

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

## Реферат

Тема: Ле Фор III. Методы обследования

Выполнил: ординатор 2 года обучения  
Пыкин Евгений Евгеньевич  
Проверил: Профессор, д.м.н.  
Шевченко Дмитрий Павлович

Красноярск 2017

### Ле Фор III. Методы обследования.

Проблема травматизма челюстно-лицевой области является одной из актуальных. Больные с переломами костей лица составляют от 3 до 8 % пациентов с переломами скелета и до 30 % стационарных стоматологических больных. В мирное время частота повреждений костей лица составляет 0,5 на 1000 населения. Очень важно знать методы исследования, применяющиеся для диагностики и, что немаловажно, дифференциальной диагностики травм, в частности неогнестрельных переломов, как часто встречающейся (особенно в последнее время) нозологии. Правильная и своевременная диагностика дает возможность предоставить пациенту адекватное лечение и снизить риск возможных осложнений.

Классификация переломов верхней челюсти по Ле Фор:

1. Перелом верхней челюсти по Ле Фор I (верхний тип)
2. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II (средний тип)
3. Перелом верхней челюсти по Ле Фор III (нижний тип)

Перелом верхней челюсти по Ле Фор III (нижний тип)

Линия перелома проходит через край грушевидного отверстия, назад и не-сколько выше дна верхнечелюстной пазухи. Пересекает скулоальвеолярный гребень, идет через бугор верхней челюсти и распространяется на нижнюю треть крыловидного отростка клиновидной кости. Иногда крыловидный отросток не отламывается вместе с верхней челюстью, а отделяется от ее бугра по месту их сращения. В этих случаях надавливание на крючок крыловидно-го отростка, как описано выше, не сопровождается болью и может затруднить диагностику. Поэтому мы считаем, что более информативно надавливание на твердое небо или моляры. Однако следует помнить, что в последнем случае этот признак может определяться и при переломе бокового отдела альвеолярного отростка верхней челюсти. Очень редко линия перелома заканчивается у третьего моляра и не переходит на крыловидный отросток.

При переломе по нижнему типу ломается перегородка носа в горизонтальной плоскости (в переднезаднем направлении), отламывается дно носа и верхнечелюстных пазух. Чаще всего разрываются полностью или частично нервные стволы, проходящие в толще костных стенок верхней челюсти и принимающие участие в образовании верхнего зубного сплетения, что проявляется в клинических признаках этого типа перелома нарушением болевой чувствительности в зоне иннервируемых ими тканей. Иногда происходит

перелом одной верхней челюсти, при этом линия перелома обязательно проходит через твердое небо в сагиттальной плоскости.

При нижнем типе перелома больные могут предъявлять жалобы на разлитую боль в области верхней челюсти, усиливающуюся при смыкании зубов или попытке пережевывания пищи;

невозможность откусить пищу передними зубами; «онемение» всех зубов и слизистой оболочки десны, нередко слизистой оболочки твердого и мягкого неба (если травмируются нервы, проходящие в крылонебном канале); неправильное смыкание зубов; затрудненное носовое дыхание; ощущение инородного тела в глотке, поперхивание, изредка периодические позывы на рвоту (вследствие смещения мягкого неба кзади и раздражения маленьким язычком слизистой оболочки задней стенки глотки, нарушения иннервации мягкого неба).

Конфигурация лица изменена за счет посттравматического отека мягких тканей нижней трети лица (верхняя губа, щечная, скуловая области), кровоизлияния, иногда подкожной эмфиземы. Носогубные складки сглажены. На коже лица могут быть ссадины, кровоподтеки, рваноушибленные раны. В случае значительного смещения отломка вниз при вертикальном положении больного удлиняется нижний отдел лица. Иногда можно отметить перемещение кожной части перегородки носа из горизонтального положения в косое вследствие смещения костной части перегородки носа (и связанных с ней мягких тканей) вместе с отломанной верхней челюстью вниз. Однако установить этот клинический признак достаточно сложно из-за выраженной деформации тканей верхней губы и носа вследствие посттравматического отека.

При смыкании зубов у основания перегородки носа образуется едва заметная кожная складка, а кожная часть перегородки носа имеет тенденцию к перемещению вверх. В верхнем своде преддверия рта определяется кровоизлияние вдоль всего зубного ряда, распространяющееся на щечную область и верхнюю губу. Прикус нарушен в соответствии со степенью смещения отломков кзади и книзу. Он может быть открытым (чаще), прямым, прогеническим (если до травмы был ортогнатическим), может не измениться, если отломок не сместился. В полости рта нередко удается отметить кровоизлияние в верхнем отделе крыловидно-нижнечелюстной складки, а при одностороннем переломе — на слизистой оболочке твердого неба. Мягкое небо кажется удлиненным, а маленький язычок может касаться корня языка или задней стенки глотки.

При пальпации передней и подвисочной поверхности тела верхней челюсти можно определить костную ступеньку (выступ) в пределах видимого кровоизлияния, т.е. по всему периметру тела челюсти. Однако при незначительном смещении отломка в условиях, когда надкостница не разрывается вдоль щели перелома, а также при выраженном посттравматическом отеке и гематоме пропальпировать ступеньку бывает достаточно сложно. Более достоверно этот признак можно определить в области скулоальвеолярного гребня, так как профиль его достаточно хорошо контурирует, и он несколько выступает по отношению к телу челюсти. Поэтому даже при незначительном смещении отломка удается пропальпировать костный выступ в этом месте, несмотря на вышеуказанные обстоятельства. Болевой симптом нагрузки положительный: надавливание на крыловидный отросток клиновидной кости с обеих сторон, последние моляры или твердое небо сопровождается болевыми ощущениями по ходу линии перелома. Иногда при этом фронтальный участок отломка опускается вниз. Этот признак имеет большое диагностическое значение, так как он бывает положительным даже при отсутствии четко определяемых костных выступов в типичных местах.

Для оценки патологической подвижности отломка следует пальцами правой руки аккуратно (не более чем на 1—2 мм) несколько раз сместить (покачать) предполагаемый отломок вперед-назад, прикладывая усилия к фронтальному отделу альвеолярного отростка. Указательным и большим

пальцами левой руки, расположенными слева и справа в зоне предполагаемой линии перелома (лучше в области скулоальвеолярных гребней, там, где пальпируется костный выступ), можно определить подвижность отломка по синхронному смещению («шевелению») его слева и справа. При этом на кожной части перегородки носа нередко образуется складка или изменяется окраска кожи в этом месте вследствие изменения степени натяжения мягких тканей. Перемещая указательный палец от грушевидного отверстия к бугру верхней челюсти и крыловидным отросткам и смещая сломанную верхнюю челюсть, клинически можно определить линию перелома на всем протяжении. При нанесении стерильно инъекционной иглой уколов на слизистую оболочку десны устанавливают нарушение болевой чувствительности, отсутствие или ее снижение на протяжении всех зубов верхней челюсти. Это связано с разрывом (травмой) передних, задних и средних луночковых ветвей подглазничного нерва, проходящих в толще стенок верхней челюсти. При перкуссии зубов определяется низкий перкуторный звук.

Перелом верхней челюсти по нижнему типу следует дифференцировать от перелома бокового отдела альвеолярного отростка верхней челюсти. Болевой симптом нагрузки, проведенный по описанной выше методике (надавливание на крыловидный отросток), при переломе альвеолярного отростка будет отрицательным, а нагрузка на большие коренные зубы сопровождается болью в его зоне. Кровоизлияние в верхний свод преддверия рта одностороннее, и подвижность верхней челюсти при ее покачивании за верхние зубы отсутствует.

На рентгенограмме костей лицевого скелета в передней полуаксиальной проекции в вертикальном положении больного определяется нарушение целостности стенок грушевидного отверстия и скулоальвеолярного гребня слева и справа, а также уровень жидкости в верхнечелюстных пазухах вследствие кровоизлияния в них.

Сроки обращения пострадавшего за помощью существенно не изменяют классических признаков перелома верхней челюсти, если не развиваются осложнения воспалительного характера. Тогда присоединяются признаки острого воспалительного заболевания околочелюстных мягких тканей (нагноение гематомы, абсцесс) или травматического гайморита. Кроме того, отек мягких тканей может уже исчезнуть, кровотечение прекратиться, а зона кровоподтеков иметь различную цветовую гамму или отсутствовать, что зависит от давности травмы. В этих условиях при пальпации более четко определяются костные выступы из-за отсутствия отека мягких тканей лица и преддверия рта.

Несмотря на внедрение в медицину новейших методов компьютерной визуализации, обычное рентгеновское исследование и клиническая диагностика данного вида травм челюстно-лицевой области несколько не утратили своей ценности и в большинстве случаев с их помощью вполне возможно правильно диагностировать данную нозологию. Однако использование таких видов исследования, как компьютерная и магнитно-резонансная томография, регистрация вызванных потенциалов, на мой взгляд, вполне оправдано при диагностике переломов верхней челюсти, сочетающихся с ЧМТ или с нарушением сознания другого генеза, особенно для уточнения объема поражения нервов и сосудов.

Список литературы:

1. Безрукова В.М., Робустова Т.Г., Руководство по хирургической стоматологии и челюстнолицевой хирургии, — М.: Медицина, 2000, 776с.
2. Швырков М.Б. Неогнестрельные переломы челюстей, М.: Медицина, 1999. -336с.
3. Бажанов Н.Н. Стоматология: Учебник, М.: Медицина, 1997. — 336с.
4. Тимофеев А.А. «Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» Медицина 2002 г. 245-256 стр.