

ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



Выполнил: Растатуров Н.Д.

? Переломы — это полное или частичное нарушение целостности кости, которое наступает под действием силы.

? Переломы могут быть полными и неполными. При полных переломах часто имеется смещение отломков челюсти. В зависимости от линии перелома они могут быть: поперечными, косыми, зигзагообразными. Исходя из количества отломков, их можно разделить на двойные, множественные и оскольчатые. По механизму возникновения возникают прямые переломы, которые образуются в месте приложения силы (удара) и не прямые, возникающие на противоположной от места приложения удара (силы) стороне.

? Переломы челюстей могут быть патологическими (спонтанными) при хроническом воспалительном процессе или вследствие роста доброкачественной или злокачественной опухоли.

? Если перелом сопровождается большими разрывами мягких тканей, слизистой оболочки полости рта, то такой перелом называется открытым. При закрытом переломе поврежденный участок кости остается закрытым мягкими тканями. При осмотре зубных рядов обращают на себя внимание отклонения, связанные с происшедшим переломом:

? - смещается одна часть зубного ряда относительно другой (в направлении спереди назад или снизу вверх);

? — образуются промежутки между зубами, идущие по линии перелома и продолжающиеся через поврежденную слизистую оболочку на кость челюсти.

? Смещение отломков происходит под действием силы и физиологической тяги мышц, а также под влиянием собственной тяжести.

Классификация огнестрельных повреждений верхней челюсти, предложенная Я.М. Збаржем (1965)

I. По направлению и глубине раневого канала:

- ? 1) сквозное (поперечное, косое, продольное);
- ? 2) слепое;
- ? 3) касательное.

II. По характеру повреждения:

- ? 1) без значительного дефекта мягких и костных тканей;
- ? 2) со значительным дефектом мягких и костных тканей;
- ? 3) непроникающие;
- ? 4) проникающие в полость рта, носа, верхнечелюстную пазуху и череп;
- ? 5) со смещением отломков.

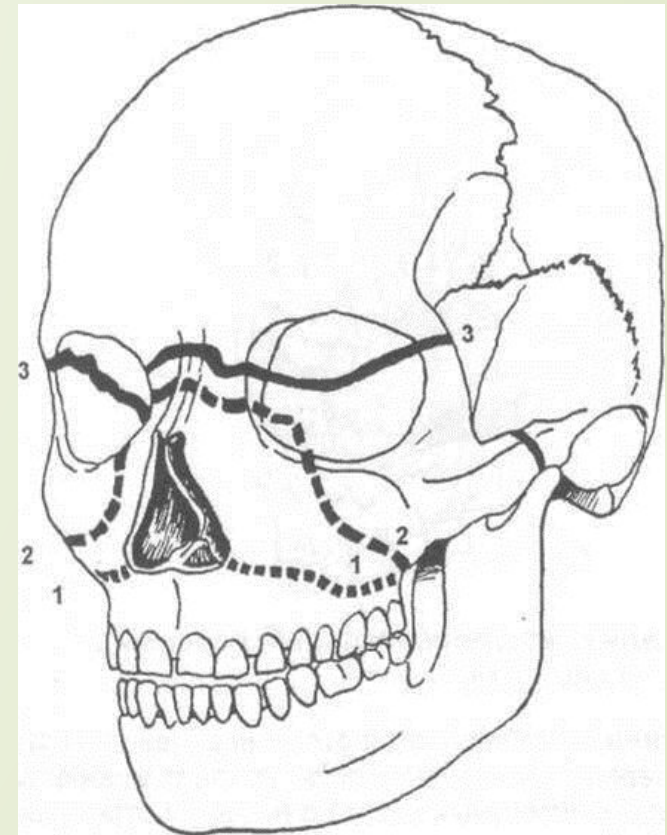


III. По функциональному признаку:

- ? 1) без нарушения функций;
- ? 2) с нарушением функций:
 - ? а) речи, жевания, глотания;
 - ? б) дыхания, слуха;
 - ? в) зрения.

