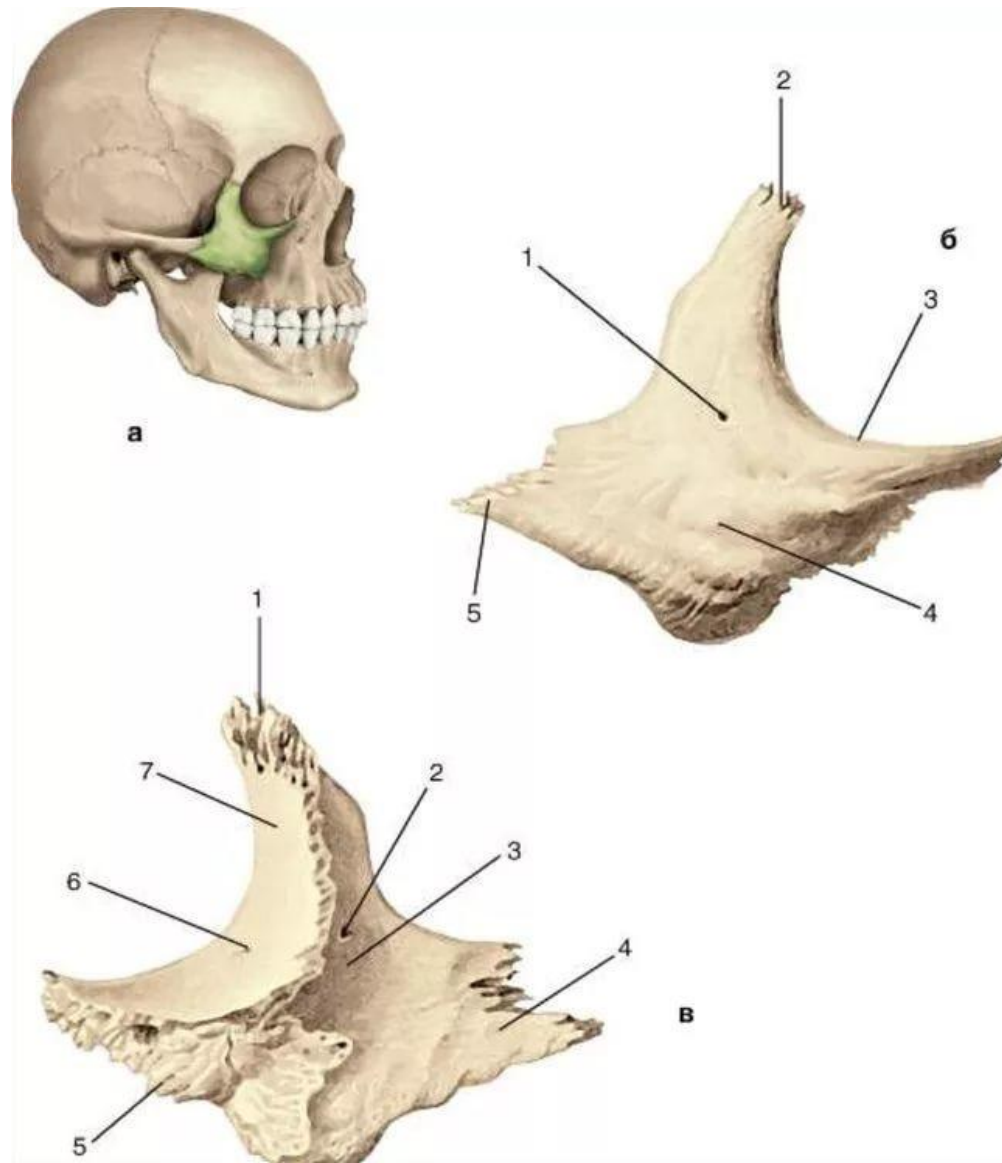


Переломы скуловой кости

Студенка 431 гр., А.Д.Багателия

Скуловая кость (os zygomaticum) является парной костью, состоящей из толстых пластинок компактного и небольшого слоя губчатого вещества. В ней различают: щечную, глазничную и височную поверхности.



Скуловая кость (os zygomaticum)

б - вид спереди:

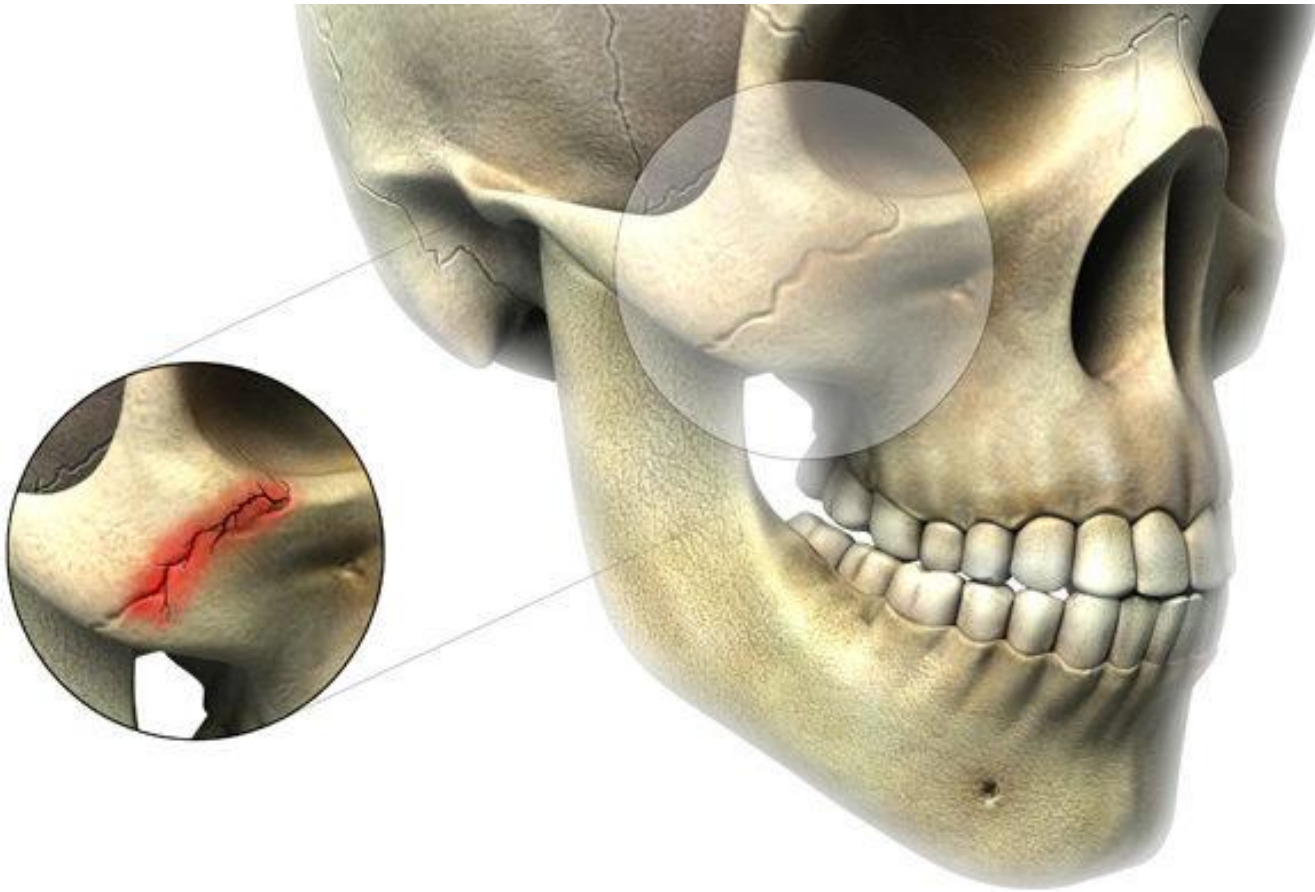
- 1 - скулолицевое отверстие;
- 2 - лобный отросток;
- 3 - подглазничный край;
- 4 – латеральная поверхность;
- 5 - височный отросток;

в - вид изнутри:

- 1 - лобный отросток;
- 2 - скуловисочное отверстие;
- 3 - височная поверхность;
- 4 - височный отросток;
- 5 - поверхность для соединения со скуловым отростком верхней челюсти;
- 6 - скулоглазничное отверстие;
- 7 - глазничная поверхность

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 и спортивная травмы.



Существует несколько классификации переломов скуловой кости и дуги. Наиболее приемлемая для практических врачей является классификация, предложенная Р.Ф. Низовой, согласно которой выделяют три группы переломов:

- Переломы скуловой кости:

- ❖ Без смещения;

- ❖ Со смещением;

- ❖ С повреждением стенок верхнечелюстной пазухи;

- Переломы скуловой дуги:

- ❖ Со смещением;

