

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.
АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра: Хирургическая
стоматология

СРС

**Тема: Переломы скуловой кости, скуловой дуги.
Переломы костей и повреждения хрящей носа.
Клиника, диагностика, лечение**

Выполнила: Рисбекова А.А.

Курс: 12-002-01

ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВЫХ КОСТЕЙ И ДУГ

Переломы скуловых костей и дуг в среднем составляют от 7 % до 19,4 % от общего числа больных с повреждениями костей лица.

Классификация переломов скуловой кости и дуг.

В клинической практике при диагностике переломов скуловой кости и дуг наиболее часто используется классификация Р.Ф.Низовой (1967), согласно которой выделяется 3 группы переломов:

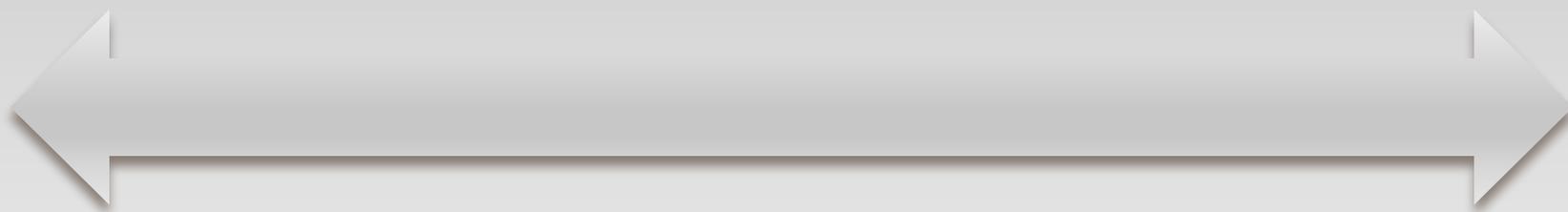
- переломы скуловой кости без смещения, со смещением, с повреждением стенок верхнечелюстной пазухи;
- переломы скуловой дуги без смещения, со смещением;
- переломы одновременные скуловой кости и дуги без смещения, со смещением, с повреждением стенок верхнечелюстной пазухи.

Все повреждения скуловой кости и дуги, в зависимости от временного фактора, прошедшего с момента повреждения, делятся на три группы:

1. свежие переломы – до 10 суток после травмы;
2. застарелые переломы 11 – 30 суток;
3. неправильно сросшиеся или несросшиеся – свыше 30 суток.



Причинами травматических переломов скуловой дуги и костей могут быть бытовые, спортивные, транспортные, уличные и производственные травмы.



• Симптомы перелома скулы

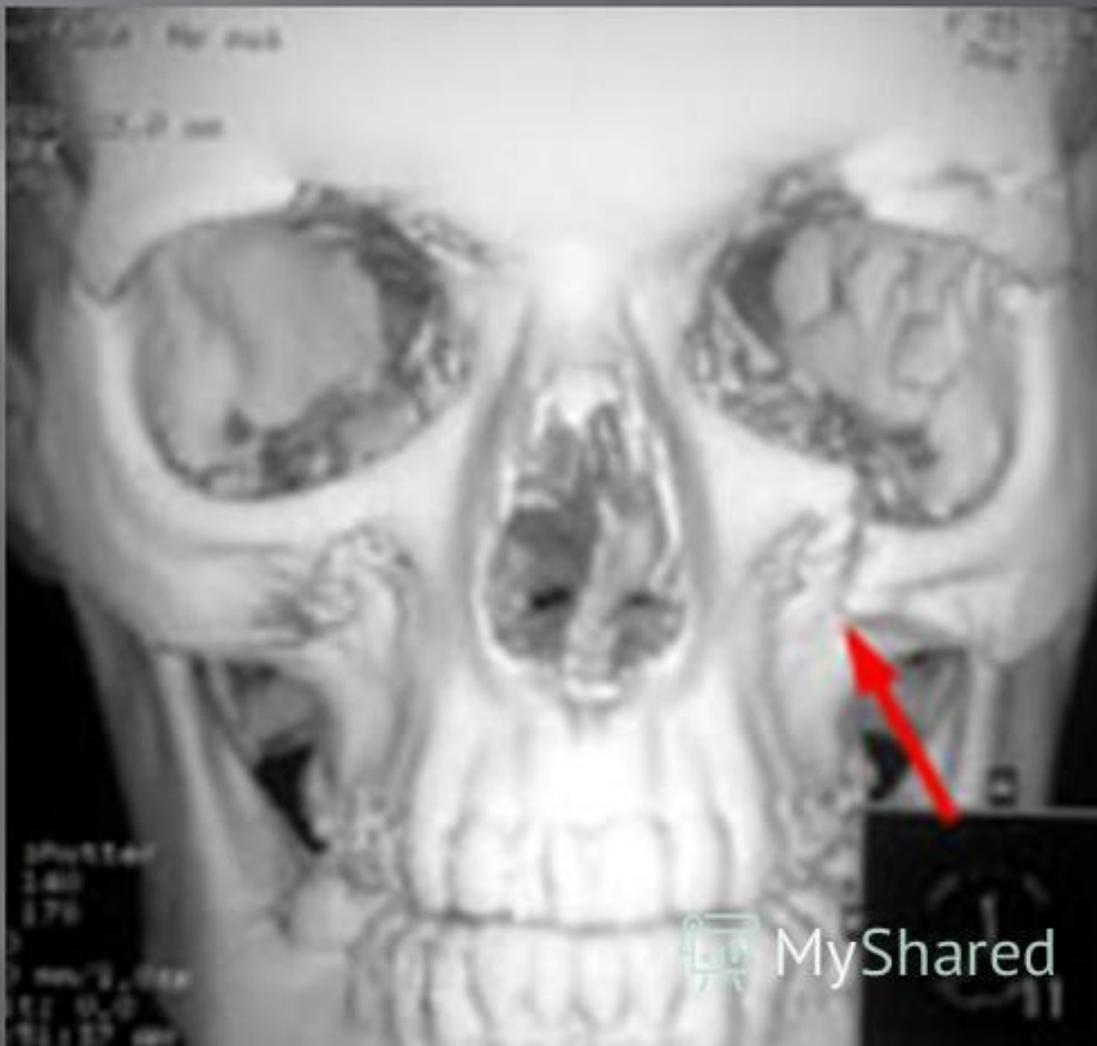
- Резкая боль при открывании рта.
- Ограниченность челюсти.
- Снижена или полностью отсутствует чувствительность кожи под нижним веком, на скуле или крыле носа, что указывает на повреждение подглазничного нерва.
- Возможна деформация лицевой кости. Это является следствием смещения обломков и повреждения тканей.
- Может возникать такой симптом, как геморрагия в слизистую оболочку над зубами.
- Носовое кровотечение, в том случае если повреждены стенки верхнечелюстной пазухи.
- Геморрагия в конъюнктиву или нижнее веко.
- Если обломок смещен в области скулоальвелярного гребня, при пальпации может определяться костная ступенька.
- Двоение в глазах.
- Постукивание пинцетом по малым коренным зубам, характеризуется более тупым звуком с поврежденной стороны.
- Синдром Пурчера. Может возникнуть через два дня после травмы. При этом резко падает зрение пациента, возникают изменения в сетчатке, наблюдается ее отслойка или атрофия зрительного нерва.
- Отек в области глаза, веко обычно прикрыто.

Перелом скуловой кости



Общий вид потерпевшего

Рентгеновская компьютерная томография
С 3D реконструкцией
Перелом
верхнечелюстной пазухи
и нижней стенки
глазницы



Диагностика

Диагностировать перелом скулы может врач, при визуальном осмотре и пальпации. Также проводится рентгенограмма. На ней видно, что со стороны перелома отсутствует целостность скуловой кости, непрерывность нижнего и наружного края глазницы и уменьшена прозрачность верхнечелюстной пазухи.



ЛЕЧЕНИЕ

Метод консервативный

В зависимости от типа травмы, ее особенности и давности, выбирается методика лечения. При использовании консервативного метода, предусматривается полный покой и прием противовоспалительных нестероидных препаратов, которые оказывают обезболивающее действие. В большинстве случаев это препараты на основе кеторолака (Кетанов, Кеторол) или нимесулида (Нимид, Найз). При сильных болях вводят лекарство внутримышечно. В некоторых случаях для лечения необходимо принимать витаминные препараты, содержащие кальций, магний и витамин Д3.

На место удара прикладывается холод, для этого используют пузырь со льдом. Процедура должна длиться четверть часа, и повторять ее нужно до шести раз в сутки, в течение первых двух дней. Затем, со второго дня при переломе скулы назначаются физиопроцедуры.

Оперативное лечение

При переломе со смещением и наличием обломков или если со времени травмы прошло более десяти суток, показаны хирургические вмешательства. Существует множество методик проведения оп



Метод Маларчука-Хадаровича

Его используют как при свежих, так и при застарелых переломах скулы. Для вправления используют специальный крючок, подводящийся под скуловую кость. С помощью рычага, для которого опорой служат кости черепа, вместе с отломком ее выдвигают наружу.

Метод Кина

Используется в более сложных случаях, если скуловая кость оторвана от других костей и верхней челюсти. За скулоальвелярным гребнем, делается рассечение слизистой оболочки (по переходной складке верхней челюсти) и под смещенную кость вводится специальное приспособление (элеватор Карапетяна). Производят движение вверх, а потом наружу, для того чтобы кость стала на свое место.

Разновидностью этого способа является метод Вилайджа.

Разрез в этом случае делают в районе первого или второго моляра.

Метод Дубова

Используют в том случае, если при переломе скулы повреждаются стенки пазух верхней челюсти.

Рассекают слизистую оболочку рта, по верхнему своду от центрального зуба до второго (моляра). После этого оболочку отслаивают и обнажают верхнечелюстную пазуху. Кости восстанавливают и фиксируют искусственным соустьем. Пазуху носа плотно тампонируют марлей, пропитанной йодоформом. Конец этого тампона выводится наружу через носовой ход. Рану во рту зашивают, а тампон вынимают через четырнадцать дней.

Модификацией метода Дубова, является способ Казаньяна-Конверса. В этом случае вместо марли используется мягкая резиновая губка.

Метод Казаньяна

Этот метод лечения используют в сложных случаях, если сложно собрать обломки или они самостоятельно не могут держаться, так как нужно. Разрез делают под нижним веком. Обнажается часть скулы и край под глазницей. В кости делают специальные каналы, через которые протягивают тонкую проволоку. Для ее изготовления используют нержавеющую сталь. Снаружи из нее делают петлю или крючок. С их помощью скуловую кость фиксируют. Крючок прикрепляется к специальному стержню, который вставлен в шапочку сделанную из гипса.

Метод Дюшанта

Его используют если повреждения незначительные.

Для того чтобы вправить скуловую кость понадобится специальный инструмент в виде щипцов, у которых есть щечки, снабженные очень острыми зубцами. Прокалывая кожу, ими захватывают смещенную кость и ставят ее на свое место.

Существует подобный инструмент, который впервые был использован Тодоровичем и Бариновой

Метод Лимберга

Используют при переломе скулы, и при слабом повреждении стенок пазух челюсти. Этот метод достаточно широко распространен.

Пациента укладывают на ровную поверхность, и голову его поворачивают на противоположную от травмы сторону. В качестве хирургического инструмента используется однозубый крючок. Кожа прокалывается, и крючок вводят горизонтально под ту часть скулы, которая сместилась. Затем его поворачивают на девяносто градусов, пока острие не переместится на внутреннюю поверхность скуловой кости. Отломленную часть ставят на место до щелчка движением, которое противоположно направлению ее смещения.

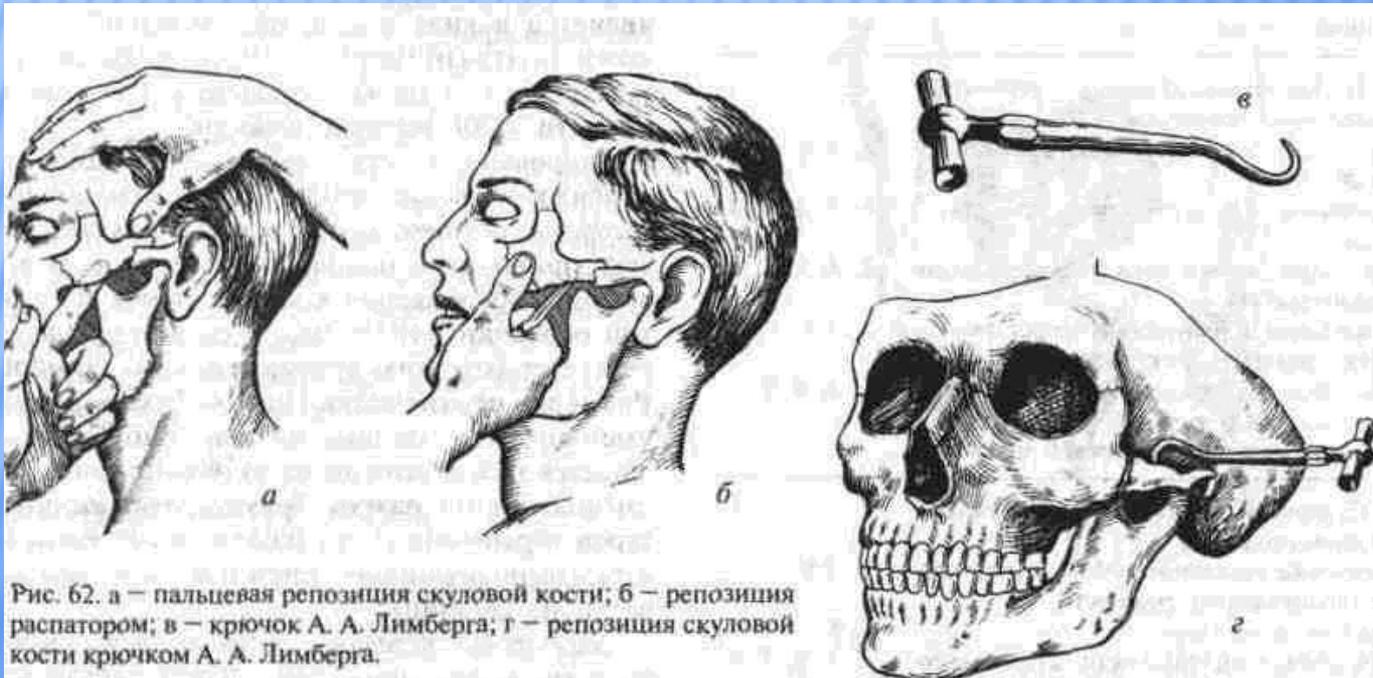


Рис. 62. а – пальцевая репозиция скуловой кости; б – репозиция распатором; в – крючок А. А. Лимберга; г – репозиция скуловой кости крючком А. А. Лимберга.



Рис. 115. Фиксация отломка верхней челюсти по Фальтину — Адамсу.

Питание

В период лечения больной должен питаться исключительно жидкой пищей. В рационе должны присутствовать: бульоны, жидкое картофельное пюре, питьевые йогурты, перепелиные яйца, молоко, кефир. Можно использовать детское питание или смузи из мягких фруктов. Для того чтобы употреблять пищу используют трубочку. Открывание рта ограничивают на период до двенадцати дней.

Если после снятия фиксации, необходимо разрабатывать челюсть для этого используют мягкую жевательную резинку.



□ Переломы костей носа

Возникают при падении или сильном ударе в область переносицы. Смещение костных отломков зависит от силы и направления травмирующего фактора.

Классификация.

Выделяют переломы костей носа со смещением и без смещения костных отломков, а также вколоченные переломы костей носа.

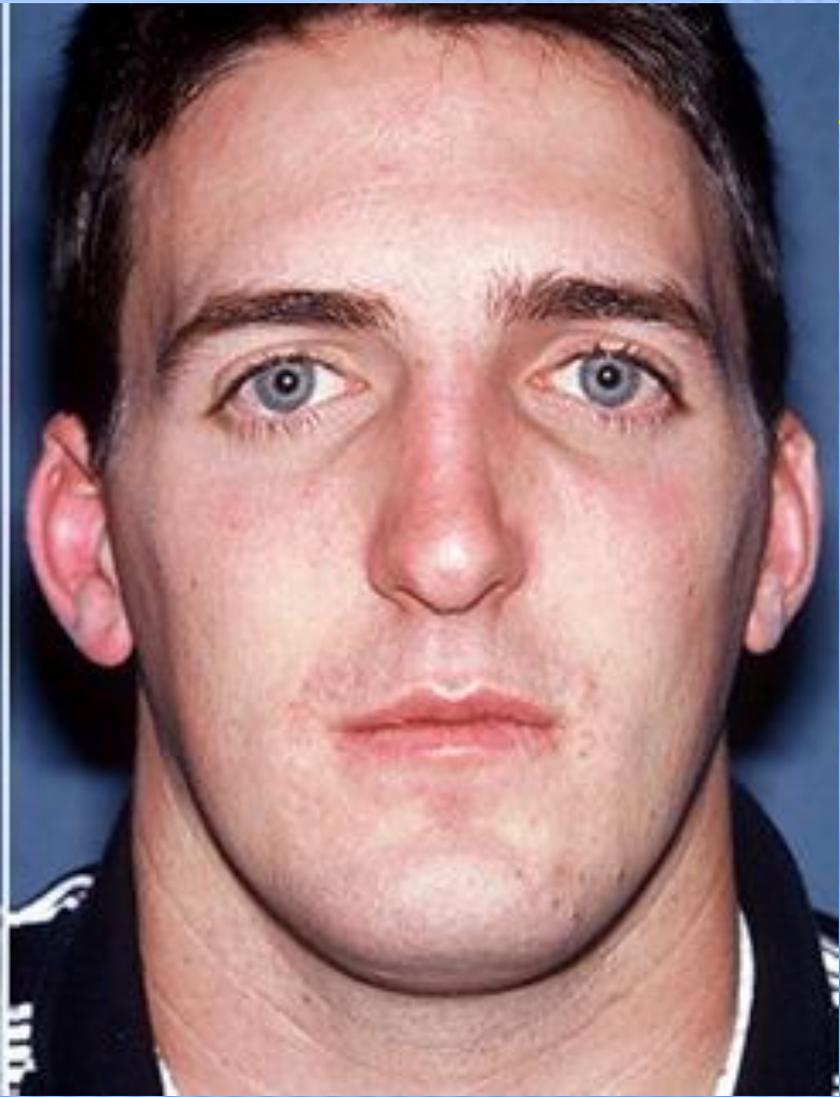
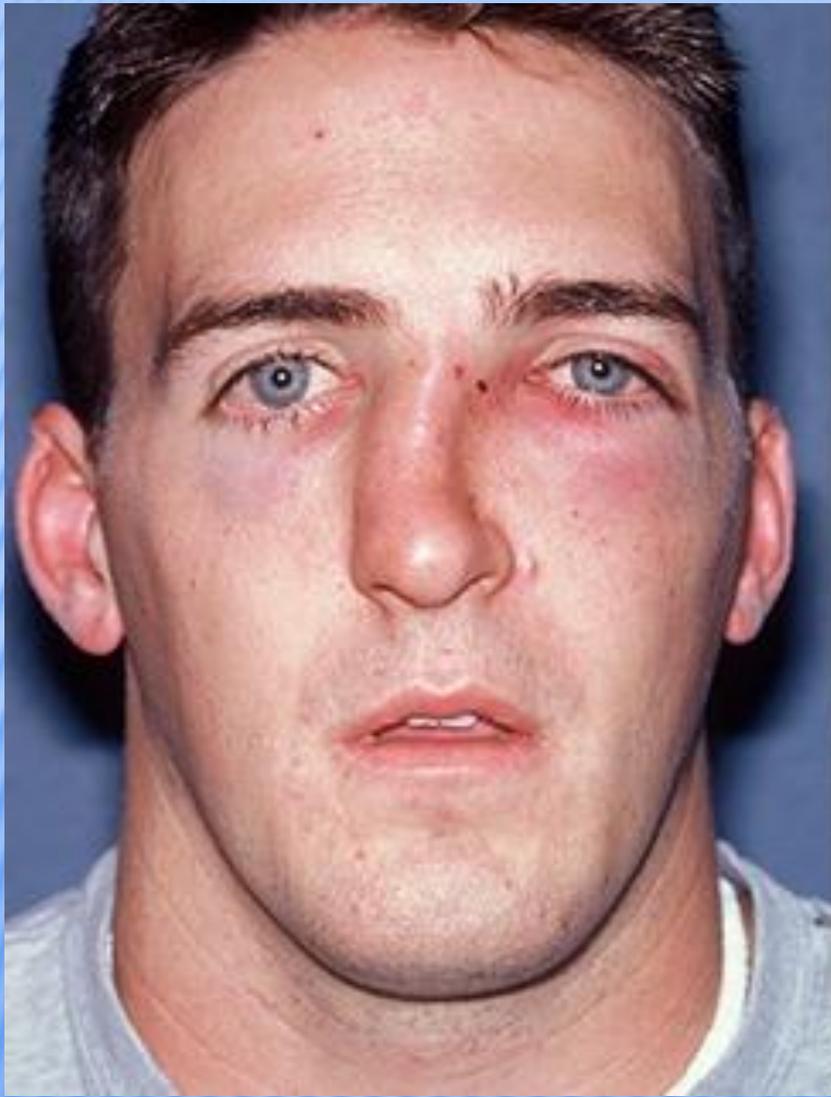
Все переломы костей носа со смещением являются открытыми переломами, так как они сопровождаются разрывами слизистой оболочки носа и обильным носовым кровотечением.

У 40% больных с переломами костей носа имеется черепно-мозговая травма.

□ Клинические симптомы перелома костей носа:

- Деформация наружного носа в виде бокового искривления его или седловидного западения.
- Носовое кровотечение.
- Затруднение носового дыхания.
- Повреждение кожи спинки носа.
- Отек век и кровоизлияние в клетчатку вокруг глаз (симптом очков).
- Боль, крепитация и подвижность костных отломков, определяемая при пальпации в области спинки носа.
- Смещение костной и хрящевой части перегородки носа, что выявляется при передней риноскопии.
- Для окончательной диагностики перелома показана рентгенография костей носа в прямой и боковой проекции.





□ **Лечение.**

Первая помощь - остановка кровотечения (передняя или задняя тампонада).

Репозиция отломков под местным обезболиванием с помощью введенного в верхний носовой ход кровоостанавливающего зажима или специального элеватора, которым поднимают смещенные кости, формируя контуры спинки носа указательным и большими пальцами левой руки.

Носовые ходы тампонируют.

Наложение наружной фиксирующей повязки (шина) для фиксации костных отломков на 8-10 дней (марлевая коллодийная повязка или гипсовая).

□ Принципы консервативного лечения больных с переломами челюстей

М.Б.Швырков выделяет пять этапов репаративной регенерации кости:

1 этап (1-3 день). Развиваются острое воспаление в тканях и резорбция краев отломков.

2 этап (3-8 день). Развиваются дегенеративно-воспалительная и пролиферативная фазы воспаления.

3 этап (9-14 день). Превалирует синтез органического матрикса кости.

4 этап (15-21 день). Начинается ремоделирование новообразованной кости, замещение грубоволокнистой кости тонковолокнистой, приобретение костной мозолью органотипического строения.

5 этап (22-28 день). Завершается активное ремоделирование костной мозоли, которая приобретает архитектуру, близкую к нормальной кости, и построение остеонов.

Антибиотикотерапия. В первые 3-4 дня травмы целесообразно местное введение антибиотиков в зону повреждения. При свежих переломах из щели перелома высевается, как правило, стафилококк, поэтому показано определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Больным с открытыми переломами костей лицевого скелета назначают антибиотики, обладающие способностью накапливаться в костной ткани, или согласно результатам определения чувствительности микрофлоры к другим препаратам. К остеотропным антибиотикам относятся цефалоспорины 1-2 поколения – цефазолин, цефуроксим; линкосамиды – линкомицина гидрохлорид, клиндамицин (далацин С); макролиды – олеандомицин, спирамицин (ровамицин), рокситромицин (рулид); фторхинолоны – цiproфлоксацин, офлоксацин, тетрациклины – окситетрациклин (тетран), доксициклин (вибрамицин), морфоциклин.

Общеукрепляющая терапия включает применение витаминов В1 и В6, аскорбиновой кислоты, проведение аутогемотерапии, дыхательной и гигиенической гимнастики, рациональное питание. Показано применение на очаг поражения УВЧ-терапии (до 10 сеансов), общего УФО (до 20 сеансов) сразу после иммобилизации отломков, микроволновой терапии.

Для стимуляции первой (резорбтивной) фазы репаративной регенерации (длится 3-5 дней) показано применение паратропного гормона. Не показано применение ретаболила, метилурацила, дексаметазона, тестостерона, витамина Е.

• ЛИТЕРАТУРА

- Клиническая оперативная челюстно- лицевая хирургия: руководство для врачей/ Под ред. Н.М.Александрова. – 2-е изд., перераб. И доп. – Л.:Медицина, 1985. – 448 с.
- Методы лучевого исследования челюстно- лицевой области: Учебно- методич. Пособие/ М.М.Сергеева, Н.А. Саврасова, Т.Ф.Тихомирова [и др.]. – Мн.: БГМУ, 2005. – 28 с.
- Травматология и восстановительная хирургия челюстно- лицевой области/ Ю.И.Бернадский. – Киев: Вища шк. Головное изд-во, 1985. – 391 с.
- Травматология челюстно- лицевого скелета / Ю.Галмош. - Братислава: Из-во Словацкой академии наук, 1975. - 358 с.