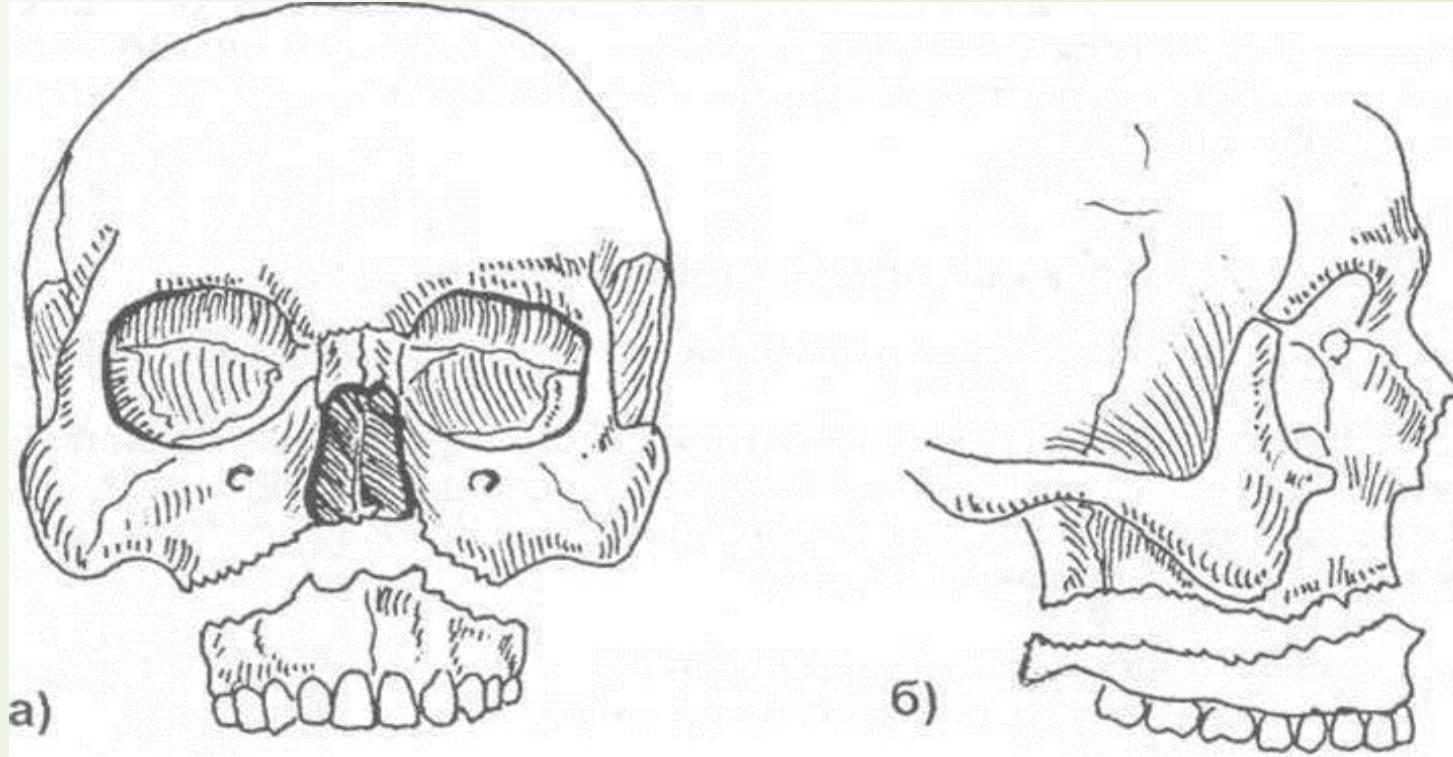
Неогнестрельные переломы верхней челюсти

? При определении типов переломов тела верхней челюсти используется классификация Лефор (Le Fort, 1901). Автор описал разные типы переломов верхней челюсти, выявленные им экспериментальным путем (на трупах). Установлено три основных типа переломов тела верхней челюсти.

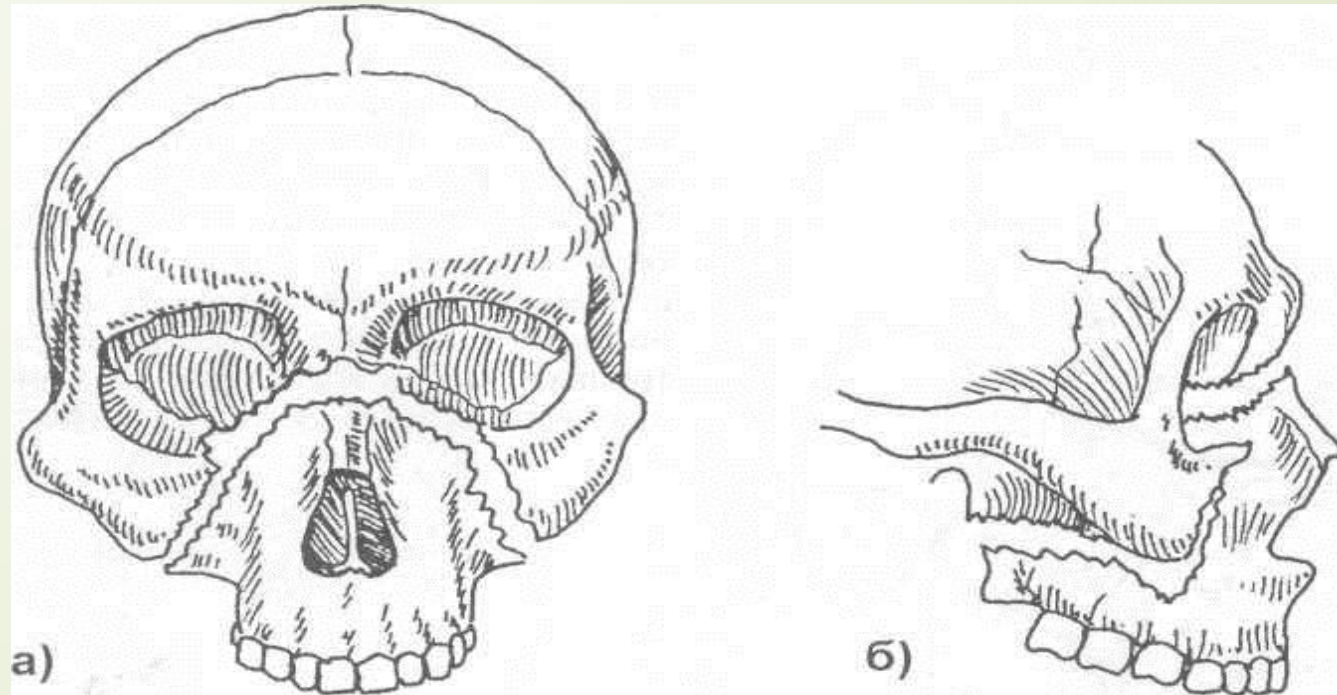


Линии переломов верхней челюсти по классификации Лефор (Le Fort, 1901) по первому (1), второму (2) и третьему (3) типу.

