

ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ

Супаева Марха
Фатахова Хадижа

- **Скуловая кость (os zygomaticum)** - парная кость. В ней различают: щёчную, глазничную и височную поверхность. На щёчной поверхности располагается скулолицевое отверстие, через которое выходит скулолицевой нерв. Глазничная поверхность принимает участие в образовании дна и латеральной стенки глазницы. На ней находится скулоглазничное отверстие, в которое входит скуловой нерв. Височная поверхность обращена к подвисочной ямке. На ней расположено скуловисочное отверстие, из которого выходит скуловисочный нерв.
- Переломы скуловой кости и дуги составляют от 6 до 20 % от общего числа больных с повреждениями костей лица. Причинами переломов этой локализации могут быть: удар по лицу, падение, транспортная, производственная или спортивная травма.



КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ

- - 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).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ

Щель перелома может проходить в типичных местах: от скуловерхнечелюстного шва (нижнеглазничного края) к скулоальвеолярному гребню, через лобно-скуловой (наружный край глазницы) и скуловисочный швы. Щель чаще располагается не строго по костным швам, а по соседним костям, распространяясь на верхнюю челюсть и большое крыло клиновидной кости, т.е. на нижнюю и наружную стенки орбиты. При этом почти всегда происходит нарушение целостности костных стенок глазницы.

Переломы скуловой кости и дуги иногда называют «перелом скулового комплекса» или «скуло-верхнечелюстной перелом».

При переломе скуловой кости костный отломок чаще смещается вниз, внутрь и назад, реже - вверх, внутрь и назад. Возможен поворот фрагмента по оси. При линейных и оскольчатых переломах смещение вниз происходит при условии нарушения (утраты) связи скуловой кости с рядом расположенными костями, в том числе и с лобной в зоне лобно-скулового шва.

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.

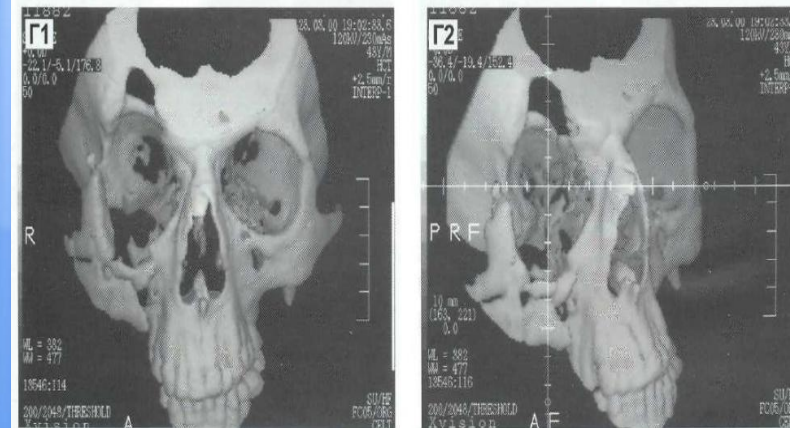
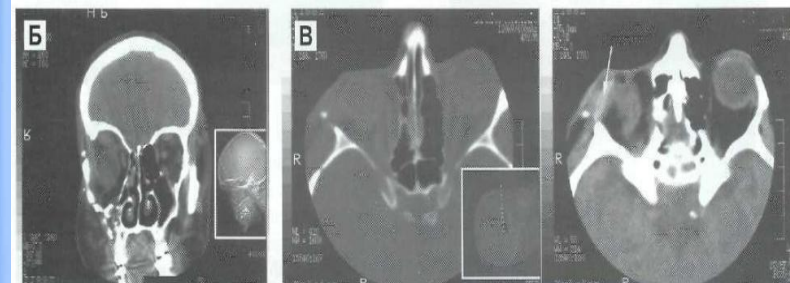
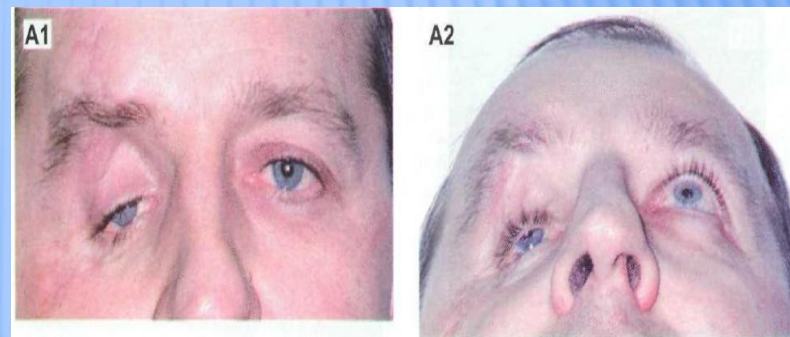
Болевая чувствительность кожи подглазничной области, нижнего века, крыла и кожной части перегородки носа, иногда скуловой и височной области снижена, реже отсутствует.

