

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ  
С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК  
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.  
Д.АСФЕНДИЯРОВА

## Кафедра детского возраста

**Тема : Особенности клинического течения,  
диагностики, принципы лечения переломов  
верхней челюсти .**

Выполнил: Оразбайұлы М.

5 курс

005-2



# СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение
2. Жалобы
3. Клиника
4. Диагностика
5. Лечение
6. Список литературы

# Введение

**Частота травм у детей составляет  
10 на 1000 детского населения**

- У детей до 1 года травмы встречаются в 2% случаев,
- от 1 г до 2 – х лет 24%,
- от 3-х лет до 7 лет – 5%.

**Травмы мягких тканей составляют 98%,  
переломы лицевого скелета -1,5%, травмы зубов - 0,5%**

Из них: · бытовая травма составляет 78,9%,

- · уличная – 17,8%,
- · транспортная – 3,3%

**У детей старшего возраста травмы распределяются следующим образом (по данным Левенец, 1990):**

- · бытовая – 55,8%, · спортивная – 3,9%,
- · транспортная – 17,1%, · производственная - 0,6%,
- · уличная – 14,8%, · мягких тканей - 13,9%,
- · преднамеренная 7,8%, · переломы зубов – 3,5%.

**Перелом нижней челюсти составляет 50,7%,  
перелом верхней челюсти – 3,3%, костей носа – 6,5%.**

**Множественные травмы мягких тканей и костей лица – 20,4 %**

- **Количество детей, нуждающихся в госпитализации в результате травмы составляет 18%.**

## Типичные переломы верхней челюсти делятся по Лефору на три типа.

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

**При втором типе (Лефор II)** (средний, суборбитальный тип) 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.

**При третьем типе (Лефор III)** (верхний, суббазальный тип) 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.



Основные симптомы подобного перелома:

Деформация очертаний лица: отеки и припухлости мягких тканей губ, щек, носогубных складок и т.д.

Возможно кровотечение в области преддверия полости рта (между губами и зубами)

Основные симптомы перелома подобного типа:

Онемение кожи средней части лица (под глазами, на крыльях носа, на верхней губе)

Обильное слюноотделение

Снижение или полная потеря обоняния

Отечности и гематомы в мягких тканях под глазами (в области нижнего века или внутренних уголков глаз)

Кровотечение из носа

На рентгеновском снимке наблюдаются нарушения в структуре кости в области переносицы

Основные признаки данного типа перелома:

Существенные затруднения при открывании рта

Нарушение функций зрения

Заметные искажения формы лица

Появление очкообразных гематом вокруг глазниц

Аномальное расширение глазной щели и смещение глазных яблок вниз

Для любого типа перелома верхней челюсти характерны **общие симптомы:**

Сильная боль в области травмы, особенно при смыкании зубов

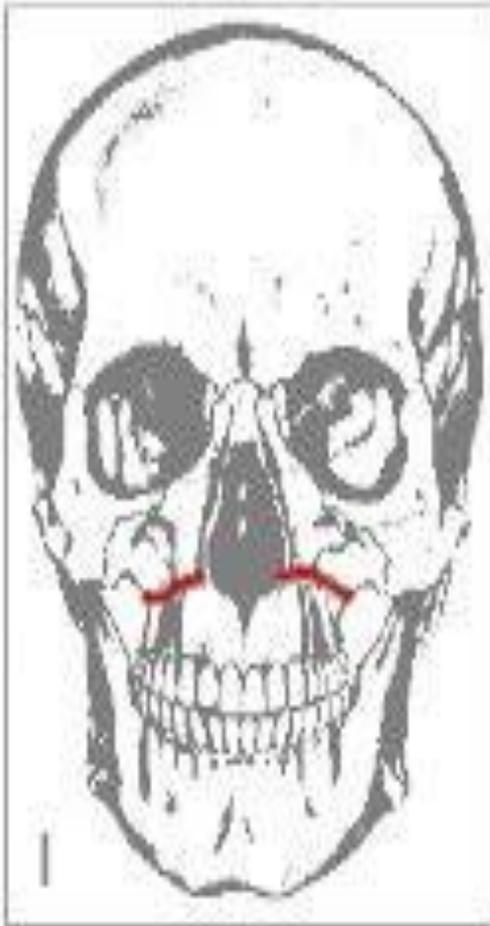
Подвижность отломка челюсти и сильные болевые ощущения при прощупывании области травмы

