

Переломы верхней челюсти



Повреждения челюстно-лицевой области

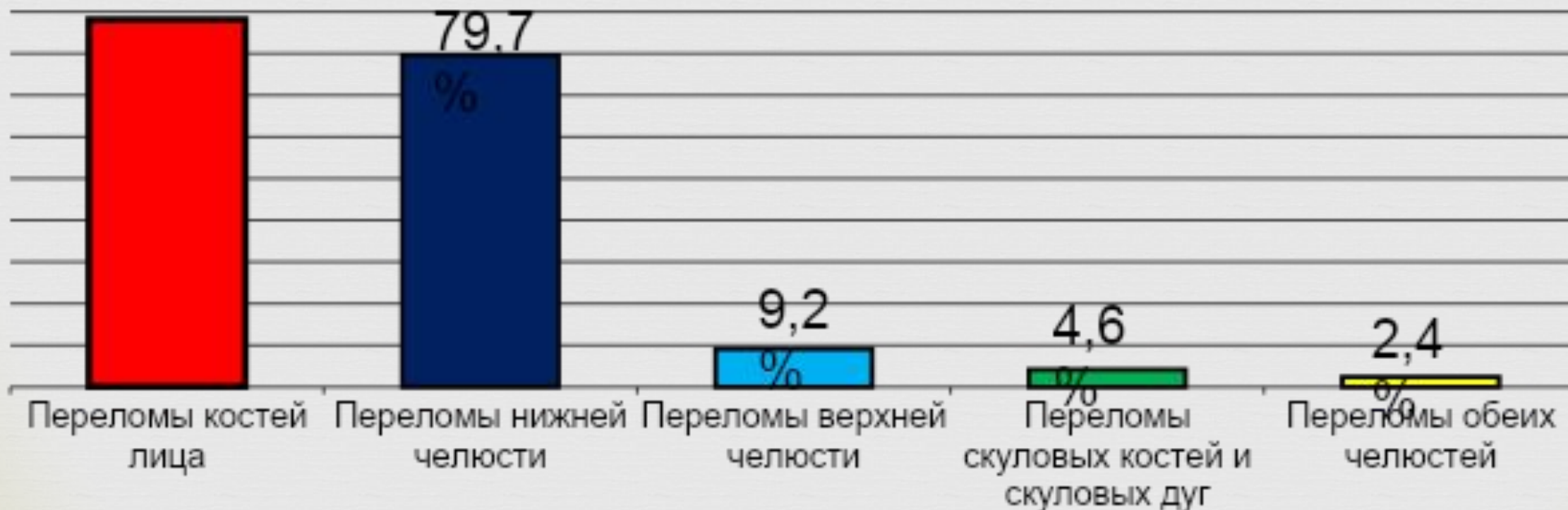
- *Являются серьезной медико-социальной проблемой. Это обусловлено как функциональной, так и эстетической значимостью множества взаимосвязанных жизненно важных органов и структур, расположенных в этой области.*

Переломы верхней челюсти у детей

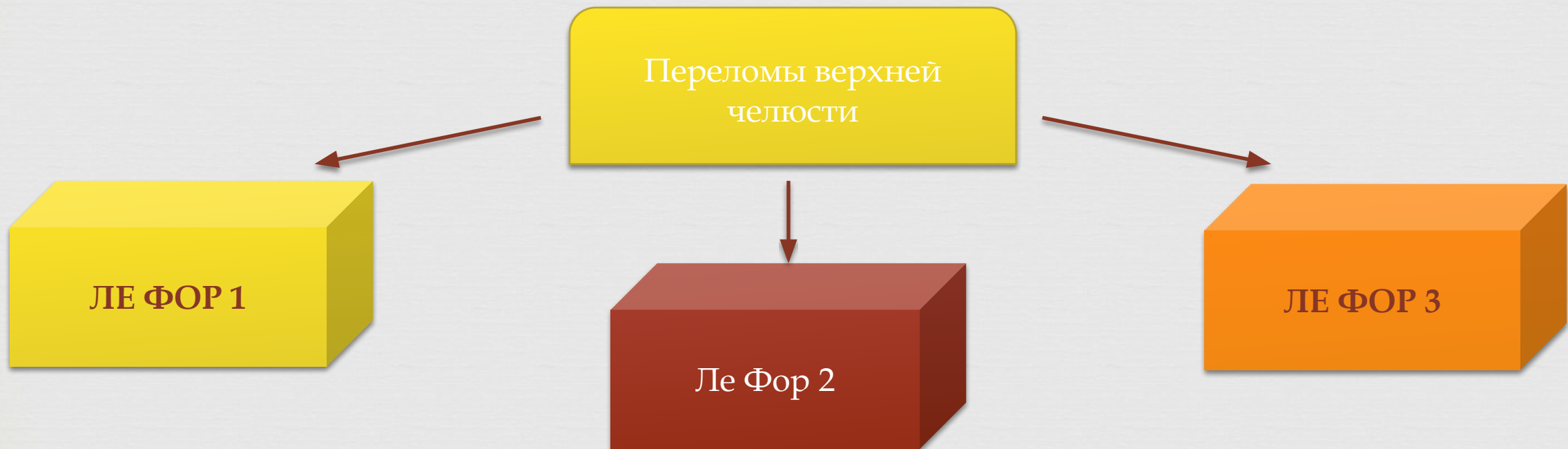
- Переломы верхней челюсти (*fracturae os maxillae*) у детей бывают редко и обычно являются следствием тяжелых травм. Классифицируются они по Ле Форю и предусматривают рубрикации не только переломов верхней челюсти, но и скуловой кости, дуги, носа, то есть среднем зоны лица.