- Иногда определяется кровоизлияние в слизистую оболочку верхней переходной складки соответственно 2-му малому, 1-2-му большим коренным зубам. Пальпируется костная ступенька в области скулоальвеолярного гребня. При перкуссии малых коренных зубов на стороне повреждения определяется более тупой звук. На рентгенограмме (носоподбородочная укладка) определяется снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи на стороне перелома, нарушение непрерывности нижнего и наружного краёв глазницы, целостности височного отростка скуловой кости и скулоальвеолярного гребня



ОСЛОЖНЕНИЯ

- В случае позднего обращения больного к врачу могут возникнуть осложнения: стойкая деформация лица, контрактура нижней челюсти, хронический верхнечелюстной синусит, остеомиелит верхней челюсти и скуловой кости. Контрактура нижней челюсти возникает из-за смещения фрагмента скуловой кости внутрь и назад, ущемления венечного отростка сместившимися отломками скуловой дуги, развития грубых рубцовых изменений мягких тканей в зоне венечного отростка нижней челюсти. Хронический травматический верхнечелюстной синусит, травматический остеомиелит скуловой кости возникают при внедрении костных отломков стенок пазухи в её просвет, когда в процессе лечения не проводится ПХО раны.



ПЕРЕЛОМ 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.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ ДУГИ

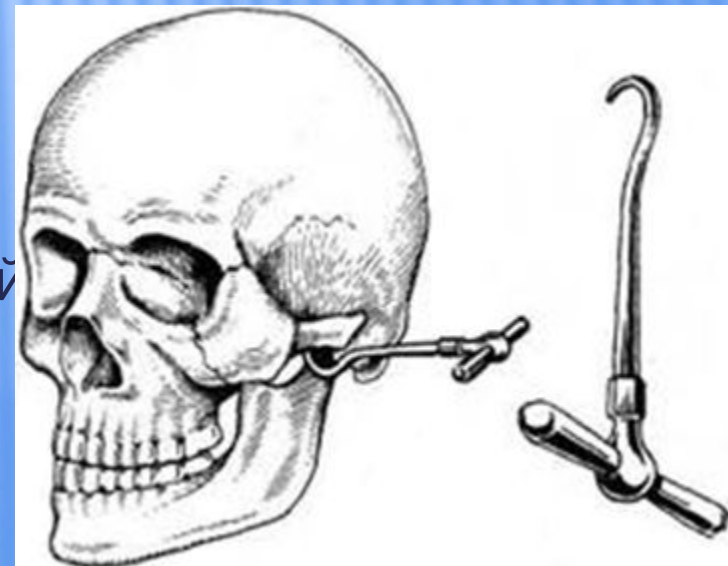
Больные жалуются на деформацию в боковом отделе лица, ограниченное и болезненное открывание рта, затруднение или невозможность при пережёвывании пищи. Последнее связано не столько со смещением отломка скуловой дуги внутрь и давлением его на венечный отросток, сколько с травмой височной и собственно жевательной 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.