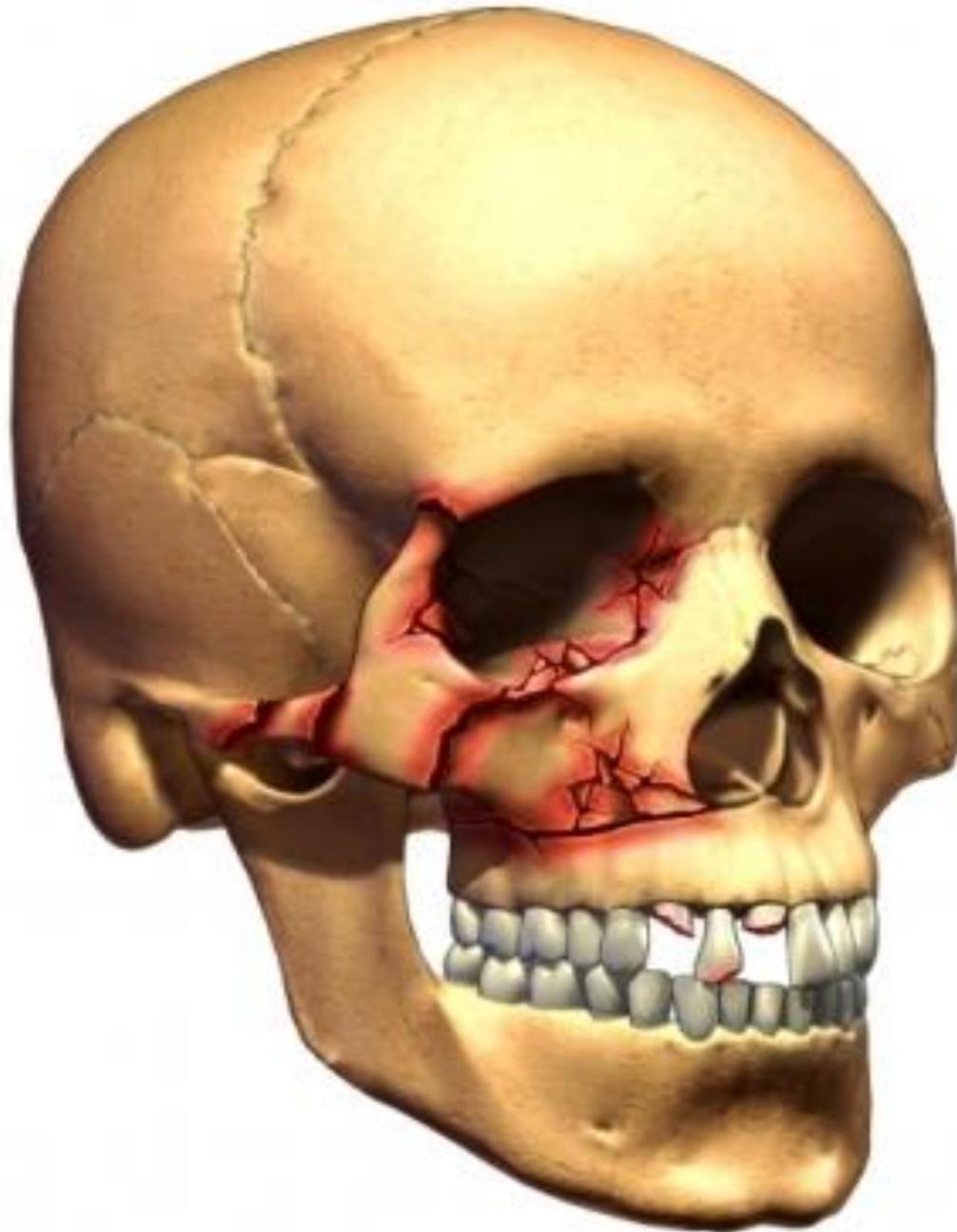
Кровоизлияния и гематомы в области глазниц

Нарушение ряда важнейших функций: дыхательной, речевой, жевательной

Нарушение прикуса

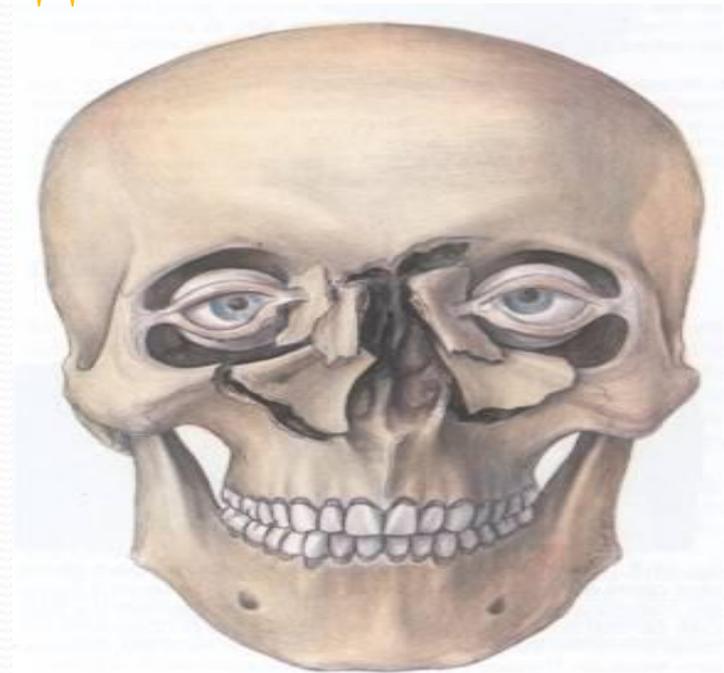
Общее недомогание и тошнота





# Сочетанная травма

это одновременное повреждение тканей или органов нескольких анатомических областей тела одним повреждающим фактором.