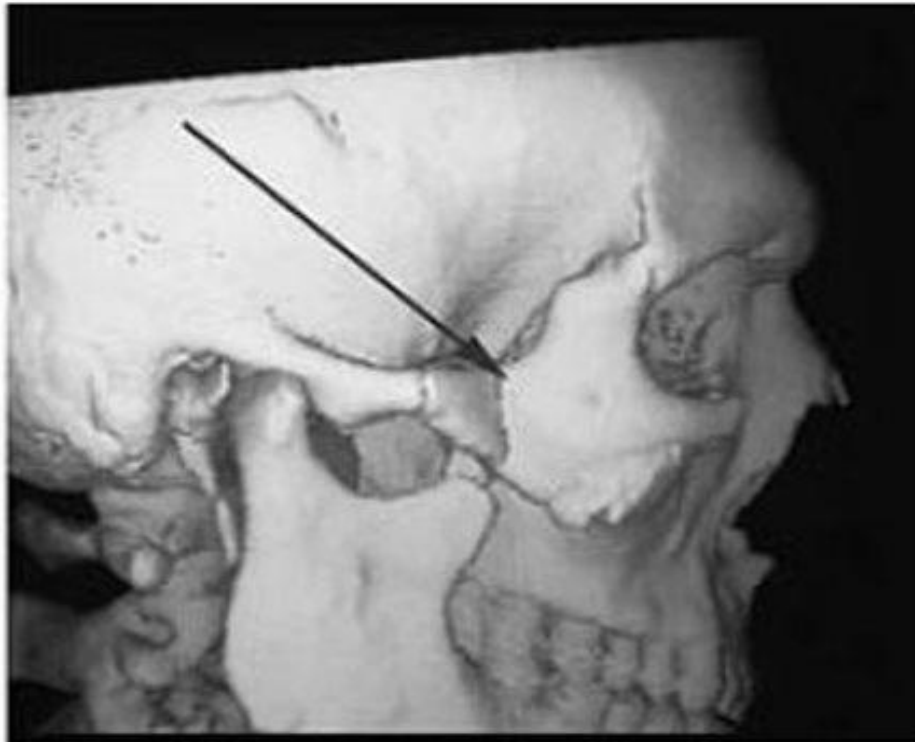
- ❖ Без смещения;

- Одновременные переломы скуловой кости и дуги:

- ❖ Без смещения;

- ❖ Со смещением:

верхнечелюстного шва (нижнеглазничного края) к скулоальвеолярному гребню, через лобно-скуловой (наружный край глазницы) и скуло-височный швы. Однако щель перелома чаще располагается не строго по костным швам, а по соседним костям, распространяясь на верхнюю челюсть и большое крыло клиновидной кости, то есть на нижнюю и наружную стенки орбиты. При этом почти всегда происходит нарушение целостности костных стенок глазницы, что не может не отражаться на состоянии органов и тканей, находящихся в ней.

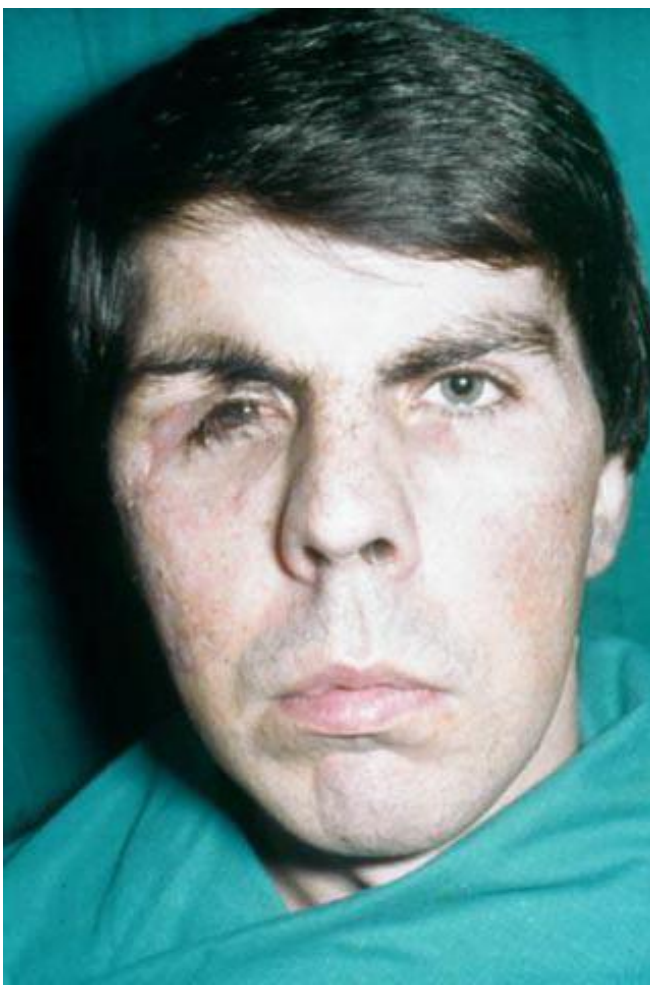


- Переломы скуловой кости и дуги иногда называют как перелом *скулового комплекса* или *скуло-верхнечелюстной перелом*.
- Таким образом, при переломе скуловой кости и дуги типичным является повреждение кости в области нижнеглазничного края, наружного края орбиты, скуловой дуги, скулоальвеолярного гребня, тела скуловой кости. Перелом только в пределах анатомических границ тела скуловой кости встречается крайне редко.
- При переломе скуловой кости костный отломок чаще смещается вниз, внутрь и назад, реже - вверх, внутрь и назад. Возможен поворот фрагмента только по оси. При линейных и оскольчатых переломах смещение его вниз происходит лишь при условии нарушения (утраты) связи скуловой кости с расположенными рядом костями, в том числе и с лобной в зоне лобно-скулового шва.