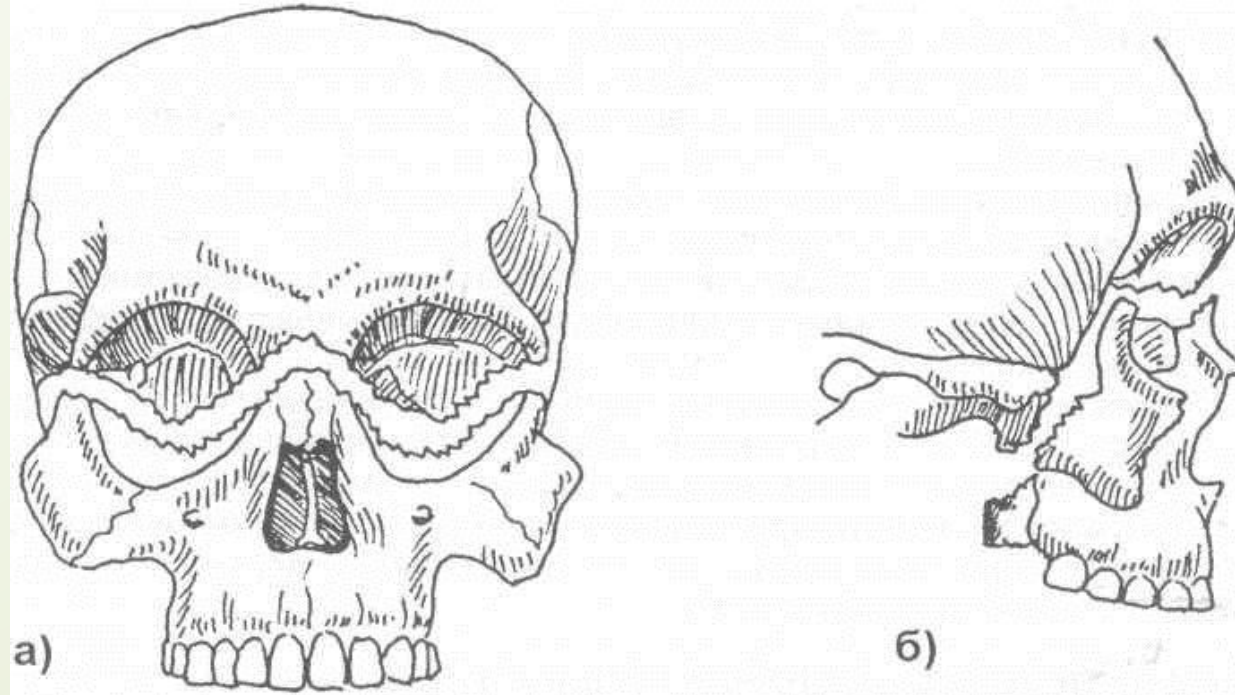
- ? Первый тип перелома (нижний) характеризуется тем, что линия перелома проходит над альвеолярным отростком и над твердым небом (почти параллельно им), через нижний край грушевидного отверстия и концы крыловидных отростков клиновидной кости, по дну верхнечелюстных пазух. Чаще возникает при ударе тупым предметом по верхней губе.



- ? Второй тип перелома (суборбитальный, средний) - отличается тем, что обе верхнечелюстные кости как бы выламываются из окружающих костей. Линия перелома проходит через корень носа (место соединения лобных отростков верхней челюсти и носового отростка лобной кости), далее идет по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, проходит через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты к месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью. Сзади линия перелома идет через крыловидные отростки клиновидной кости.
- ? Такие переломы чаще возникают при нанесении удара тупым предметом в область переносицы.



- ? Третий тип переломов (суббазальный, верхний) - наблюдается отрыв верхней челюсти вместе со скуловыми костями от костей мозгового черепа. Линия перелома проходит в области корня носа (место соединения лобных отростков верхнечелюстных костей с носовым отростком лобной кости, по медиальной стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через крыловидные отростки клиновидной кости, затем направляется вперед по нижней стенке орбиты, через лобно - скуловой шов (место соединения лобного отростка со скуловым отростком лобной кости и большим крылом клиновидной кости) и скуловую дугу, которая образуется скуловым отростком височной кости и височным отростком скуловой кости.
- ? Встречается при нанесении удара тупым предметом в область глазниц или основания носа, а также при боковом ударе в область скуловой кости.



Для деления неогнестрельных переломов верхней челюсти пользуются следующей классификацией

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:

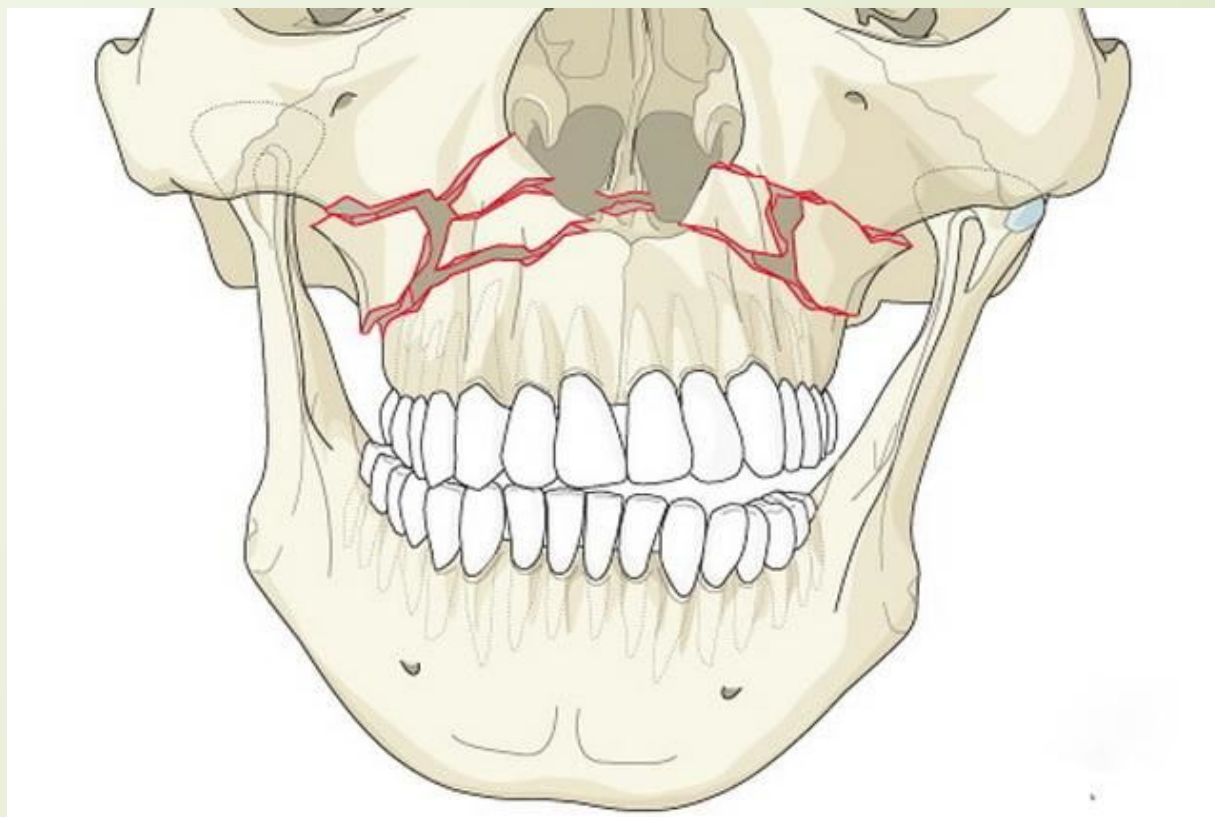
- ? - с черепно - мозговыми повреждениями;
- ? - с повреждениями других костей;
- ? - с ранением мягких тканей.



III. ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

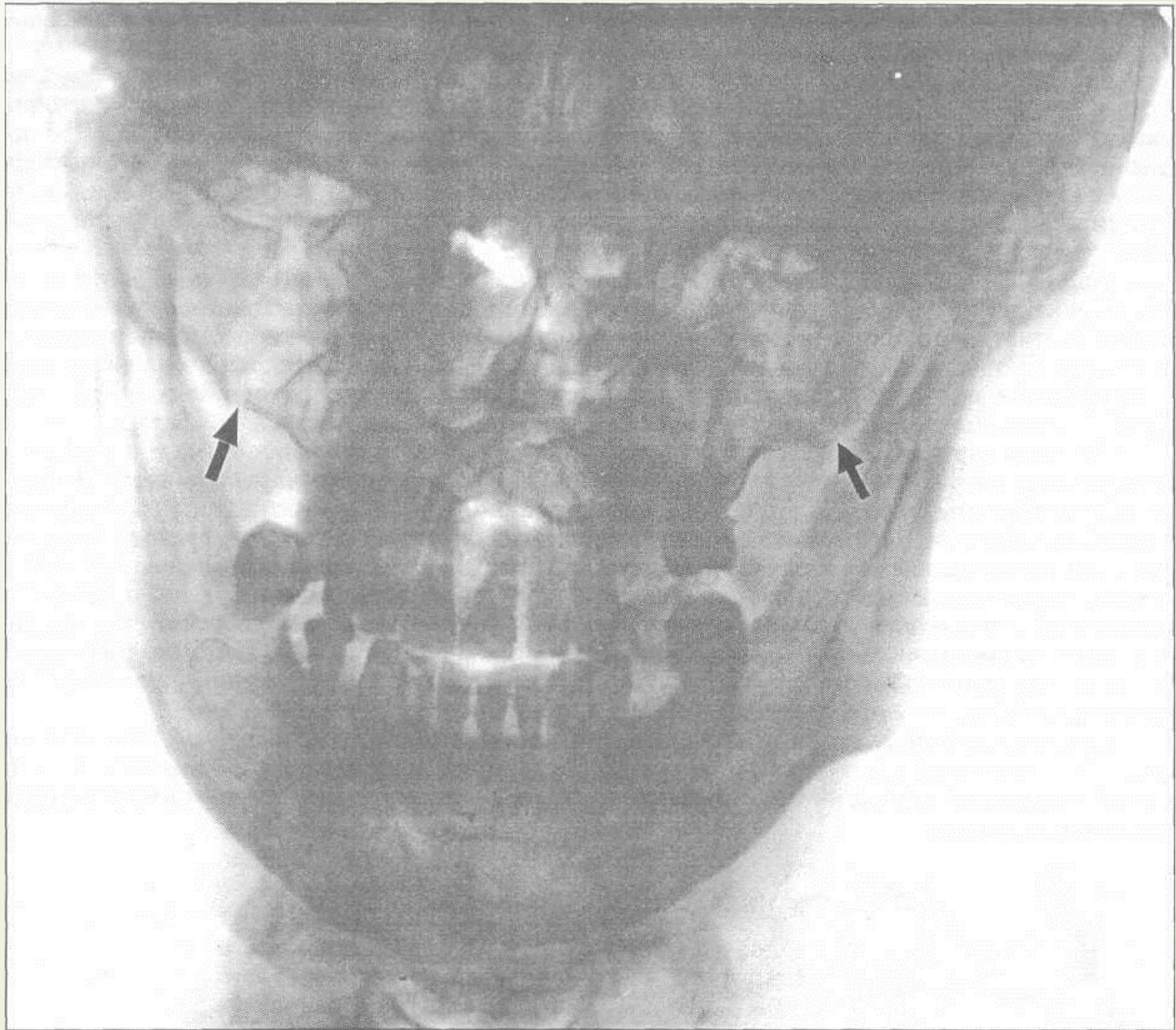
- ? А - ранние осложнения (ранение и смещение глазного яблока, повреждение сосудов и нервов, подкожная эмфизема лица, менингит и др.);
- ? Б - поздние осложнения (парез и паралич мимической мускулатуры лица, птоз, остеомиелит, гайморит, деформация лица и др.).

Клиника. Необходимо уточнить обстоятельства и механизм травмы, определить общее состояние пострадавшего и его сознание (ясное, спутанное, заторможенное, бессознательное), была ли потеря сознания и на какой срок, нарушение памяти (амнезия - ретроградная, эпизодическая и др.). Может наблюдаться так называемый челюстно - церебральный синдром.

При осмотре больного следует обратить внимание на нарушение формы лица и состояние прикуса (связано со смещением отломков), наличие кровоподтеков (кровоизлияний в толщу кожи или слизистой оболочки) или кровотечений, характер и локализацию ран мягких тканей.



- 
- 
- ? При пальпации кожи можно определить крепитацию - ощущение похрустывания или потрескивания, возникающее в результате проникновения воздуха из воздухоносных путей в подкожную клетчатку.
 - ? Имеется нарушение прикуса, т.к. центральные зубы на верхней и нижней челюсти не смыкаются между собой. Возникает острый прикус.
 - ? При внутри ротовом осмотре можно выявить кровоизлияние под слизистую оболочку и нарушение целостности костной ткани {симптом ступеньки) в области скуло-челюстного шва (место соединения верхнечелюстной и скуловой костей).



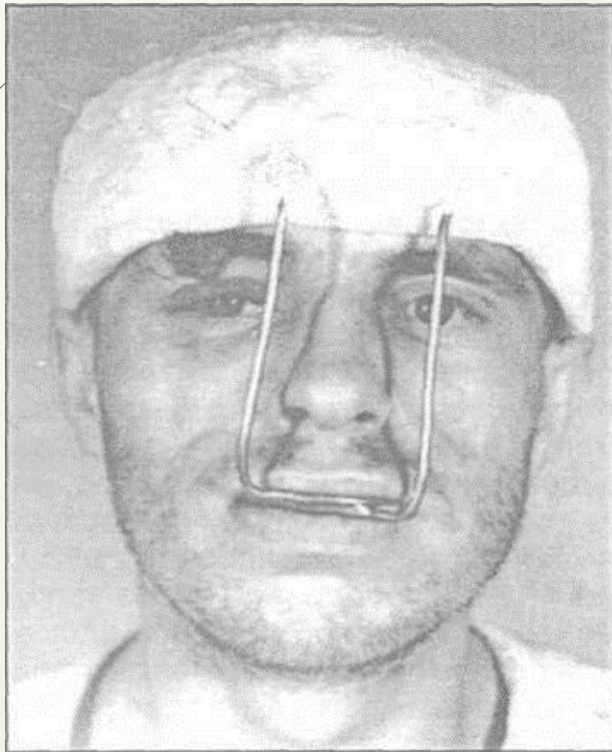
- ? Лечение челюстно-лицевых травм требует применения целого комплекса лечебных мероприятий: оказание неотложной помощи, направленной на сохранение жизни пострадавшего (остановка кровотечения, предупреждение травматического шока и асфиксии, борьба с инфекцией); сопоставление (репозиция) и закрепление отломков челюстей; транспортная иммобилизация и доставка пострадавшего в лечебное учреждение.
- ? В лечебном учреждении пострадавшему оказывают как хирургическую, так и ортопедическую помощь в полном объеме. В зависимости от общего состояния, характера повреждения мягких тканей, топографии и характера переломов, наличия на отломках зубов, состояния их пародонта применяют хирургический, ортопедический или сочетанный методы лечения. В соответствии с выбранным методом лечения используют различные виды ортопедических аппаратов



КЛАССИФИКАЦИЯ АППАРАТОВ. ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ

- ? Лечение переломов челюстей, послеоперационных дефектов, а также последствий повреждений челюстно-лицевой области проводят с помощью ортопедических аппаратов, соподчиняя их конструктивные особенности целям и задачам лечения.
- ? В соответствии с задачей лечения аппараты делят на следующие виды: 1) фиксирующие применяют с целью закрепления отломков челюстей в положении до повреждения. Они способствуют ускорению заживления переломов;
- ? 2) перемещающие (репонирующие) используют с целью постепенного смещения отломков челюстей до их составления в правильное положение. Эти аппараты показаны, как правило, если пострадавшего доставляют в лечебное учреждение на 5—7-й день после ранения и отломки не могут быть смещены одномоментно вручную;
- ? 3) формирующие применяют при повреждениях мягких тканей и дефектах челюстей с целью поддержания и формирования мягких тканей; для предупреждения рубцовых стяжений и деформаций;
- ? 4) комбинированные аппараты, выполняющие несколько функций: фиксирование отломков челюстей и формирование мягких тканей; репонирующие и потом фиксирующие отломки;
- ? 5) замещающие применяют при оперативных вмешательствах на челюстях с целью восполнения образующегося дефекта, препятствуют рубцовым стяжениям мягких тканей. При операциях на верхней челюсти они одновременно служат для разобщения носовой и ротовой полостей; на нижней челюсти препятствуют смещению ее сохраненных фрагментов.

