

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Войно-Ясенецкого»**

Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Тема: «СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ»

Выполнил:
клинический ординатор 1-го года обучения
Специальность: стоматология общей практики
Аттокуров Д.К.
Руководитель ординатуры:
к.м.н., доцент Тарасова Н.В.

Красноярск, 2017

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

1. Механические повреждения верхней, средней, нижней и боковых зон лица

По локализации:

А. Травмы мягких тканей с повреждением:

- а) языка
- б) слюнных желез
- в) крупных сосудов
- г) крупных нервов

Б. Травмы костей:

- а) нижней челюсти
- б) верхней челюсти
- в) скуловых костей
- г) костей носа
- д) двух костей и более

2. По характеру ранения: сквозные, слепые, касательные, проникающие в полость рта, не проникающие в полость рта, проникающие в верхнечелюстную пазуху и полость носа

3. По механизму повреждения: Огнестрельные: пулевые, осколочные, шариковые, стреловидными элементами.

4. Комбинированные поражения

5. Ожоги

6. Отморожения

Сочетанная травма — повреждение не менее двух анатомических областей одним и более повреждающими факторами.

Сочетанные повреждения, как правило относят к наиболее тяжелому виду травм. Тяжесть клинических проявлений подобных повреждений обусловлена возникновением и развитием “синдрома взаимного отягощения“, что приводит к усугублению течения травмы. Большинство больных с подобной травмой находятся в бессознательном состоянии или же у них резко нарушено сознание. Обследование челюстно-лицевой области у таких пострадавших должно быть

проведено наиболее тщательно. Несомненно, что в обследовании больных с сочетанной травмой, должны принимать участие общий хирург (травматолог), невропатолог (нейрохирург) и нередко оториноларинголог, и офтальмолог.

Сразу после поступления в приемное отделение начинают исследование пострадавшего, при необходимости одновременно проводят реанимационные мероприятия или интенсивную терапию. В обследовании, определении тактики лечения и ее осуществлении наряду со специалистами других хирургических профилей должны принимать участие челюстно-лицевые травматологи, имеющие опыт лечения пострадавших с сочетанной травмой. Для определения характера повреждений челюстно-лицевой локализации используют клинические и рентгенологические методы исследования. Клинические методы являются основными, так как рентгенологическое обследование пострадавших с сочетанными повреждениями, как правило, можно производить при нестандартных укладках и его результаты недостаточно информативны. Данных квалифицированного клинического обследования в сочетании с результатами обзорных рентгенограмм мозгового и лицевого черепа достаточно для выявления повреждений лица, составления плана и проведения специализированного лечения. Откладывать проведение лечебных мероприятий до получения исчерпывающих данных рентгенологического обследования недопустимо. Специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме может быть экстренным, срочным и отсроченным.

Экстренное специализированное лечение:

Включает мероприятия, направленные на остановку кровотечения и улучшение условий внешнего дыхания, их выполняют немедленно после определения соответствующих показаний. Срочное специализированное лечение, осуществляемое в течение первых 2 суток, заключается в первичной хирургической обработке ран, вправлении и временном или окончательном закреплении отломков костей лицевого скелета. Его проводят параллельно или последовательно с хирургическим лечением повреждений других локализаций: первичной хирургической обработкой ран, диагностической и декомпрессивной трепанацией черепа, пункциями и дренированием плевральной полости, лапароцентезом, лапаротомией, усечением или ампутацией разможенных сегментов конечностей, вправлением и закреплении отломков длинных трубчатых костей и др. Отсроченным считают специализированное лечение, проведенное через 48 часов с момента поступления пострадавшего и позже.