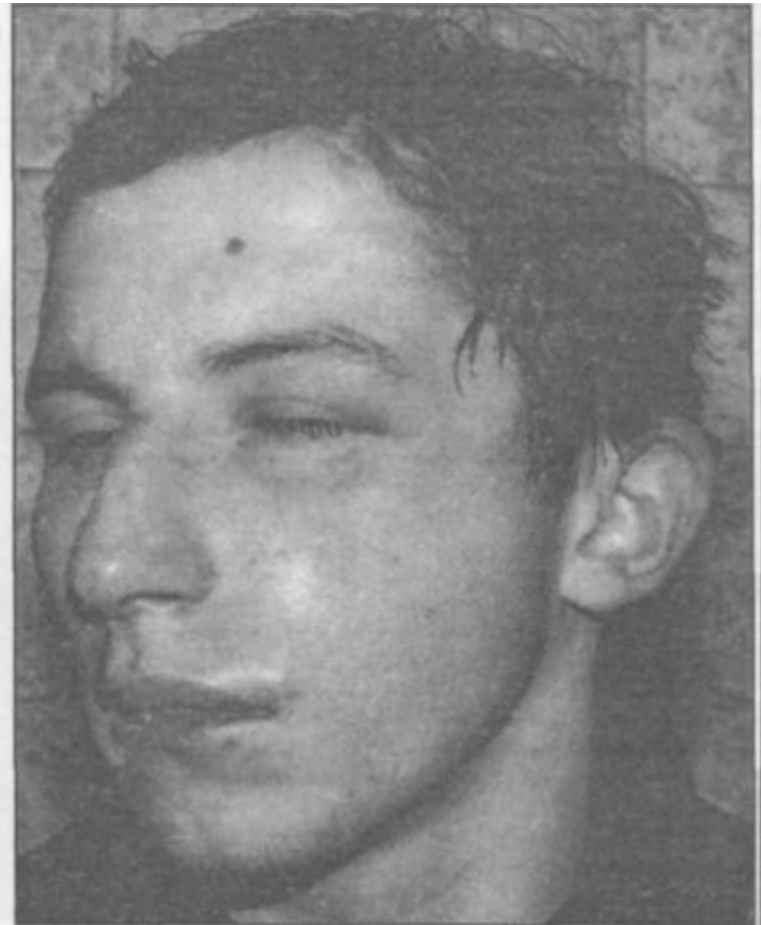
характера и степени смещения отломка. При переломе скуловой кости больные предъявляют жалобы на болезненное, иногда - ограниченное, открывание рта, онемение кожи в подглазничной области, верхней губы, крыла носа, кровотечение из носа (при повреждении стенок верхнечелюстной пазухи), иногда - диплопию (двоение в глазах).