# Наиболее совершенной для практического пользования считается классификация разработанная А.П. Фраерманом и Ю.Е. Гельманом.

Авторы подразделяют сочетанные травмы на 4 группы:

- 1) Тяжелая черепно-мозговая травма (ушиб головного мозга тяжелой и средней степени тяжести. Перелом свода и основания черепа, внутричерепные гематомы) и тяжелые повреждения лицевого скелета (переломы верхней челюсти по Ле Фор 1-П и Ле Фор Ш, множественные переломы костей лицевого скелета).**
- 2) Тяжелая черепно-мозговая травма и нетяжелые повреждения лицевого скелета (переломы носовых, скуловых костей.) Односторонний перелом верхней и нижней челюсти).**
- 3) Нетяжелая черепно-мозговая травма и тяжелые повреждения лицевого скелета.**
- 4) Нетяжелая черепно-мозговая травма и нетяжелые повреждения лицевого скелета.**

# Клиника лобно-лицевых повреждений

Имеет ряд особенностей:

**Среди них можно отметить выраженный отек не только тканей лица, но и головы. Из-за отека иногда невозможно осмотреть глаза, что имеет значение для выяснения их травмы, а также с целью выявления поражения зрительного и глазодвигательного нервов. При такой травме возможно сдавление зрительного нерва в его канале, повреждение в области перекреста, а также образование гематом в ретробульбарной области.**





# Жалобы

На боль в челюсти; отек верхней губы или тканей, окружающих глазницы; кровотечение изо рта, носа, ушей; переломы и вывихи зубов; невозможность сомкнуть челюсти; головную боль, тошноту, рвоту.

## Complaints

hurt in jaw, edema overhead of lips or tissue, encircling of eye-socket, bleeding from mouth, nose, ears; fractures and dental splits, inability to close the jaws, headache, qualmishness, vomit



# Клиника

При травме верхней челюсти, сопровождающейся закрытой черепно-мозговой травмой, на первый план выходят нарушения общего состояния больного. Дети гиподинамичные, кожные покровы бледные, в анамнезе может быть головокружение, рвота, потеря сознания. Такого больного необходимо обязательно проконсультировать и одновременно лечить у нейрохирурга или невропатолога, особенно это касается младших детей, когда диагноз «сотрясение» или «ушиб» головного мозга поставить трудно.

## Clinic

In case of injury of the upper jaws, accompanied by a inclosed craniocerebral injury, come to the fore a violation of general condition of the patient. Children hyperdynamic, pale skin, in anemneez might be dizziness, vomiting, faint. Such a patient nessecery consult and simultaneously treated in a neurosurgeon or neurologist, especially for younger children, when diagnosed with "concussion" or "injury" of the brain to put difficult.

Brilliance 64  
Ex: 6024  
Se: 207  
Im: 1

MSUMD  
MIRZOEY BAKHODUR  
05/05/10  
512

RF

5 cm

0.0 mm  
F  
L  
D  
W=256,L=128

PH

ГХС и ЧЛХ МГМСУ  
www.gcms.ru



***Возможные клинические симптомы перелома верхней челюсти:***

- отек верхней губы, подглазничных областей, носа с возможным их ранением;
- кровотечение из носа, рта;
- иногда опущение среднего отдела лица, симптом очков (возникает при кровоизлиянии в клетчатку век). При изолированных переломах основания черепа симптом очков появляется лишь через 24-48 часов и не выходит за пределы круговой мышцы глаза.
- раны или разрывы слизистой оболочки альвеолярного отростка или гематома в месте удара;
- перелом или вывих зубов;
- подвижность отломков, дефект кости верхней челюсти, сообщение полости рта с гайморовой пазухой.