- На рентгенограмме в аксиальной проекции определяется деформация скуловой дуги, возможно нарушение её непрерывности.
- **Перелом скуловой дуги может сочетаться с переломом скуловой кости. При этом образующийся угол смещения костных отломков чаще направлен в**



ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ СКУЛОВОЙ КОСТИ И ДУГИ

- При свежих переломах скуловой кости и дуги (до 10 дней с момента травмы) без смещения отломков возможно консервативное лечение: покой, холод на область перелома в первые 2 дня после травмы. Рекомендуется исключить давление на скуловую область, ограничить открывание рта в течение 10-12 дней. При застарелых переломах (свыше 10 сут) со смещением лечение только оперативное.
- Показания к репозиции отломков при переломе скуловой кости и дуги: ограничение открывания рта, нарушение боковых движений нижней челюсти, деформация лица, потеря болевой чувствительности в зоне иннервации подглазничного и скулового нервов, диплопия.



МЕТОД ЛИМБЕРГА



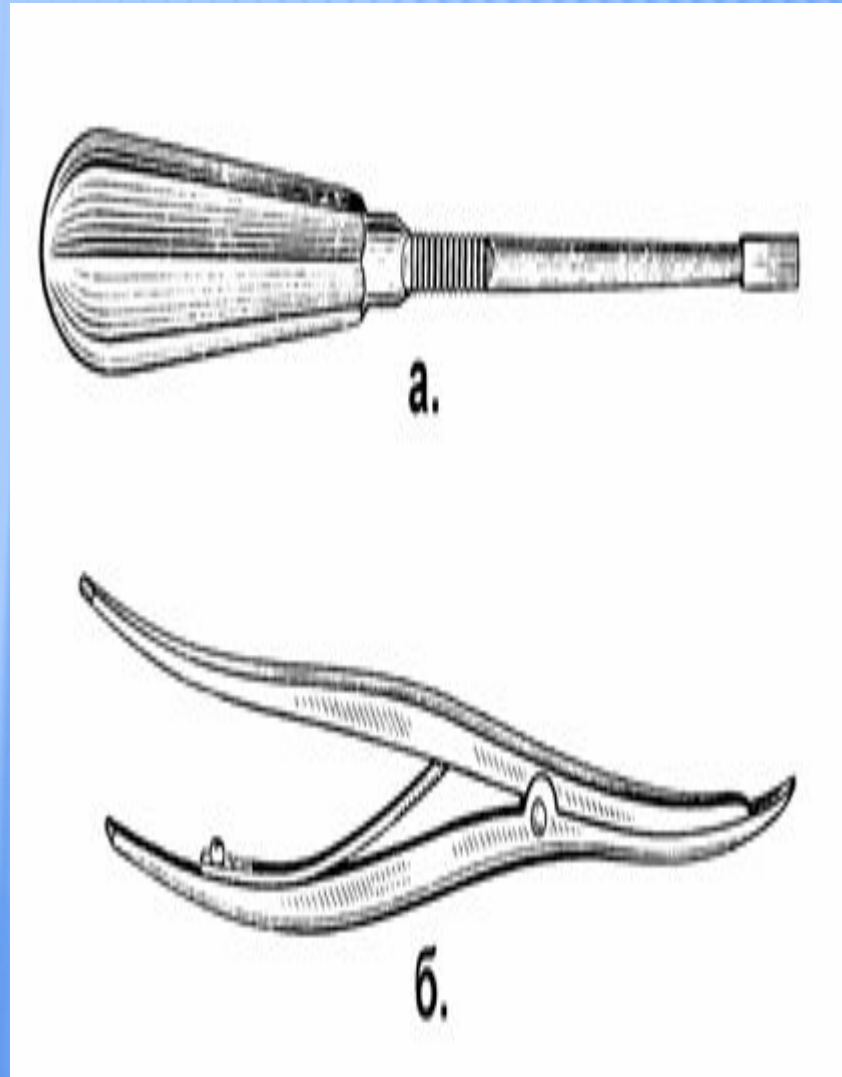
Наиболее распространен. Используется при переломе скуловой кости, когда стенка пазухи повреждена незначительно. Для вправления используется однозубый крючок. Больного укладывают горизонтально на спину. Голова пациента повернута в здоровую сторону. Однозубый крючок вводят через кожу под сместившуюся скуловую кость сначала горизонтально, затем крючок поворачивают на 90° , перемещая его острие на внутреннюю поверхность скуловой кости. Отломок вправляют движением, противоположным направлению его смещения, до щелчка.