Общая статистика

- В мирное время частота повреждений лица составляет 0.3 случая на 1000 человек,



Классификация переломов верхней челюсти



Ле Фор



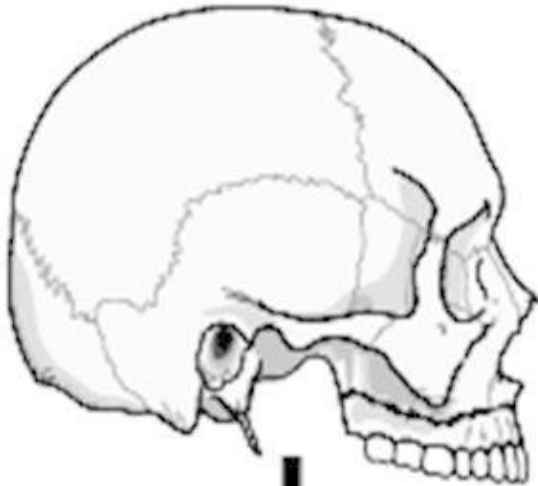
I



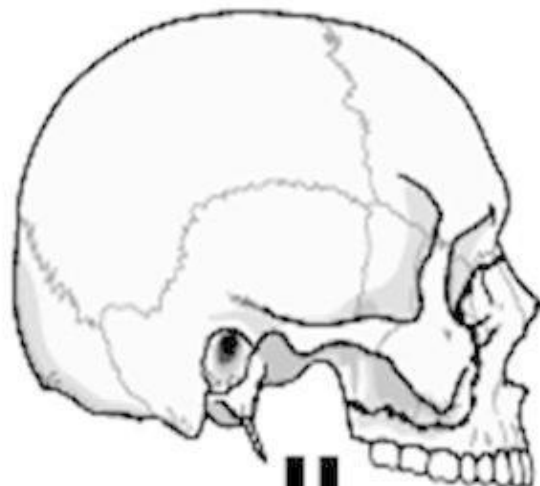
II



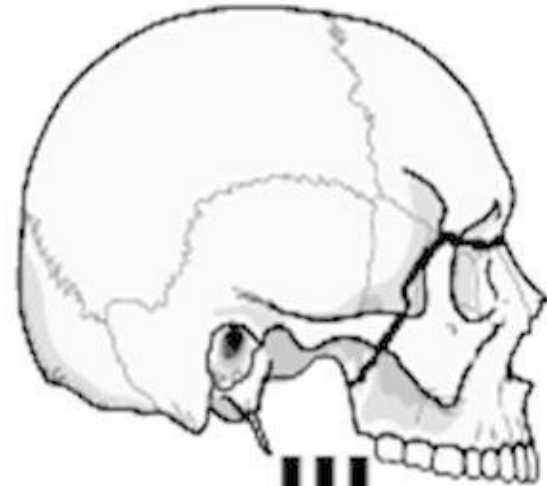
III



I



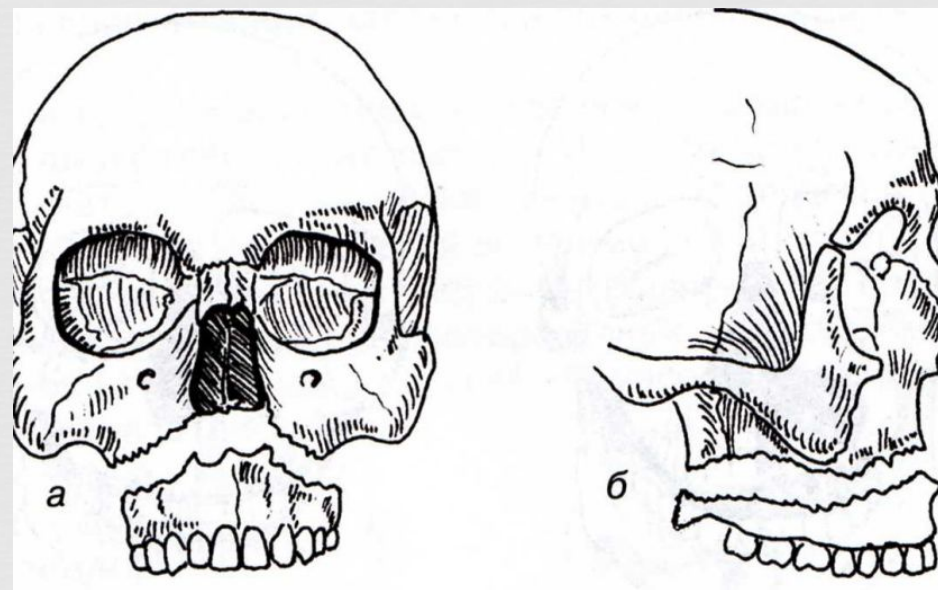