Система реанимационных мероприятий и методов оказания неотложной и специализированной помощи при сочетанных повреждениях, в том числе и переломах челюстей

Восполнение объема циркулирующей крови и восстановление гемодинамики (переливание крови и ее препаратов, в зависимости от индивидуальных особенностей от 0,5 до 3 литров);

Обеспечивается проходимость дыхательных путей в кратчайшие сроки после травмы; Обеспечивается иммобилизация отломков при переломах наиболее быстрыми и надежными способами;

Проводят хирургические вмешательства для остановки кровотечения и устранения других опасных для жизни нарушений

Для повышения сосудистого тонуса применяют адреномиметики. Нейролептики применяют при психомоторном возбуждении и артериальной гипертензии. Также назначают оксибутират натрия, для повышения устойчивости мозга к гипоксии;

- . Осуществляют дренаж бронхиального дерева. Для борьбы с отеком мозга применяют мочевину, сорбитол, лазикс, глюкокортикоиды;
- . Корректируют свертывающую и противосвертывающую системы крови;
- . Проводят коррекцию кислотно-щелочного равновесия. При ацидозе вводят 200-400 мл 4% натрия бикарбоната, при алкалозе 5% раствор аскорбиновой кислоты. Назначают внутрь хлорид калия;
- . Для предупреждения сепсиса применяют антибиотики в массивных дозах: пенициллин (до 80 млн. ЕД/сутки), цефопин (6 г/сутки), мономицин и др. Осуществляют форсированный диурез (лазикс, гемодез, глюкоза).

В этот комплекс включают также меры по борьбе с анурией, жировой эмболией и другими осложнениями сочетанной травмы.

Специализированное лечение повреждений лица у пострадавшего с сочетанной травмой желателно начинать в ранние сроки, однако время его проведения, объем и характер зависят от тяжести повреждения и индивидуальной реакции пострадавшего на травму.

Опыт использования приведенной методики, накопленный ЛНИИТО им. Р. Р. Вредена, показал, что у пострадавших первой группы срочное специализированное лечение повреждений лица следует проводить в полном объеме на фоне интенсивной терапии (в среднем спустя 4-7 ч после травмы). У пострадавших второй группы специализированное лечение можно проводить в полном объеме, отложив его до стойкой стабилизации гемодинамики (в среднем на 12-24 ч с момента травмы). У пострадавших третьей группы допустимы только экстренные хирургические вмешательства, направленные на остановку кровотечения и борьбу с нарушением внешнего дыхания. У пострадавших с тяжелой сочетанной травмой все хирургические вмешательства предпочтительно проводить под эндотрахеальным наркозом.

Срочное (раннее) специализированное лечение:

Первым этапом лечения является первичная хирургическая обработка ран, которую проводят по общим правилам. С особой тщательностью удаляют инородные тела, нежизнеспособные ткани, по возможности все потенциальные источники воспаления, отграничивают костные раны от полости рта. Успех лечения пострадавших с сочетанной травмой во многом зависит от качества первичной хирургической обработки ран лица и характера их заживления.

Лечение переломов костей лицевого скелета:

Обездвиживание отломков костей лица при множественных, или нестабильных, переломах имеет ряд особенностей. При оскольчатых нестабильных переломах скуловых дуг для сохранения достигнутого при вправлении положения применяют подвешивание тела скуловой кости к костям черепа на проволочной или полиамидной петле. Для закрепления отломков верхних челюстей могут быть использованы капповые окклюзионные накладки или индивидуальная верхнечелюстная шина с окклюзионными валиками. При многооскольчатых нестабильных переломах верхних челюстей и скуловых дуг со значительным смещением, подвижностью отломков и отвисанием лицевого черепа для удержания достигнутого при вправлении положения применяют подвешивание костей

лицевого черепа к костям мозгового черепа. Используют методики Адамса, подвешивание за индивидуальную проволочную или пластмассовую с окклюзионными накладками верхнечелюстную шину, верхнечелюстной зубной протез или стандартную пластмассовую ложку. Эти мероприятия позволяют устранить или уменьшить ликворею. В случаях, когда одномоментно вправить и удержать в правильном положении отломки костей средней зоны лица не удается, у пострадавших с сомнительным и неблагоприятным прогнозом применяют вытяжение через блок за назубную проволочную шину, надетую на верхнюю челюсть, или за спицы, проведенные через тело верхней челюсти. После улучшения общего состояния пострадавшего используют межчелюстное вытяжение, ортопедические или хирургические приемы для окончательного устранения смещения костных отломков и восстановления прикуса.