Метод Кина

Показан при отрыве скуловой кости от верхней челюсти, лобной и височной костей. Производят разрез слизистой оболочки по переходной складке верхней челюсти за скулоальвеолярным гребнем. Через рану вводят специальный элеватор под сместившуюся кость. Движением вверх и наружу перемещают её в правильное положение. И.С. Карапетян предложил элеватор для вправления скуловой кости по этому методу.

Метод Вилайджа

Является модификацией предыдущего метода. Применяется для вправления скуловой кости и дуги. Разрез проводят по переходной складке в области первого и второго моляров. Лопатку Буяльского, элеватор Карапетяна или ретрактор Мамонова и соавторов проводят под скуловую кость или скуловую дугу и репонируют их.



Метод Дубова



Показан при переломе скуловой кости, сочетающемся с повреждением стенок верхнечелюстной пазухи. Разрез проводят по верхнему своду преддверия рта от центрального резца до второго моляра. Отслаивают слизисто-надкостничный лоскут, обнажают переднебоковую стенку верхней челюсти и верхнечелюстную пазуху. Вправляют отломки кости, в том числе и дна глазницы. Накладывают искусственное соустье с нижним носовым ходом. Пазуху плотно заполняют марлевым тампоном с йодоформом, конец которого выводят через нос. Рану в преддверии рта зашивают наглухо. Тампон удаляют через 2 нед.

Метод Казаньяна-Конверса

- Аналогичен методу Дубова, но для удержания отломков в правильном положении для тампонады пазухи вместо марлевого тампона используют мягкую резиновую трубку.

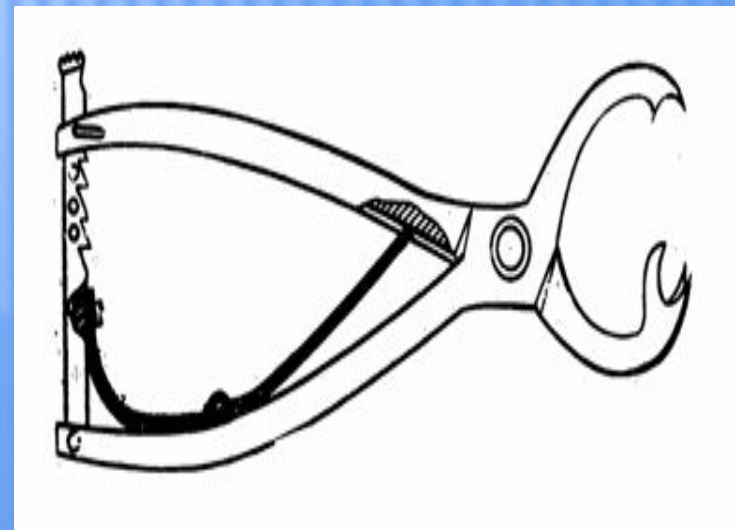
Метод Джиллиса, Килнера, Стона

- При переломе скуловой кости разрез длиной 2 см делают в височной области, отступя кзади от границ волосяного покрова. В рану вводят широкий элеватор (Джиллиса) или специально изогнутые щипцы и продвигают их под смещённую скуловую кость. Опираясь на тугий марлевый тампон, инструментом как рычагом репонируют отломки.