II



III

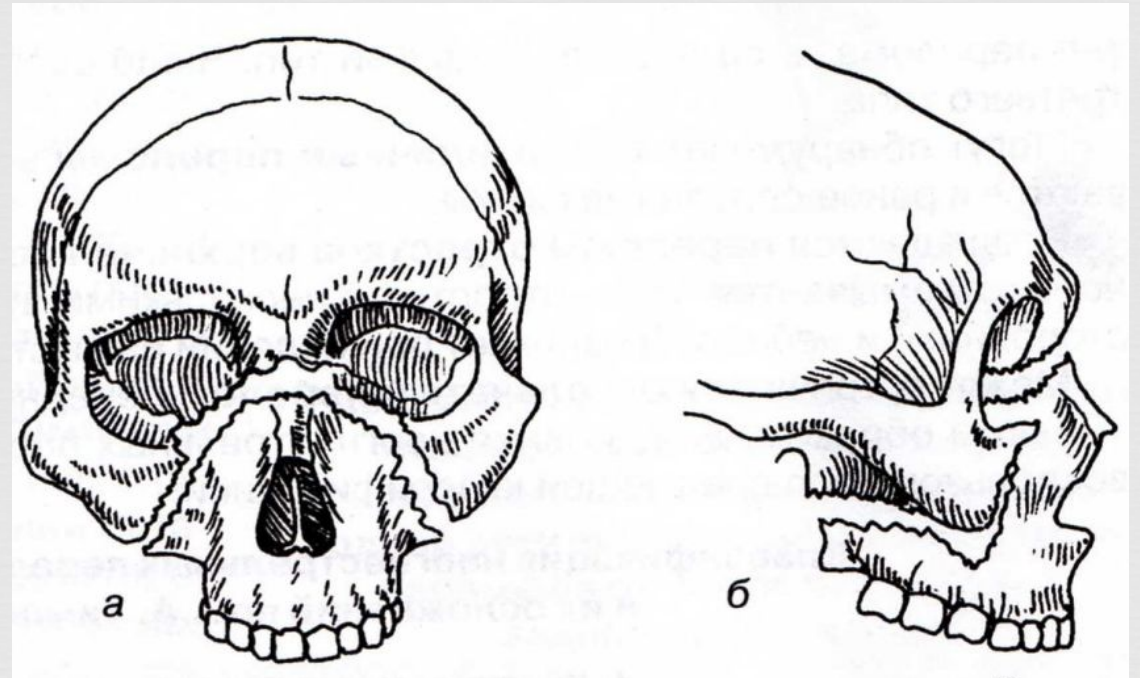
Ле Фор 3 (Субназальный)

- При первом типе (Лефор III) линия перелома проходит горизонтально на границе альвеолярного отростка и тела челюсти от грушевидной вырезки по направлению к челюстному бугру.



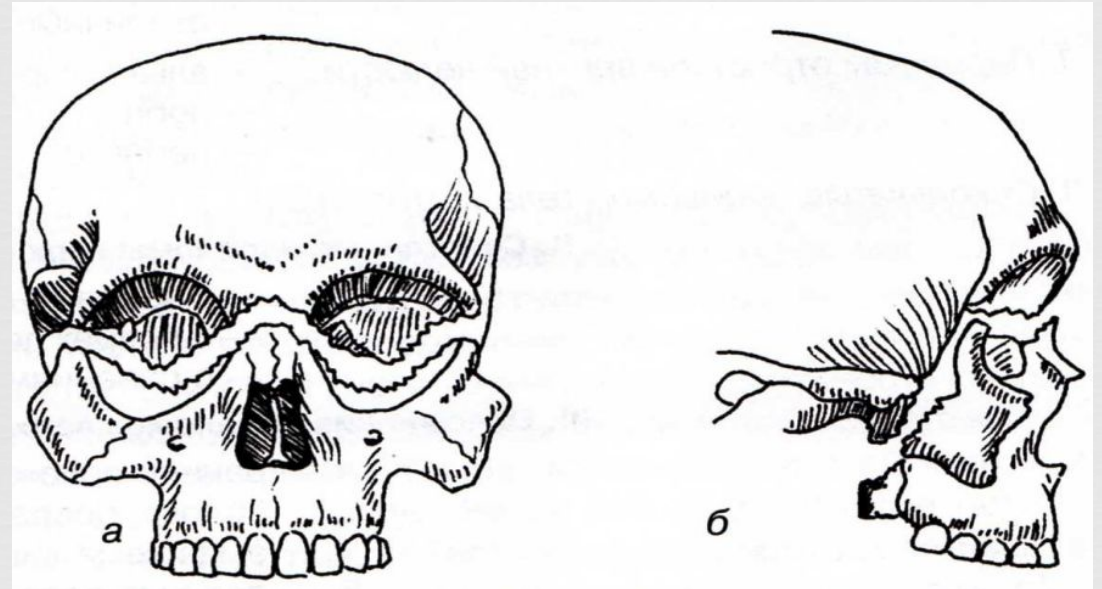
Ле Фор 2 (Суборбитальный)