- ? Ортопедический (консервативный) метод лечения заключается в том, что пострадавшему к зубам на верхней и нижней челюстях фиксируют двухчелюстные стандартные или алюминиевые шины с зацепными петлями. Накладывают межчелюстную резиновую тягу. Для более точного сопоставления отломков верхнечелюстной кости между большими коренными зубами укладывают прокладку из резиновой трубки. При этом методе лечения необходима последующая иммобилизация нижней челюсти с помощью гипсовой подбородочной пращи и шапочки с резиновой тягой. Последнюю можно корректировать в динамике проводимого лечения.

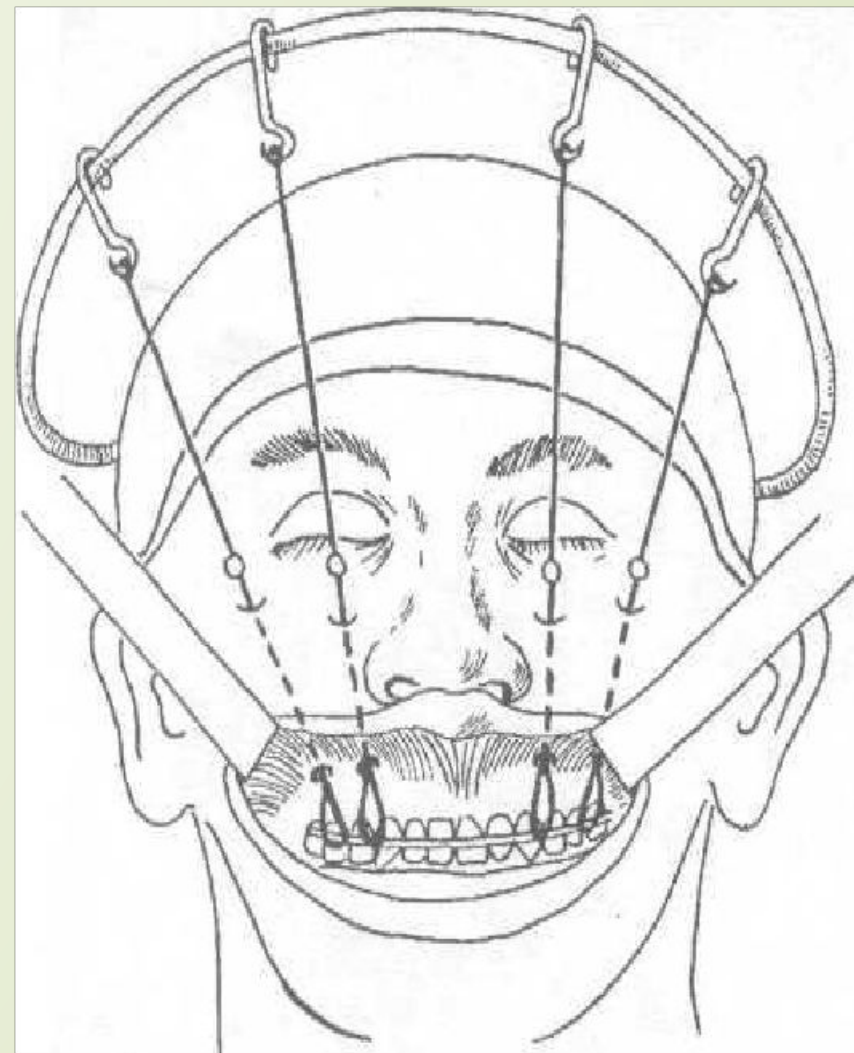


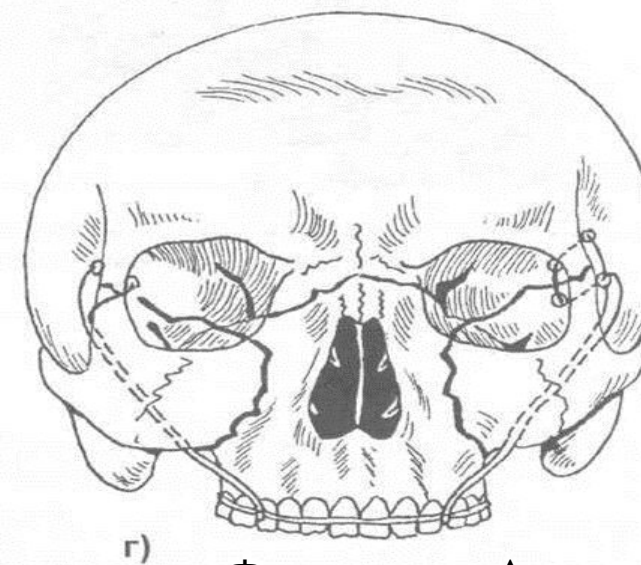
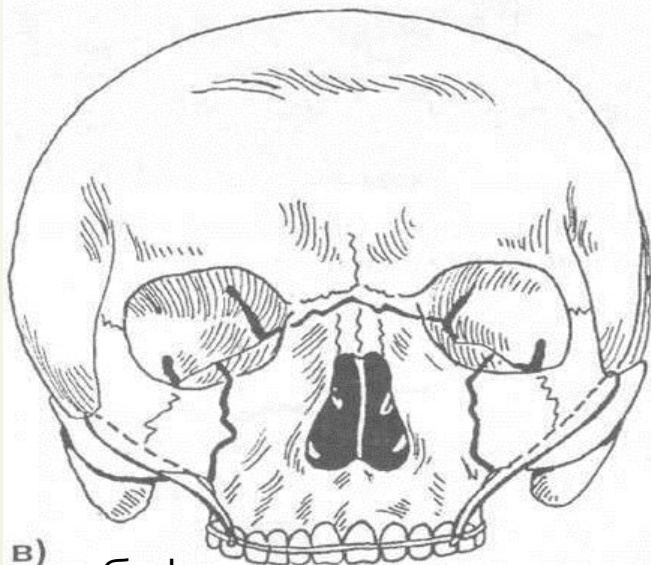
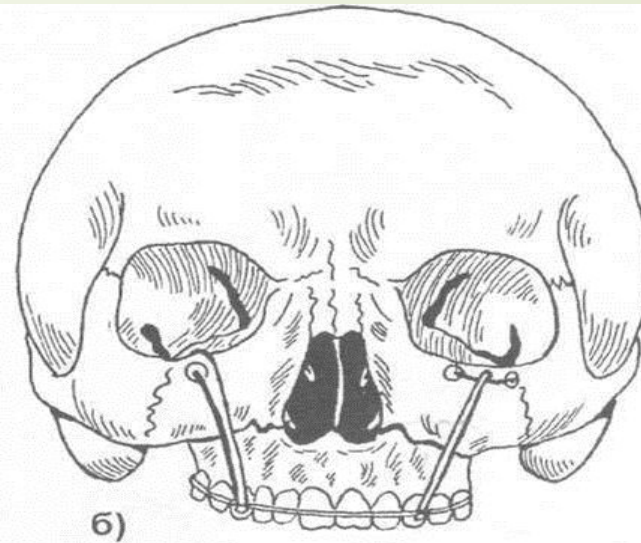
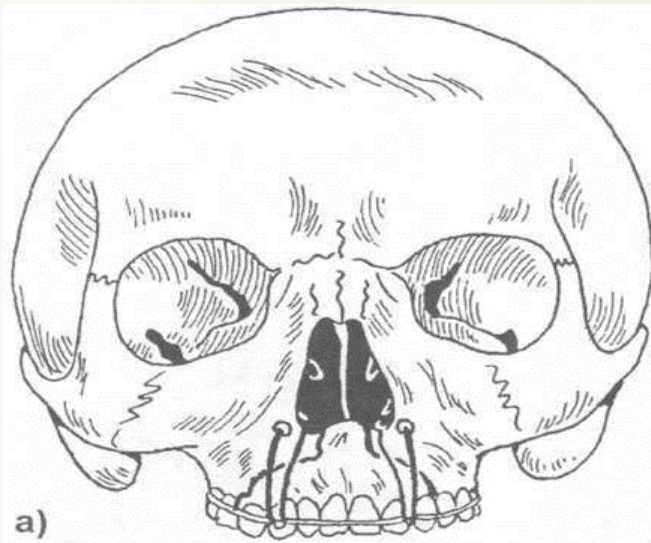
а)



б)

Хирургическо-ортопедический способ лечения предусматривает фиксацию назубной шины к головной опорной повязке или к неповрежденным костям лицевого черепа.