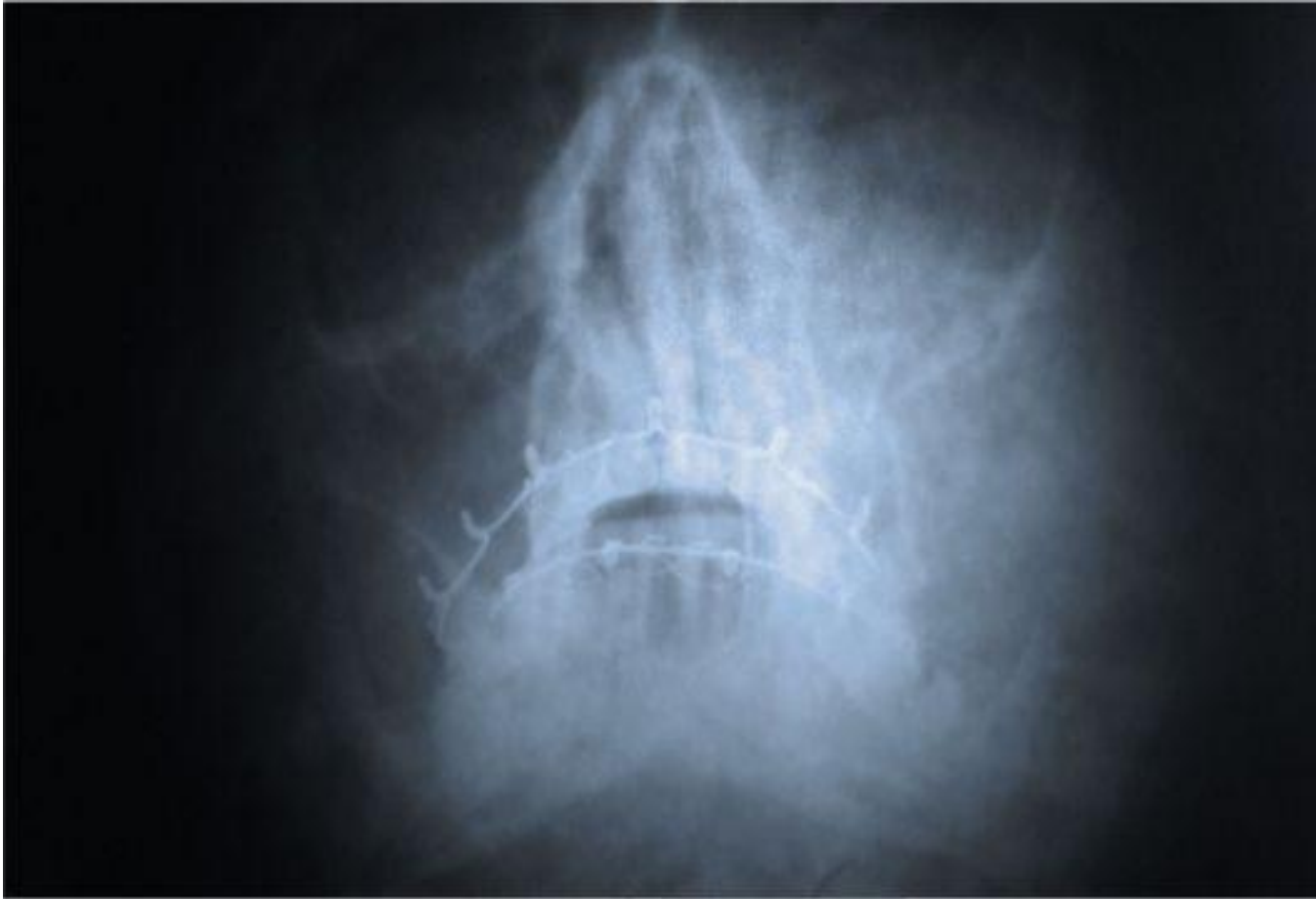
Может определяться деформация лица (западение тканей) за счет смещения отломка, кровоизлияние в ткани подглазничной области верхне-наружного угла глазницы, нижнее веко и конъюнктиву, иногда - хемоз. Может пальпироваться костный выступ (симптом «ступеньки») в области подглазничного края и верхне-наружного 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 областей снижена, реже - отсутствует.



Иногда определяется кровоизлияние в слизистую оболочку верхней переходной складки соответственно второму малому, первому-второму большому коренным зубам. Пальпируется костная ступенька в области скулоальвеолярного гребня. При перкуссии малых коренных зубов на стороне повреждения определяется более тупой звук. Некоторые из приведенных выше признаков характерны для перелома верхней челюсти, что обусловлено прохождением щели перелома за пределами анатомических границ скуловой кости.



На рентгенограмме лицевых костей (носо-подбородочная укладка) определяется снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи на стороне перелома, а также нарушение непрерывности нижнего и наружного краев глазницы, целостности височного отростка скуловой кости и скулоальвеолярного гребня