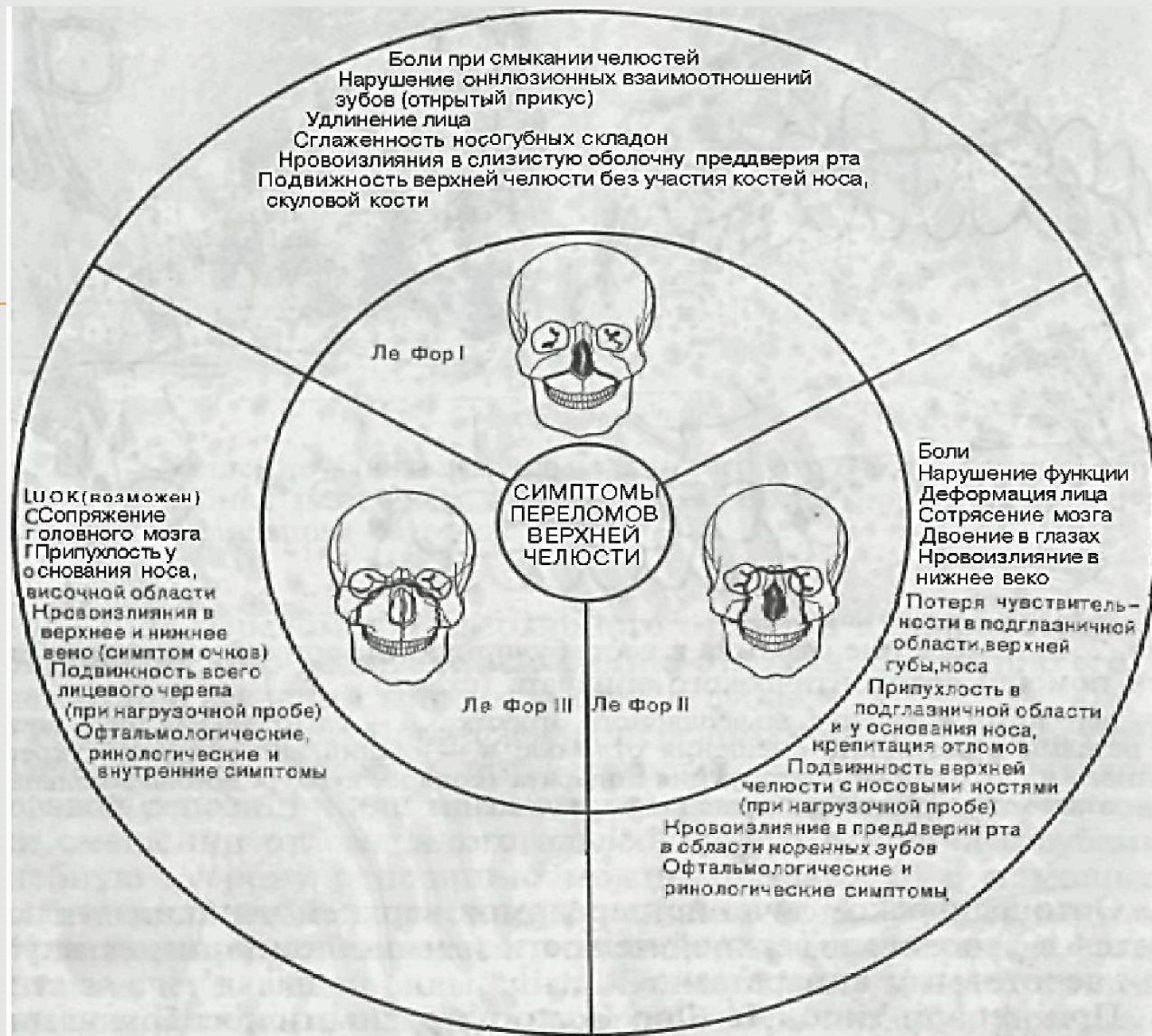
- При втором типе (Лефор II) линия перелома проходит поперечно в области переносья по внутренней стенке глазницы и отчасти по дну орбиты, пройдя через подглазничный край, спускается вниз почти вертикально по челюстно-скуловому шву и далее, на альвеолярный отросток кзади до крыловидного отростка основной кости.



Ле Фор 1 (Суббазальный)

- При третьем типе (Лефор I) линия перелома вначале совпадает с линией перелома второго типа, т. е. начинается с переносья, переходит на внутреннюю стенку глазницы, затем проходит по дну глазницы до нижнеглазничной щели, далее идет по лобноскуловому шву, проходит через скуловую дугу, отсюда на челюстной бугор и крыловидные отростки клиновидной кости.