Метод Дюшанжа

- Автор вправлял скуловую кость специальными оригинальными щипцами, которые имеют щёчки с острыми зубцами. Через кожу этими щипцами захватывают скуловую кость и репонируют её. Вместо щипцов Дюшанжа можно использовать «пуховые щипцы» или щипцы



Метод Маланчука-Хадаровича

- Используется для репозиции отломков при свежих и застарелых переломах скуловой кости. Однозубый крючок подводят под скуловую кость (или дугу) и вместе с отломком смещают наружу при помощи рычага, опирающегося на кости черепа.

ОСТЕОСИНТЕЗ ПРОВОЛОЧНЫМ ШВОМ ИЛИ ПОЛИАМИДНОЙ НИТЬЮ

- Проводят в области скулолобного и скуловерхнечелюстного швов после обнажения щели перелома в указанных местах. Можно использовать для фиксации отломков скуловой кости на костные металлические мини-пластины с мини-шурупами.



Метод Казаньяна



Используется, если вправить отломки скуловой кости одновременно не удаётся или они не удерживаются самостоятельно в правильном положении. Производят разрез у нижнего века и обнажают скуловую кость в области подглазничного края. В кости формируют канал, через который проводят тонкую проволоку из нержавеющей стали. Выведенный наружу её конец изгибают в виде крючка или петли, с помощью которых проводят вытяжение (фиксацию) скуловой кости к стержню, смонтированному в гипсовую шапочку.

Метод Шинбарева

- Скуловую кость фиксируют однозубым крючком к головной гипсовой повязке. При одиночном переломе скуловой дуги крючок вводят строго по её нижнему краю в месте западения костных отломков. В остальном техника вправления не отличается от вправления скуловой кости. На кожу накладывают шов. Больному рекомендуют соблюдать щадящую диету. Необходимо избегать давления на репонированные отломки.