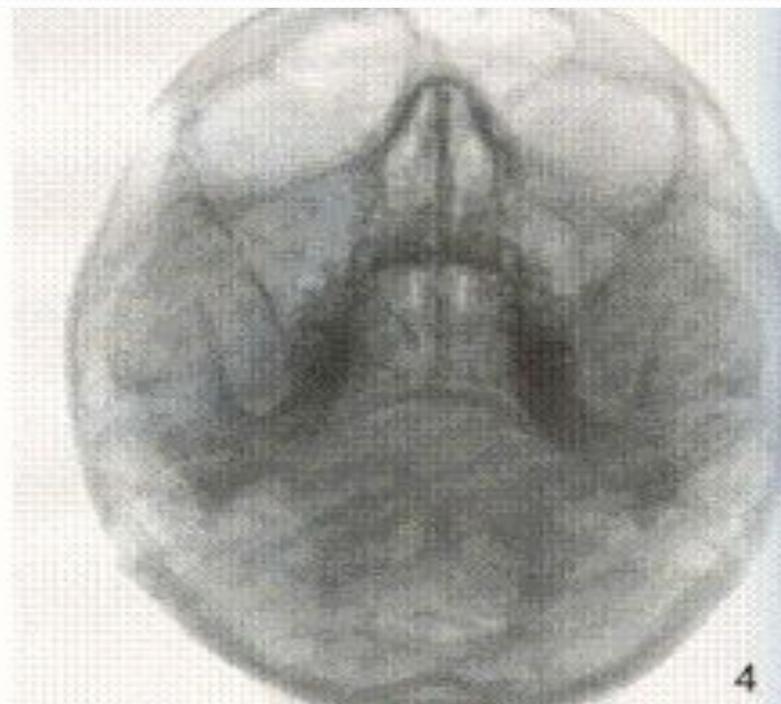
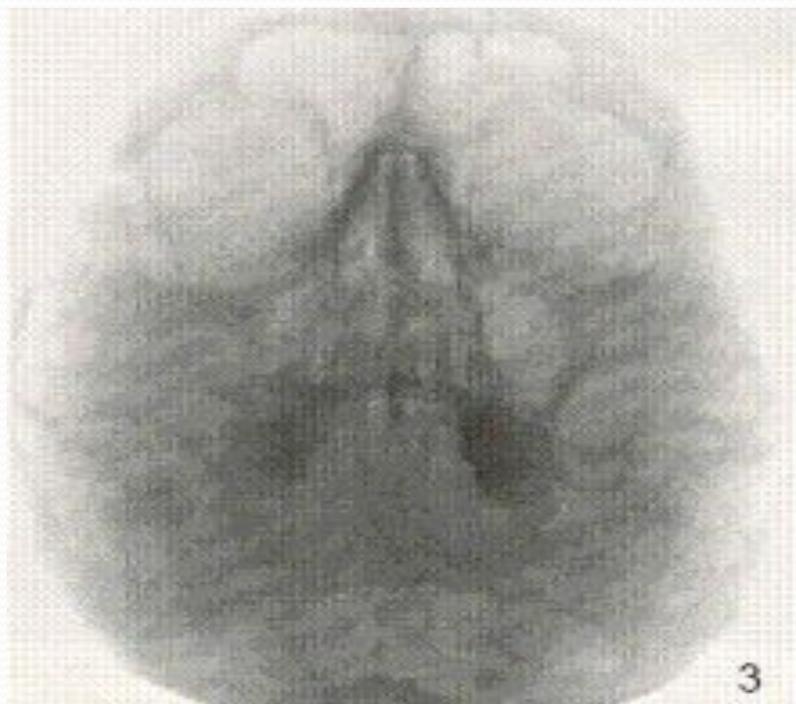
а)



б)

**Рис. 18.4.33. Рентгенограммы нижней челюсти больного с переломом в области мышелкового отростка и угла (а - до лечения, б - после остеосинтеза титановыми минипластинками).**

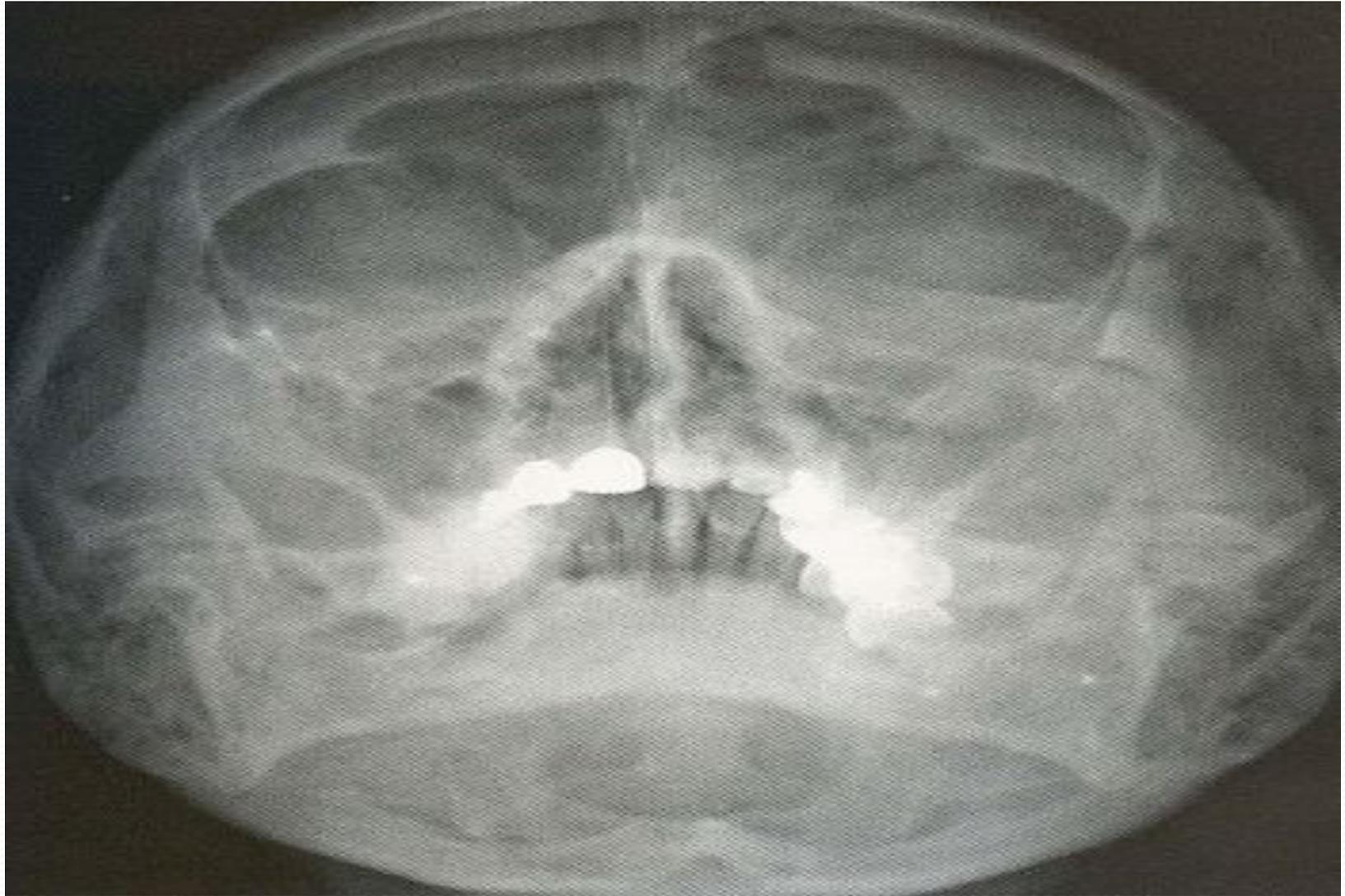
Для выявления перелома верхней челюсти проводится рентгенологическое обследование черепа в разных проекциях, что обусловлено строением верхней челюсти и сложностью определения линии перелома. Широко применяется ортопантомография, компьютерная томография. Диагноз выставляется на основании жалоба, анамнез, данных клинического и рентгенологического обследования.