Виды переломов верхней челюсти и их клинические

Этиология переломов челюстей

- В большинстве случаев такие повреждения возникают в результате
- При ударах и ушибах, полученные при падении, сдавлении (производственная травма), драках и др.,
- При дорожно-транспортных происшествиях,
- Сельскохозяйственная травма.
- Редко наблюдаются огнестрельные переломы челюстей

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

I. ИЗОЛИРОВАННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

1. Переломы тела верхней челюсти:

- ✓ односторонние (сагиттальные),
- ✓ типичные (по классификации ЛеФор,),
- ✓ комбинированные,
- ✓ атипичные;

2. Переломы отростков верхней челюсти:

- ✓ альвеолярного,
- ✓ лобного,
- ✓ небного.

3. Оскольчатые переломы

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

Переломы нижней челюсти



- Травмы верхней челюсти часто сопровождаются дефектом костной ткани, нёба, носа. Вызвано это как силой удара, так и анатомическим строением среднего отдела лица (наличие воздухоносных пазух, носовых полостей, плотное соединение слизистой оболочки пазух с костями). Кроме того, близость мозгового черепа (верхняя челюсть тесно связана с костями черепа) способствует при травме 349 раздел 9 Травматические повреждения тканей челюстн-лицевой области челюсти возникновению явлений сотрясения или ушиба головного мозга, а также переломов или трещин решетчатых костей, турецкого седла, больших и малых крыльев клиновидной, височной костей и костей глазницы

Жалобы



- Детей на боль в травмированном участке челюсти, отек тканей верхней губы или окружающих глазницу, кровотечение изо рта, носа, ушей, отломанные зубы или их отсутствие в лунке, невозможность плотно сомкнуть зубы, отказ от еды, головную боль, тошноту, рвоту

Клиника



При травме верхней челюсти, сочетающейся с закрытой черепно-мозговой травмой, на первый план выходят нарушения общего состояния больного. Дети адинамичные, бледные, в анамнезе может быть головокружение или потеря сознания. Такого больного обязательно нужно проконсультировать и одновременно лечить у нейрохирурга или невропатолога, особенно это касается детей младшего возраста, когда диагноз "сотрясение" или "ушиб" головного мозга поставить трудно.

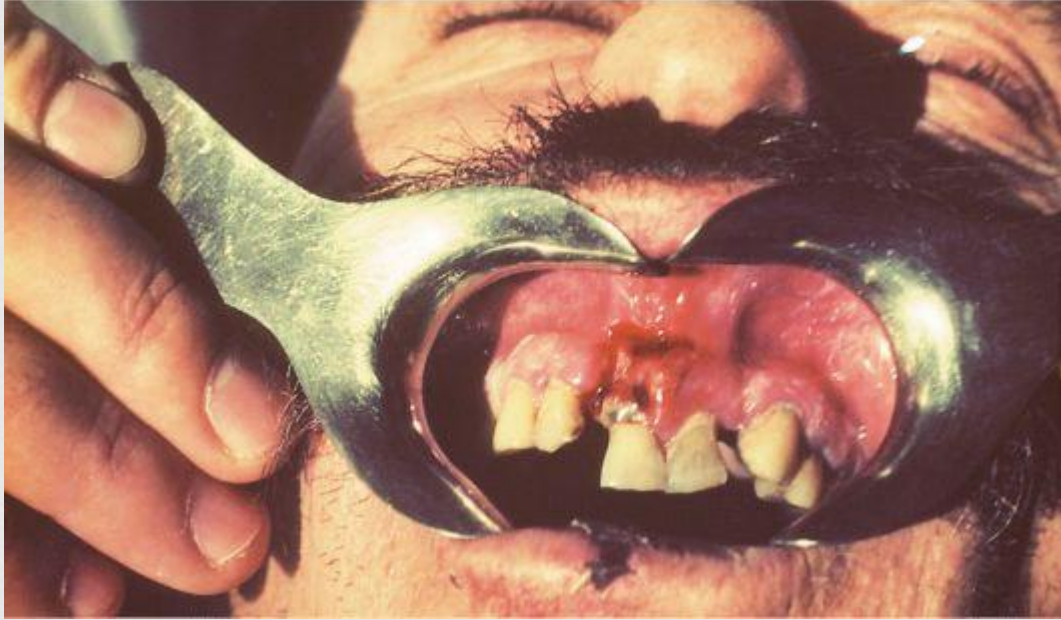
Клиника



- Местные проявления перелома верхней челюсти такие: мягкие ткани верхней губы, подглазничных участков, носа отечные, возможно нарушение их целостности; кровотечение из носа, рта, симптом очков. Последний возникает при кровоизлиянии в клетчатку век сразу после перелома верхней челюсти, скуловой кости или глазницы и обычно разлитой. При изолированных переломах основания черепа симптом очков появляется лишь через 24-48 ч и не выходит за пределы круговой мышцы глаза. Если перелом низкий, возникает симптом Герена — боль по ходу линии перелома при надавливании руками на крючки крыловидных отростков клиновидной кости. В ротовой полости определяется разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка или гематома в месте удара; зубы отломаны или вколочены в кость верхней челюсти; возможна патологическая подвижность отломков, дефект костной ткани верхней челюсти, сообщение полости рта с верхнечелюстной пазухой

СИМПТОМ ОЧКОВ





Клиника



- Для выявления переломов верхней челюсти проводят рентгенологическое исследование челюсти и черепа в разных проекциях, что обусловлено сложностью определения линии перелома, строением верхней челюсти и т. п. Так, при переломе альвеолярного отростка выполняют внутриротовые снимки, переломах скуловой кости — обзорную рентгенограмму в подбородочной проекции, аксиальную и полуаксиальную; для определения нарушения целостности стенок верхнечелюстной пазухи — рентгенограмму околоносовых пазух. Широко применяют ортопантомографию и компьютерную томографию, МРТ, спиральную компьютерную томографию с мультипланарной реконструкцией.

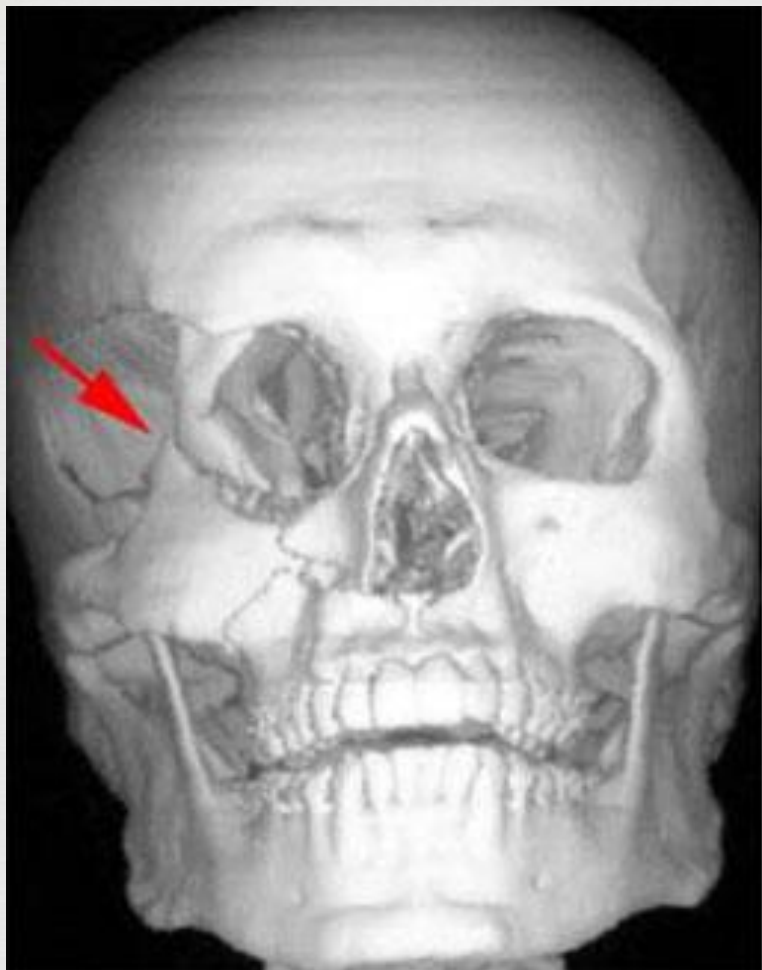
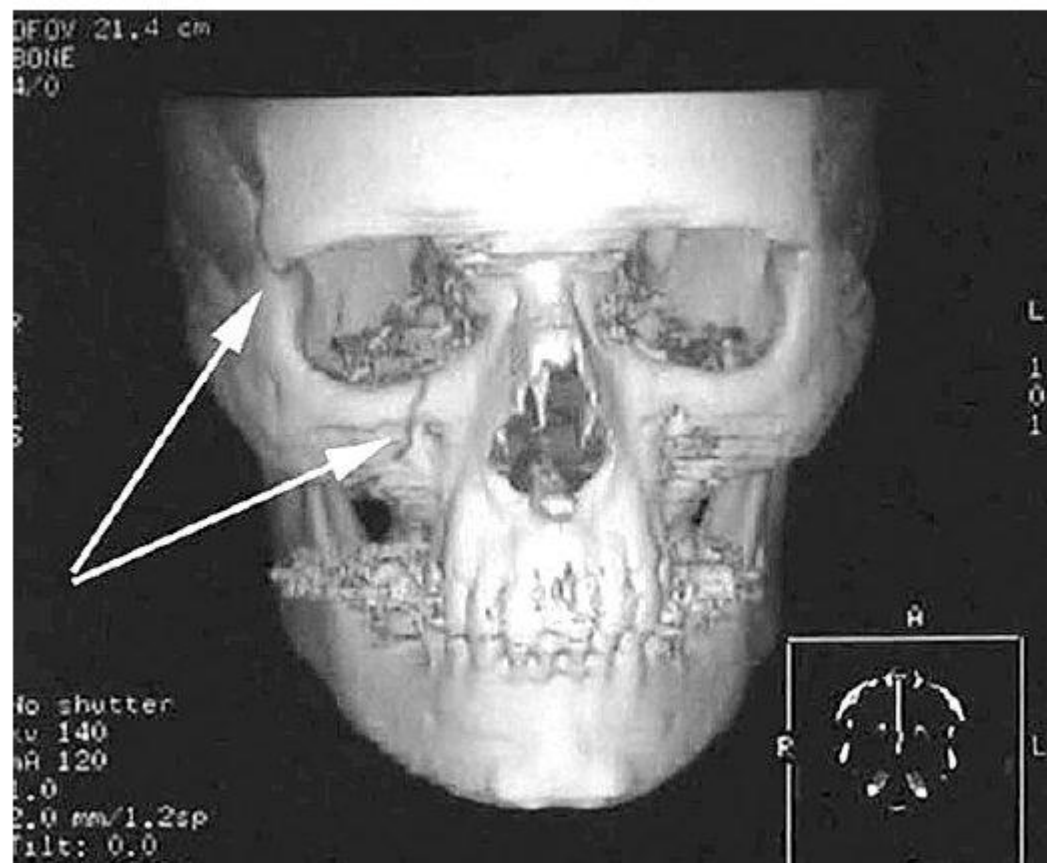


Рис. 7. Перелом правой скуловой кости без смещения (линии переломов указаны стрелками). 3D-КТ – прямая проекция.



Диагноз

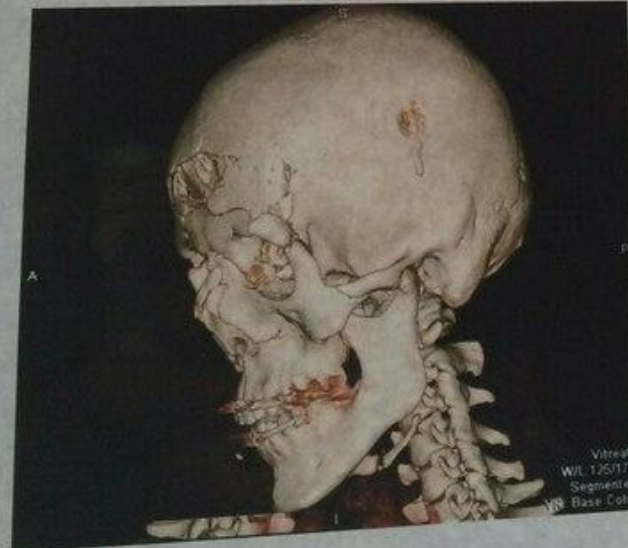
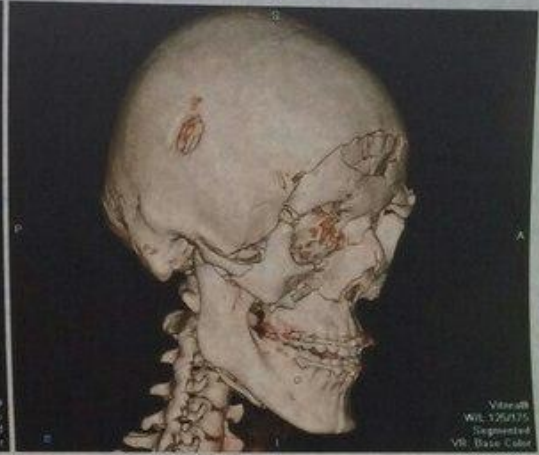
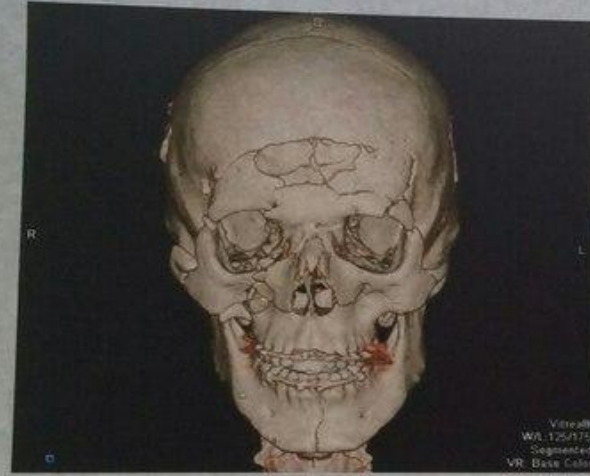


- Диагноз ставят, основываясь на жалобах, анамнезе, данных объективного и рентгенологического исследования верхней челюсти и черепа