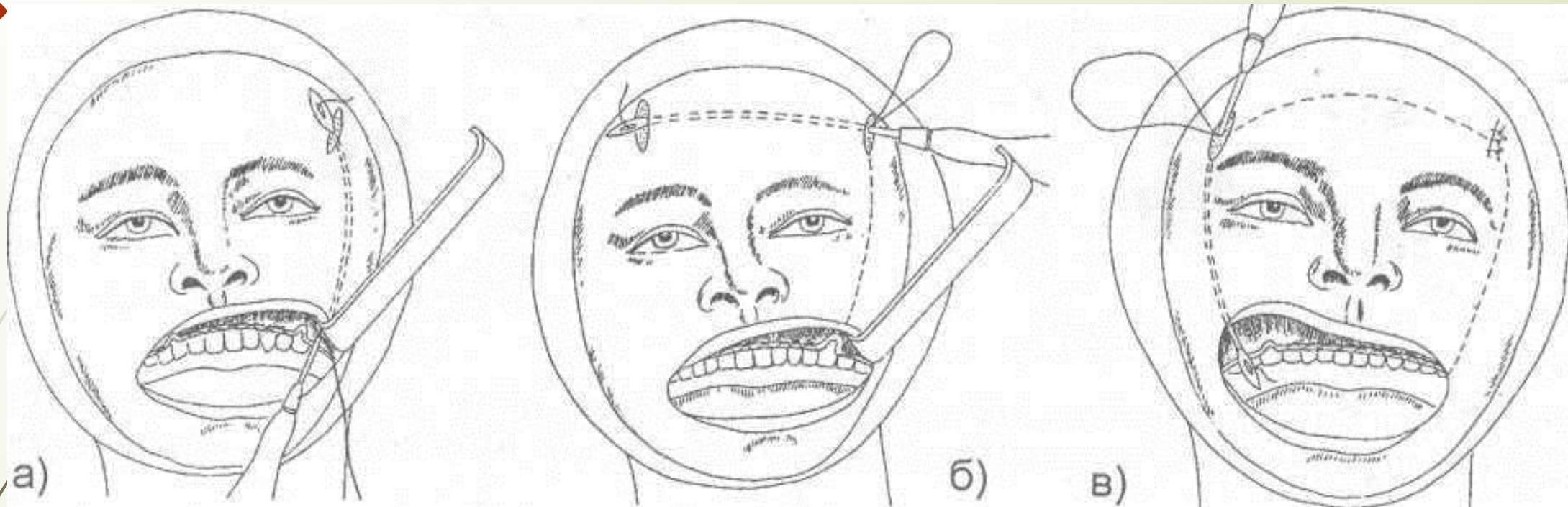




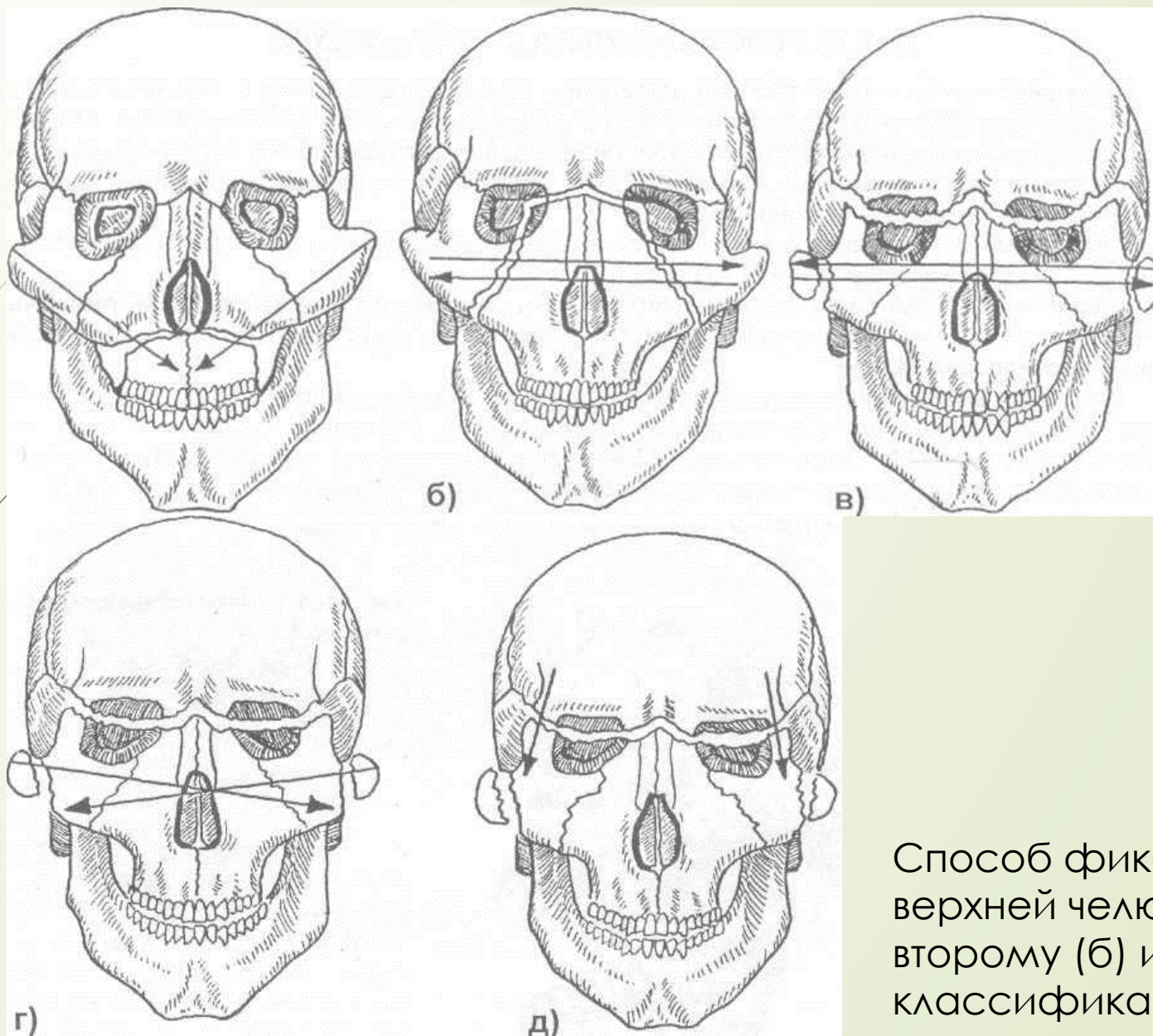
В) Способ фиксации костных отломков по Фальтину - Адамсу при первом типе перелома верхней челюсти по классификации Le Fort (а, б), втором типе (в) и третьем типе (г).

? Хирургический способ лечения повреждений верхней челюсти. R.E. Shands (1956) применил для укрепления оторванной верхней челюсти "трансмаксиллярный стержень", который проводил через обе верхнечелюстные кости в поперечном направлении и через кожу щек с последующим укреплением этого стержня к головной шапочке или дуге, если имеются повреждения кожных покровов черепа.






Способ фиксации переломов верхней челюсти по В.И. Мелкому (а, б, в).



Способ фиксации костных отломков верхней челюсти по первому (а), второму (б) и третьему (в, г, д) типам по классификации Le Fort.



? Наиболее распространенными хирургическими способами укрепления отломков верхней челюсти являются различные варианты костных швов, связывающих подвижные и неподвижные кости лицевого скелета (остеосинтез проволочным швом) или фиксация отломков титановыми минипластинками.