To detect the fracture of the upper jaw is carried out X-ray examination of the skull in different projections, due to the structure of the upper jaw and the difficulty in determining the fracture line. Widely used orthopantomography, CT.

Diagnosis is exposed on the basis of the complaint, anamnez, data of clinical and radiological examination.



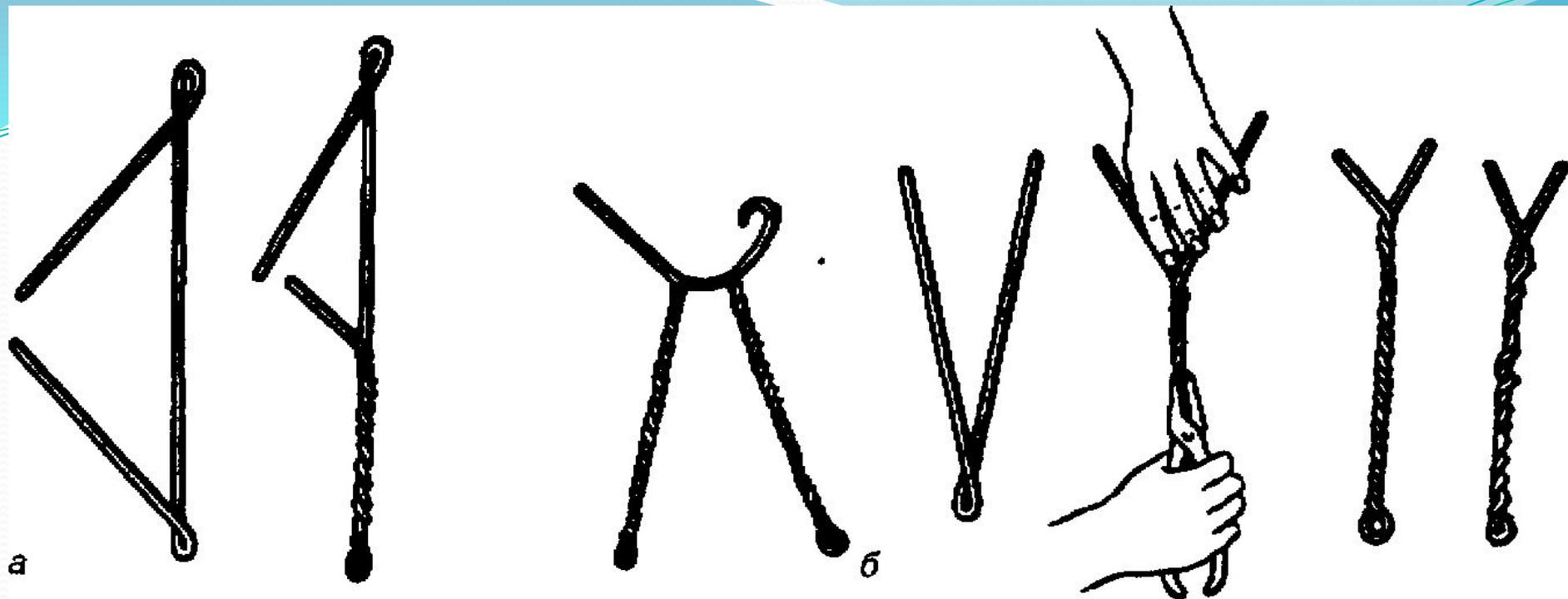


# Лечение

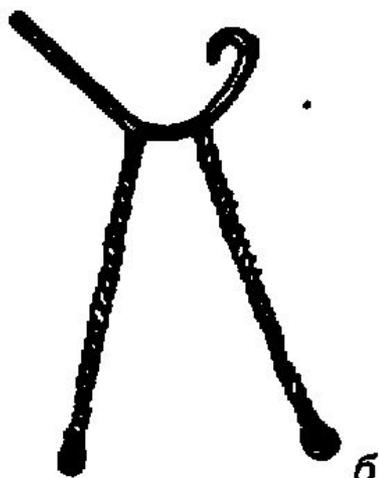
Лечение переломов верхней челюсти проводится совместно с невропатологом или нейрохирургом. При сотрясении головного мозга назначается строгий постельный режим, особенно в первые 5 суток, при необходимости — снотворные.

Для предотвращения развития воспалительных процессов проводится антибактериальная, дезинтоксикационная и витаминотерапия.

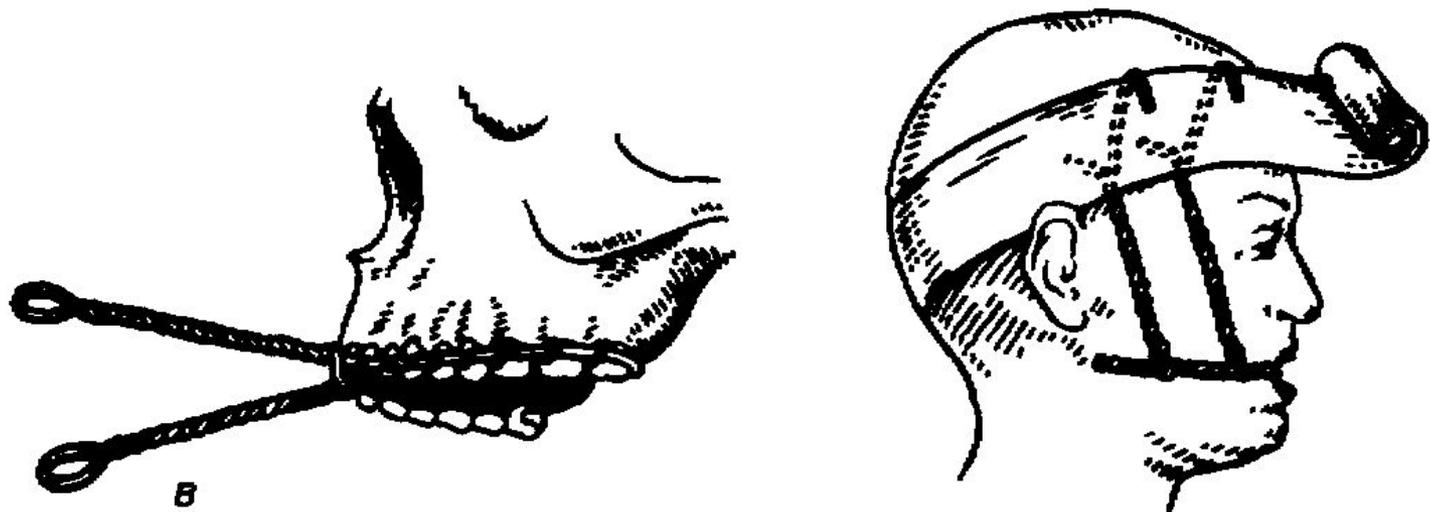
Непосредственное лечение переломов заключается в иммобилизации отломков, первичной хирургической обработке ран, которая проводится в подавляющем большинстве случаев под общим обезболиванием.



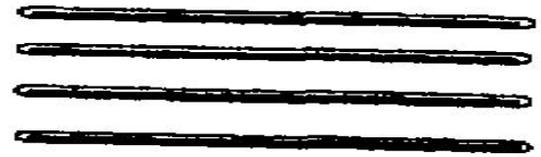
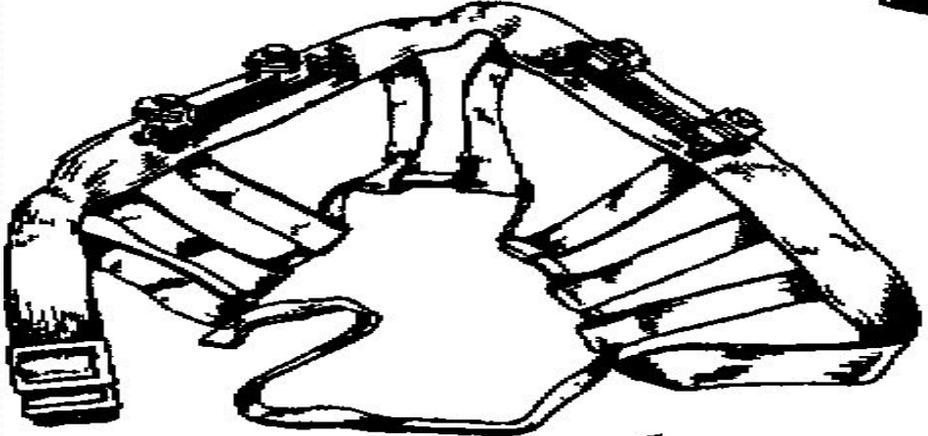
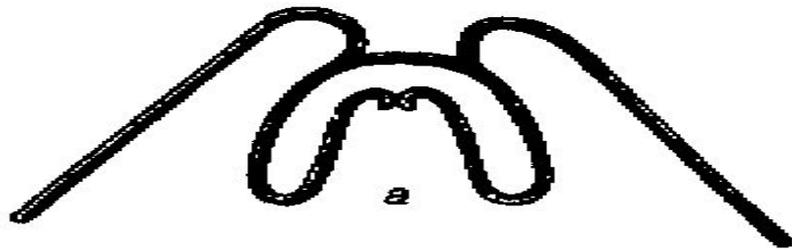
a



b



d



b



d



c



При нижних переломах верхней челюсти у детей для фиксации отломков используют различные ортодонтические аппараты; шины Ванкевича, Порта; индивидуальные пластинки; шины-каппы из термопластических материалов с внеротовой фиксацией при отсутствии зубов.

При средних и верхних (иногда также и при нижних) переломах отломки верхней челюсти фиксируют при помощи открытой репозиции и металлоостеосинтеза: костными швами, металлической проволокой, спицами Киршнера, металлическими (титановыми) мини-пластинами

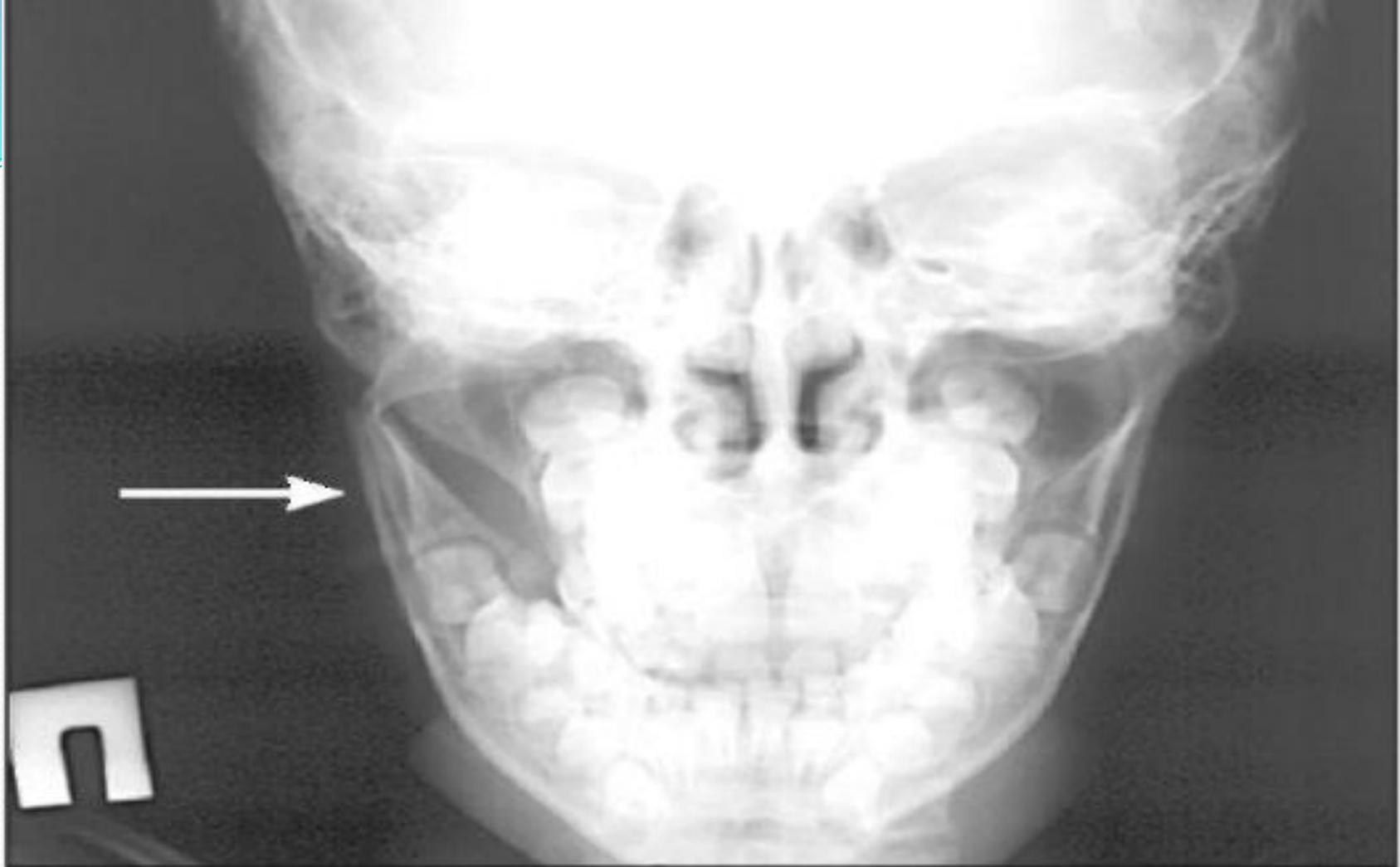
**Последствия переломов верхней челюсти при отсутствии лечения:** воспалительные процессы – абсцессы, флегмоны, остеомиелит, синуситы, менингит; нарушение прикуса, деформации челюсти; задержка прорезывания зубов; медиастинит.

Дети с травмами верхней челюсти подлежат диспансерному наблюдению и лечению у ортодонта, стоматолога-терапевта, челюстно-лицевого хирурга и других специалистов не менее двух лет после травмы.





Ребенок 15 лет. Открытый перелом тела нижней челюсти справа. Зубы на поврежденной стороне не смыкаются



Ребенок 14 лет. Перелом мыщелкового отростка нижней челюсти справа со смещением кнутри. Обзорная рентгенограмма костей лицевого скелета в прямой проекции



а



б



в



г

Перелом тела нижней челюсти слева и правого мыщелкового отростка со смещением после автотравмы: а - внешний вид; б - состояние в полости рта после иммобилизации шиной Васильева; в - обзорная рентгенограмма костей лицевого скелета в прямой проекции. Линии перелома (стрелки); г - ортопантомограмма



а



б

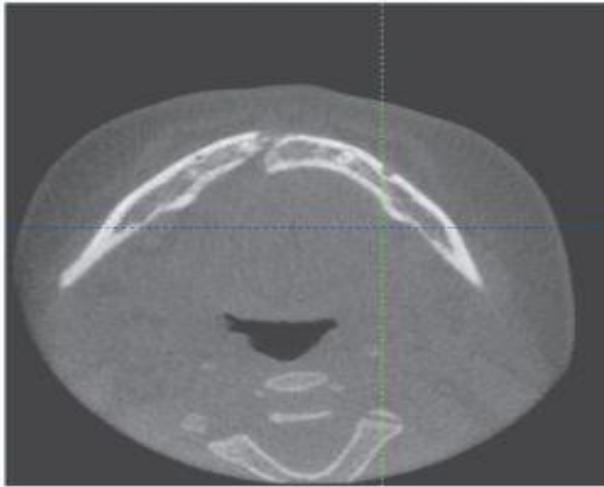
Двухсторонний открытый перелом нижней челюсти в области зубов 46, 47 и 33, 34: а - ортопантомограмма; б - ортопантомограмма после остеосинтеза нижней челюсти титановыми минипластинами и винтами



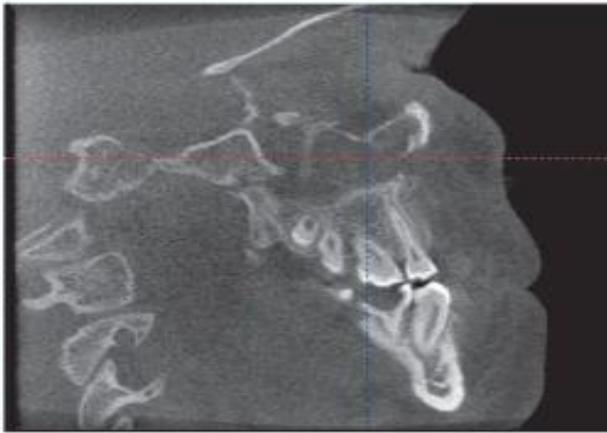
Перелом верхней челюсти. Внешний вид



а



б



в



г



д

Ребенок 14 лет. Переломы верхней челюсти по типу Лефор-II и Лефор-III. Гемосинус слева и справа, частично - клеток решетчатого лабиринта: а-в - дентальная объемная томограмма (ДОТ); г, д - 3D-реконструкции (панорамная реконструкция аксиальная, кососагиттальная проекция). Выявляются рентгенологические признаки множественных переломов лицевого скелета (преимущественно средней и нижней зон). Определяются перелом нижней челюсти, верхней челюсти, скуловых костей со смещением отломков

# СПИСОК

# ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айзенштейн И.М., Худайбердыев Р.И. Хирургическая анатомия челюстно-лицевой области и шеи. Ташкент, 1971. С.231.
2. Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. Л., Медицина. 1985. С.450.
3. Алексеев В.П., Дебец Г.Ф., Краниометрия. Методика антропологических исследований. М., Наука. 1964. С. 448.
4. Алексеев В.П. Остеометрия. Методика антропологических исследований. М., Наука. 1966. С. 128.
5. Алешкина О.Н, Осипова В.А. Рост основания черепа и его отделов у плодов и в детском возрасте. — В кн. Возрастные особенности физиологических систем детей и подростков. М., Москва, 1985. с. 16-17.
6. Ан С.В. Результаты исследования морфологической асимметрии верхней и нижней челюсти человека. Морфология. Москва. 1993. С. 112123.
7. Ан С.В. Межгрупповая изменчивость индексов асимметрии лицевого отдела черепа. // Стоматология, 1993. № 3, С.36-38.
8. Ананов М.В., Рогинский В.В., Сатанин Л.А. Фиброзная остеодисплазия краниофациальной области. М. Детстомиздат. 2002. С.37-60.