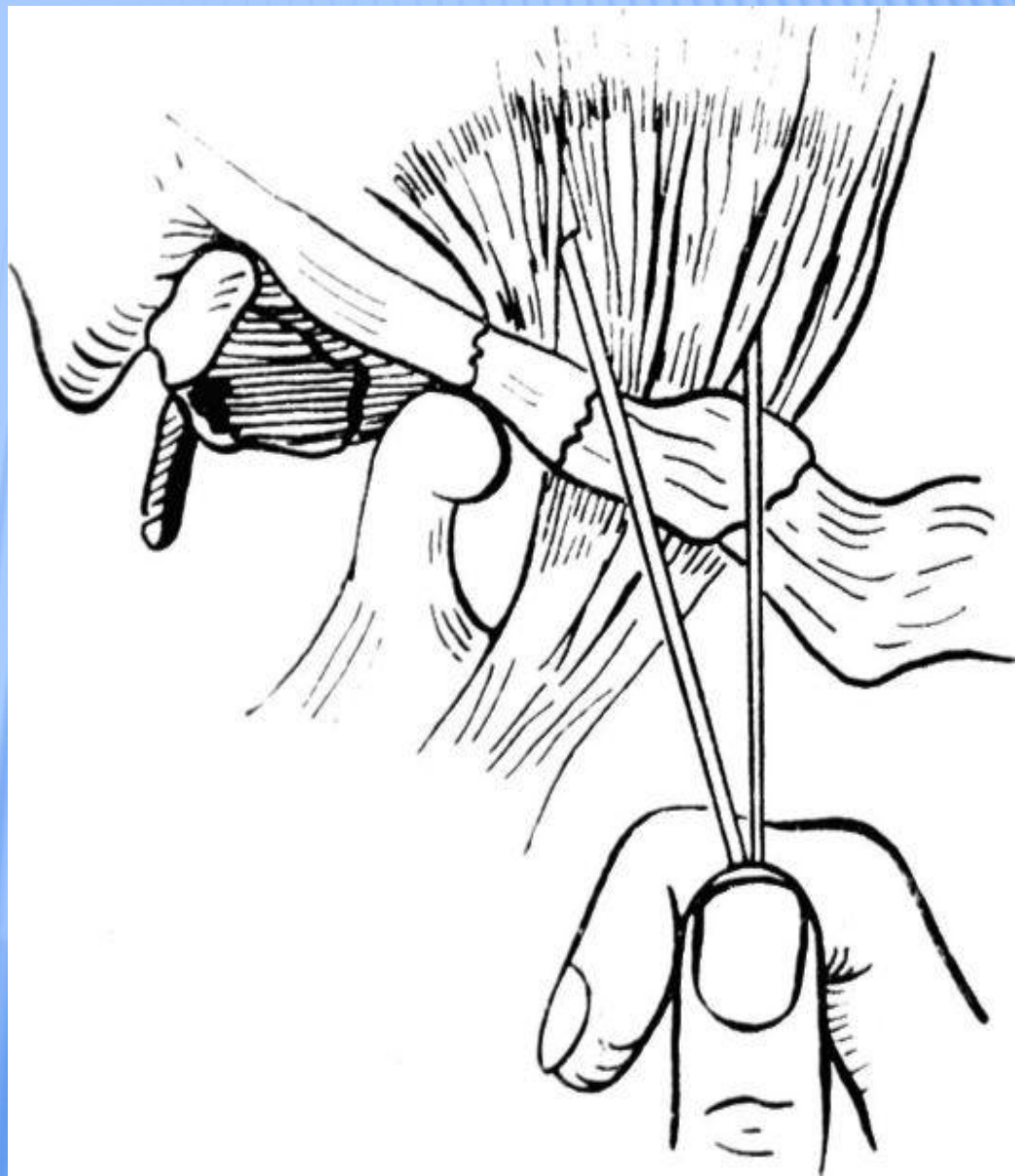
МЕТОД БРАГИНА

Иногда при переломе скуловой дуги со значительным смещением с помощью однозубого крючка не удаётся сопоставить отломки в правильное положение, так как активно перемещается только один фрагмент сломанной дуги. В этом случае используется двузубый крючок с отверстиями на нём. Через эти отверстия можно провести лигатуры под отломки и фиксировать их к



МЕТОД МАТАСА-БЕРИНИ

- С помощью большой изогнутой иглы тонкую проволоку проводят через толщу сухожилия височной мышцы над скуловой дугой. Образованную проволочную петлю подтягивают кнаружи и репонируют отломки скуловой дуги.



- Наложение проволочного шва на отломки скуловой дуги Показано тогда, когда другие методы оказываются неэффективны. Производят разрез по нижнему краю скуловой дуги длиной 2 см. Скелетируют её повреждённые участки. На концах отломков проделывают по одному отверстию небольшим бором. С помощью полиамидной нити отломки соединяют и придают им правильное положение. Концы нити завязывают, рану ушивают наглухо.
При многооскольчатом переломе скуловой дуги отломки можно закрепить с помощью пластинки из быстротвердеющей пластмассы шириной 1,5 см и длиной, соответствующей таковой скуловой дуги больного. После вправления отломков с помощью изогнутой иглы снаружи проводят полиамидную нить под каждый фрагмент, концы которой завязывают над пластинкой. Между ней и кожей подкладывают йодоформную турунду для профилактики пролежней. На 8-10-й день пластинку можно удалить.
В случае отсутствия функциональных нарушений и давности перелома скуловой кости свыше 1 года для устранения эстетического дефекта целесообразно проведение контурной пластики лица.
При нарушении функции нижней челюсти и давности травмы свыше 1 года показана резекция венечного отростка или остеотомия скуловой кости.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ**