. Шурупы для крепления минипластин имеют диаметр 2,0 и 2,3 мм и длину от 5 до 19 мм.

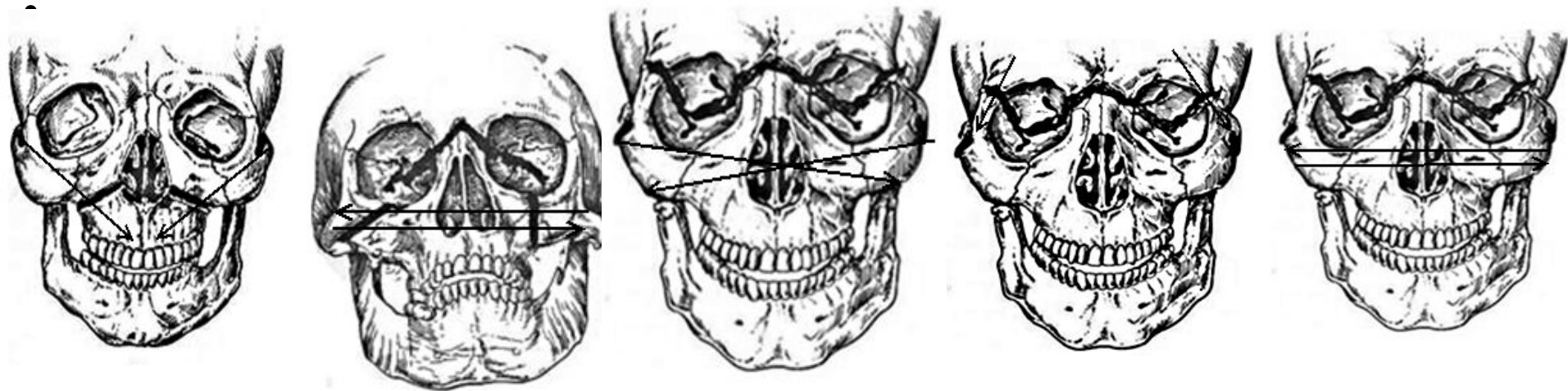
Для наложения мини-пластин рассекают кожу и обнажают концы отломков на 2,0-2,5 см от щели перелома с вестибулярной поверхности, сопоставляют их и скрепляют пластинкой, которую прикручивают шурупами.



**Рентгенограмма нижней
челюсти справа, боковая
проекция. Отломки
фиксированы
металлическими мини-
пластинами**

Спицы Киршнера

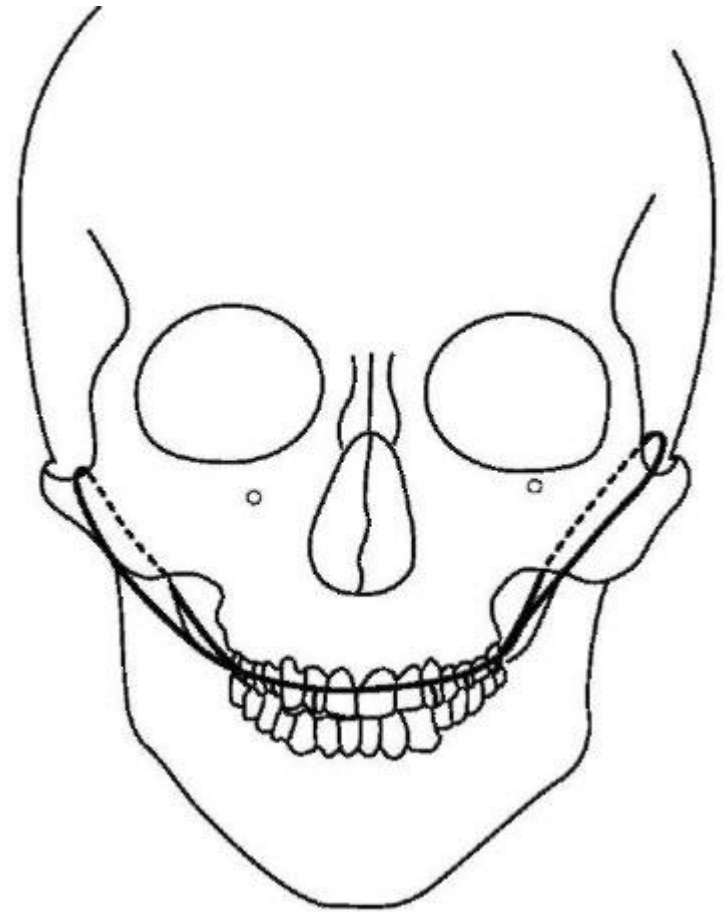
- Спицы Киршнера также используют в качестве закрытого очагового остеосинтеза. Их вводят в отломки с помощью бормашины или специальной низкоскоростной дрели АОЧ-3 (**М.А. Макиенко**) таким образом, чтобы её длина в каждом отломке была не менее 3 см.



а) Ле Фор III, б) Ле Фор II, в),г),д) Ле Фор I.

Метод Адамса

- **Показания:** свежие переломы верхней челюсти с легкоправимыми отломками. Перед операцией на зубы верхней челюсти накладывают гладкую шину-скобу или шину с зацепными петлями, обращёнными вершинами вниз и расположенными в области моляров. В случае переломов верхней челюсти по типам Ле Фор II или Ле Фор III лигатуру проводят вокруг скуловой дуги с обеих сторон в преддверие рта на уровне первых верхних моляров и фиксируют их к назубной шине.



- **При переломе верхней челюсти по верхнему типу лигатуру проводят через отверстие в наружном крае орбиты на 1 см выше щели перелома. Один конец лигатуры проводят в преддверие рта с внутренней стороны скуловой кости на уровне первого моляра. Другой - с внутренней стороны скуловой кости, но на уровне первого верхнего премоляра. Фиксация лигатур производится к назубной шине. При значительном смещении отломков и невозможности одновременной их ручной репозиции М.Б. Швырков для сопоставления фрагментов использовал нижнюю челюсть. Для этого лигатуры с помощью резиновых колец фиксировал к шине с зацепными петлями, заранее наложенной на нижнюю челюсть.**

Заключение:

Лечение переломов в средней части лица состоит в устранении вдавления отломков и восстановлении нормального прикуса. Необходимы мобилизация костей лица и коррекция смещения скуловой, слезной и других костей. При переломах костей носа обычно производится их закрытая репозиция. Назначаются столбнячный анатоксин и антибиотики (с профилактической целью).

Список литературы:

1. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год
3. Хирургическая стоматология : учебник (Афанасьев В. В. и др.); под общ. ред. В. В. Афанасьева. - М2010



Спасибо за внимание!!!