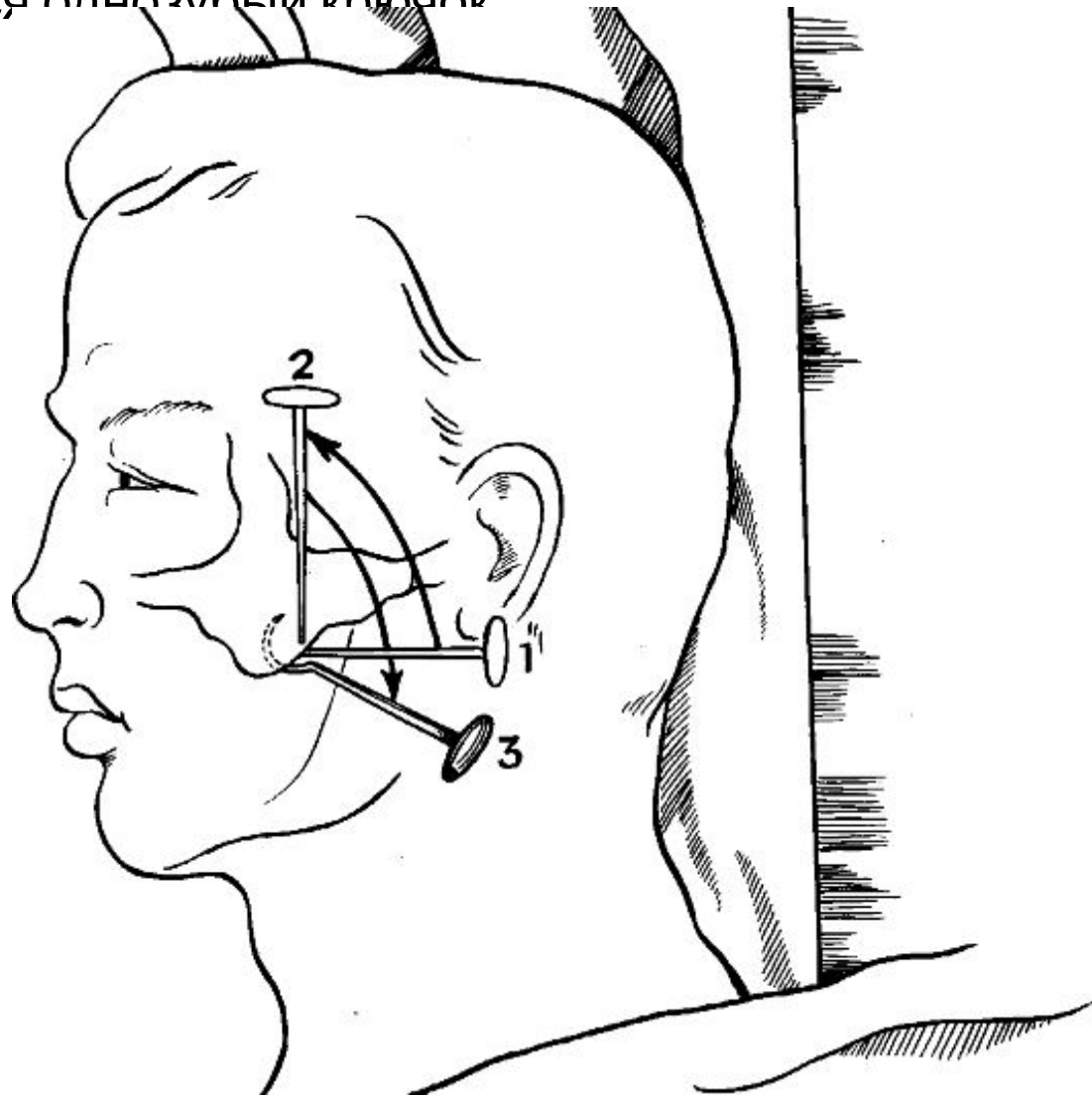
Лечение больных с переломом скуловой кости

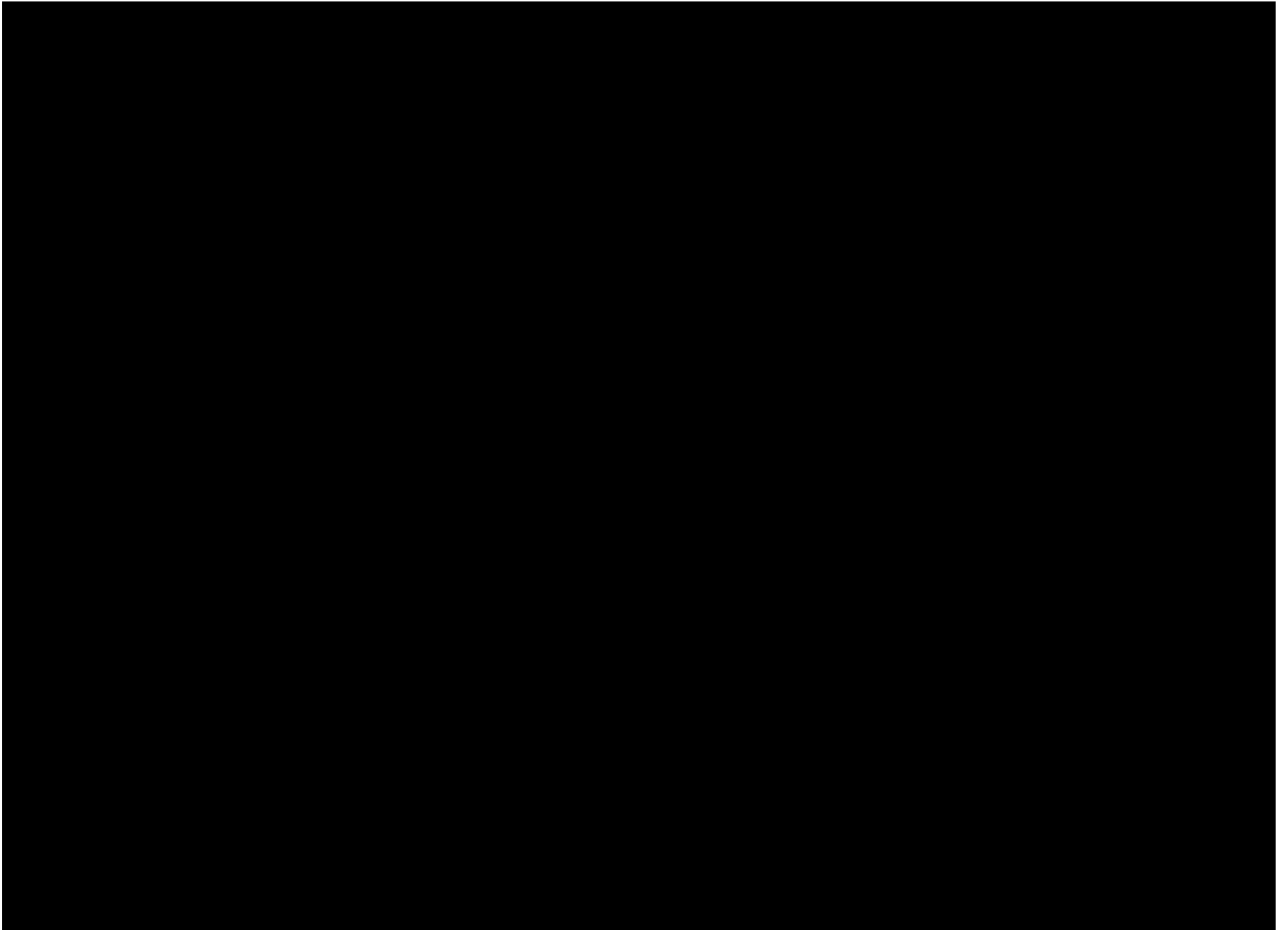
- При **свежих** переломах скуловой кости и дуги **без смещения** отломков возможно **консервативное** лечение: покой, холод на область перелома в первые 2 дня после травмы (прикладывание пузыря со льдом на 10-15 мин 5 - 6 раз в день). Рекомендуется жидкая по консистенции пища, исключение давления на скуловую область, ограничение открывания рта в течение 10-12 дней.
- Показаниями к репозиции отломков являются:
 - ❖ - Ограничение открывания рта.
 - ❖ - Нарушение боковых движений нижней челюсти.
 - ❖ - Эстетический недостаток (деформация лица).
 - ❖ - Потеря болевой чувствительности в зоне иннервации конечных ветвей подглазничного и скулового нервов.
 - ❖ - Диплопия.

Вправление отломков может быть проведено неоперативным (без разреза тканей) и оперативным методами (путем рассечения, прокола тканей, скелетирования отломков).

Неоперативное лечение может быть осуществлено при легко вправляемых закрытых переломах скуловой кости (дуги) не позднее 3 суток после травмы (см. ниже). Для этого врач вводит указательный (или большой) палец руки в задний отдел верхнего свода преддверия рта и движением в сторону, противоположную смещению, репозирует скуловую кость (дугу). Пальцами другой руки он контролирует правильность стояния фрагментов. Вместо пальца можно использовать металлический шпатель, обернутый марлей. Если с помощью этого приема не удастся вправить отломки, следует применить оперативные методы.

Метод Лимберга. Наиболее распространен среди клиницистов. Этот метод показан при переломе скуловой кости, когда стенка верхнечелюстной пазухи повреждена незначительно. Для вправления и репозиции отломков внеротовым доступом используется однозубный крючок





Существующие внутриротовые методы оперативного вправления отломков применяют при переломах скуловой кости с повреждением стенок верхнечелюстной пазухи, при переломах скуловой кости и дуги, при оскольчатых переломах дуги и тогда, когда показана ревизия гайморовой пазухи.

- **Метод Keen.** 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 водят специальный элеватор под сместившуюся кость. Движением вверх и наружу перемещают ее в правильное положение. И.С. Карапетян предложил оригинальный элеватор для вправления скуловой кости по этому методу.

При переломах скуловой кости или дуги для вправления отломков целесообразно использовать метод Вилледжа (1928).