SUNKAR, Almaty

Patient ID: 9145
Patient Name: ABILOV M.
Date of Birth: 22 Sep 1994
Gender: M

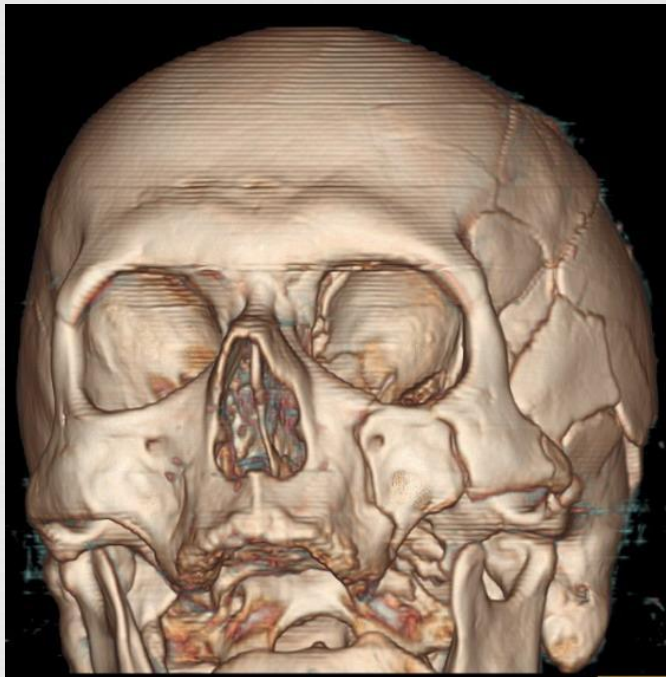
Referring Physician:
Exam Type:
Scan Date: 22 Jul 2015
Report Date: 22 Jul 2015-11:45AM



Enter the general comments here.

Дифференциальную диагностику

- Дифференциальную диагностику следует проводить с ушибом верхней челюсти, травмами мягких тканей лица, переломами костей носа и основания черепа.



Лечение



- детей с переломами верхней челюсти и травмой головного мозга проводится совместно с невропатологом или нейрохирургом. При сотрясении головного мозга назначают строгий постельный режим (особенно в первые 4 сут), снотворные (при необходимости). Если имеется подозрение на закрытую черепно-мозговую травму, вводят 25 % раствор сернокислой магнезии внутримышечно или внутривенно, 10 % раствор хлорида кальция, 40 % раствор глюкозы внутривенно, 2,5 % раствор пипольфена, лазикс внутримышечно. Для предотвращения развития воспалительных процессов мягких тканей и костей проводят анти-бактериальную, дезинтоксикационную и витаминотерапию. Назначают полноценную пищу, обогащенную витаминами, белками и механически обработанную (протертую или полужидкую).

Лечение



- Местное лечение переломов верхней челюсти заключается в эффективной иммобилизации отломков, первичной хирургической обработке ран мягких тканей и костей, которую проводят под общим обезболиванием после осмотра ребенка педиатром, анестезиологом и невропатологом. Первичная хирургическая обработка включает ревизию ран (при необходимости — верхнечелюстной пазухи), удаление мелких отломков, остановку кровотечения, репозицию отломков челюсти и их фиксацию, ушивание мягких тканей и слизистой оболочки.

Лечение



- Основным принципом иммобилизации отломков верхней челюсти независимо от вида перелома (нижний, средний, верхний) является фиксация их к неподвижным костям черепа и скуло-глазничного комплекса, расположенным выше линии перелома. Фиксировать отломки верхней челюсти к нижней не имеет смысла: во-первых, последняя подвижна, что будет создавать условия для микроэкскурсий между отломками и тягу их книзу; во-вторых, не выполняется главное правило наложения шин при переломах костей — иммобилизирующее устройство должно находиться с обеих сторон от линии перелома; в-третьих, закрывается рот, что нарушает гигиену ротовой полости и функцию височно-нижнечелюстного сустава, а это способствует развитию воспалительных процессов слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта, артритов височно-нижнечелюстного сустава.

Лечение



- Лишь при сочетании травм верхней и нижней челюстей возникает потребность межчелюстного шинирования, тогда в зависимости от возраста ребенка используют разные виды назубных шин. Для фиксации отломков при нижних переломах верхней челюсти у детей используют ортодонтические аппараты — шины Ванкевич, Порта, индивидуальные пластинки, шины-каппы из термопластических материалов с внеротовой фиксацией — при отсутствии зубов.
- Отломки верхней челюсти при средних переломах фиксируют посредством остеосинтеза (костным швом, спицей Киршнера, мини-пластинками), а верхних — к верхнечелюстному или скуловому отростку лобной кости по Адамсу, Швыркову, применяя S-образные крючки

Лечение



- Последствиями переломов верхней челюсти могут быть: развитие воспалительных процессов мягких тканей и костей челюсти — абсцессы, флегмоны, остеомиелит, синуситы, менингит; нарушение прикуса, развитие деформаций, гайморит и задержка прорезывания зубов; медиастинит. Дети с травмами верхней челюсти подлежат диспансерному наблюдению и лечению у ортодонта, терапевта-стоматолога, челюстно-лицевого хирурга и других специалистов (по показаниям) не менее двух лет