Лечение переломов нижней челюсти:

При закрытых переломах нижней челюсти на протяжении зубного ряда и благоприятном или сомнительном прогнозе необходимо вправить отломки и закрепить их единой челюстной шиной с зацепными петлями. После улучшения общего состояния пострадавшего в случае необходимости может быть применено межчелюстное вытяжение. При открытых переломах нижней челюсти и благоприятном или сомнительном прогнозе показан остеосинтез титановой проволокой сечением 0,8-1 мм. Для закрепления отломков следует применять простой и малотравматичный шов в виде одной или нескольких одиночных петель. После остеосинтеза рану мягких тканей послойно зашивают и дренируют. На зубы нижней челюсти дополнительно накладывают единой челюстной гнутую алюминиевую шину или ленточную шину Васильева и армируют их быстротвердеющей пластмассой. В послеоперационном периоде в течение недели необходимо производить ежедневные перевязки ран для своевременного выявления и удаления гематом. Выпускники следует удалять не ранее 4-5-го дня после операции. При тяжелом состоянии пострадавшего и необходимости ограничить объем хирургического вмешательства целесообразно использовать остеосинтез отломков нижней челюсти спицами.

При переломах мышечковых отростков нижней челюсти с незначительным смещением отломков, сочетающихся с переломом верхней челюсти, не требующим вправления, закрепление можно осуществить верхнечелюстной шиной и окклюзионными накладками в сочетании с эластической тягой трубчатого бинта. При оскольчатых двусторонних переломах ветвей или мышечковых отростков со смещением мышечков нужно применить скелетное вытяжение нижней челюсти. Спицы при этом проводят в подбородочном отделе нижней челюсти. Между большими коренными зубами помещают распорки из пластмассы или используют верхнечелюстную шину с окклюзионными накладками. Закрепление отломков верхней челюсти индивидуальной верхнечелюстной шиной необходимо проводить в течение не менее 3 недель. При сочетанных переломах верхней челюсти и ветвей или мышечковых отростков нижней челюсти это закрепление следует продолжить до 4 недель.

Отсроченное специализированное лечение:

При повреждении мозгового черепа в сочетании с переломом верхней

челюсти по верхнему типу если не обеспечить жесткой фиксации челюсти слюна и раневое отделяемое будет поступать по щелям перелома к основанию черепа, что в последующем может привести к гнойным осложнениям со стороны головного мозга и его оболочек, напротив репозиция скуловой кости может быть проведена в более поздние сроки (до 4-6 недель).

При переломах нижней челюсти, там, где это возможно следует обходиться одночелюстной шиной или осуществлять фиксацию отломков оперативным путем. При переломах верхней челюсти хорошие результаты показывает комплекс ОЕК-

1. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ:

Необходимо проводить лечебные мероприятия, направленные на санацию трахеобронхиального дерева (систематическое отсасывание отделяемого из полости рта, верхних дыхательных путей, промывание бронхов антисептическими растворами, ингаляции фитонцидов), антибактериальную терапию, при отсутствии противопоказаний — противовоспалительное физиотерапевтическое лечение. Не менее важное значение имеет систематическая очистка естественных полостей (полости рта и носа, глаз), закапывание несколько раз в сутки 20% раствора сульфацила натрия.

При переломах челюстей в течение первых 2 недель необходимо питание жидкой пищей, затем режим питания расширяют зависимости от вида закрепления отломков костей и течения процесса заживления.

Список литературы

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Учебник.— М.: Медицина, 2003
2. Соловьев М.М. Пропедевтика хирургической стоматологии. — М.: МЕДпресс–информ, 2007
3. Хирургическая стоматология. Учебник./ Под ред. В.А.Дунаевского.— М., Медицина, 1979.
4. Стоматология. Учебник./ Под ред. В.Н.Трезубова и С.Д.Арутюнова. — М.: Медицинская книга, 2003.
5. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология (запись и ведение истории бо- лезни). Учебное пособие. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2005.