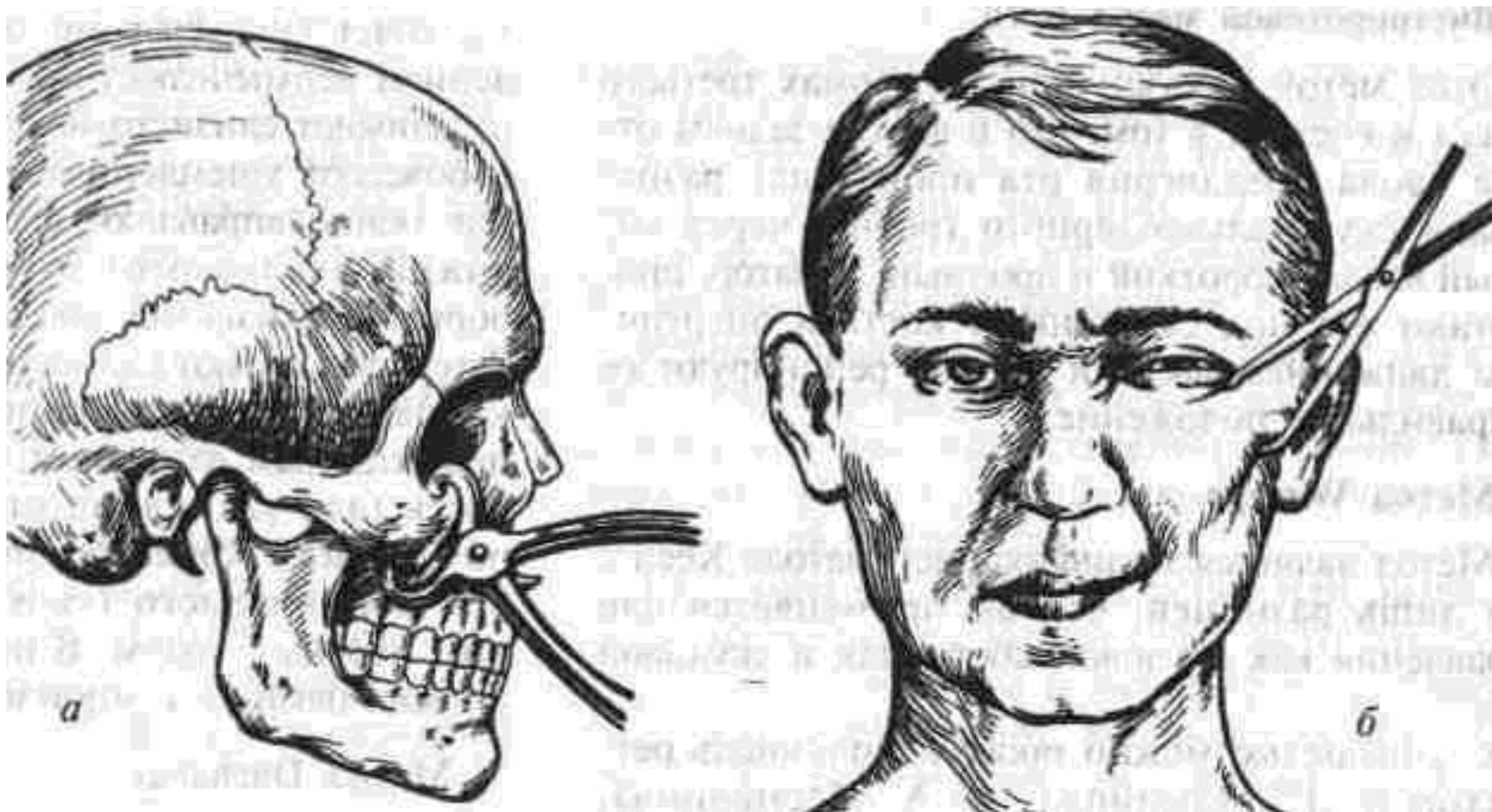
Иммобилизация отломков скуловой кости с помощью КОСТНЫХ ШВОВ



- **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, проводят ревизию передне-боковой стенки верхней челюсти и ревизию верхнечелюстной пазухи. Инструментом 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 недели.
- **Метод Kazanjian-Converse.** Аналогичен методу Дубова, но для удержания отломков в правильном положении для тампонады верхнечелюстной пазухи вместо марлевого тампона используют мягкую резиновую трубку.
- **Метод Gillis, Kilner, Stohn.** При переломе скуловой кости разрез длиной 2 см делают в височной области, отступя кзади от границ волосяного покрова. В рану вводят широкий элеватор (Gillis) или специально изогнутые щипцы и продвигают их под смещенную скуловую кость. Опираясь на тугий марлевый тампон, инструментом как рычагом, репонируют отломки.

- **Метод Duchange.** Автор вправлял скуловую кость специальными оригинальными щипцами, которые имеют щечки с острыми зубцами. Через кожу этими щипцами захватывают скуловую кость и репонируют ее. Вместо щипцов Дюшанжа можно использовать «пулевые щипцы» или щипцы Ходоровича - Бариновой.
- **Метод Маланчука - Ходоровича.** 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 при переломе скуловой кости проводят как минимум в области скуло-лобного и скуло-верхнечелюстного швов после обнажения щели перелома в указанных местах (рис. 30). Можно использовать для фиксации отломков скуловой кости на костные металлические мини-пластинки с мини-шурупами.
- **Метод Kazanjian.** Используется, если вправить отломки скуловой кости одновременно не удается 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 ее конец изгибают в виде крючка или петли, с помощью которых проводят вытяжение (фиксацию) скуловой кости к стержню, вмонтированному в гипсовую шапочку.
- **Метод Шибера.** Скуловую кость фиксируют однозубым крючком к

Метод Duchange



Своевременно оказанная помощь не приводит к развитию осложнений. В случае позднего обращения больного к врачу могут возникнуть такие осложнения, как:

- - стойкая деформация лица,
- - контрактура нижней челюсти,
- - хронический верхнечелюстной синусит,
- - остеомиелит верхней челюсти, скуловой кости.

Спасибо за внимание!