

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии

Реферат:

«Алгоритм ведения пациентов с травмами челюстно-лицевой области»

Выполнил: ординатор
кафедры-клиники хирургической стоматологии и ЧЛХ
по специальности «челюстно-лицевая хирургия»
Кан Иван Владимирович
Рецензент: д.м.н., проф. Левенец Анатолий Александрович

Красноярск, 2018

Содержание

Введение	3
Перелом зубо-альвеолярного комплекса	5
Перелом нижней челюсти	6
Перелом скуло-орбитального комплекса и скуловой дуги	9
Перелом верхних челюстей	12
Заключение	14
Список литературы	15

Введение

Травмы челюстно-лицевой области относятся к числу наиболее распространенных повреждений, с постоянной тенденцией к их увеличению. В структуре заболеваемости взрослого населения РФ травмы челюстно-лицевой области занимают 10-е место и составляют от 3,2 до 8,0% от всех травм.

По результатам работы КГБУЗ «ККБ» число больных с повреждением ЧЛО за последние 5 лет увеличивается от 32,1% до 36,6% от общего числа госпитализаций в отделение челюстно-лицевой хирургии. Отмечается тенденция к повышению количества травм среди населения трудоспособного возраста, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. Переломы костей лицевого скелета встречаются в результате разбойных нападений, ДТП, падений с высоты, спортивных травм в соотношении - нижняя челюсть: скуловые кости: верхние челюсти, как 6:2:1.

Травмы челюстно-лицевой области тяжело переносятся больными в связи с выраженным болевым синдромом, эстетическими и функциональными нарушениями, длительными сроками реабилитации, которые зависят, в том числе от развития посттравматических осложнений, возникающих вследствие позднего обращения за помощью, наличия одонтогенных очагов. Наиболее опасными осложнениями при острой травме челюстно-лицевой области являются все виды асфиксий, включая аспирацию верхних и средних дыхательных путей кровью, рвотными массами, фрагментами челюстей и мягких тканей при их дислокации, отрыве или значительном смещении; кровотечение из костной раны с развитием геморрагического шока, нарастающие гематомы со сдавлением магистральных кровеносных сосудов шеи, верхних дыхательных путей; черепно-мозговые повреждения – ушибы, внутричерепные гематомы в сочетании с переломами костей лицевого скелета и мягких тканей. В отсроченном и позднем периодах могут развиваться гнойные менингиты, абсцессы мозга, флегмоны мягких тканей окологлазничных локализаций с распространением на глубокие клетчаточные пространства

головы, лица, шеи, медиастина, и как следствие сепсис, бактериальный эндокардит.

Переломы зубо-альвеолярного комплекса

При поступлении пациента с подозрением на перелом зубо-альвеолярного комплекса внешний осмотр следует проводить, обращая внимание на наличие гематом, порезов. Внутриротовой осмотр следует начинать с мягких тканей, отмечая целостность губ, слизистой оболочки полости рта, десны. Необходимо тщательно выполнить ревизию ран слизистой оболочки, убедиться в отсутствии в них зубов, осколков и инородных тел. Важно правильно записать зубную формулу в амбулаторную карту. При полном вывихе зубов и безрезультатном поиске их в полости рта выполнение рентгенографии органов грудной клетки является обязательным.

Дополнительным методом исследования при подозрении на перелом альвеолярного отростка или части достаточным может быть выполнение ортопантомограммы.

Лечение такого перелома заключается в ручной репозиции отломков под местной анестезией, фиксации их шиной скобой на 4 недели, назначении антибиотиков, анальгетиков и выполнении антисептических ротовых ванночек.

Переломы нижней челюсти

Выраженный болевой фактор при движении нижней челюсти (НЧ) и посттравматический отек не являются ведущим симптомом при переломе нижней челюсти и могут встречаться при ушибах мягких тканей лица. Ключевым признаком при переломах является нарушение прикуса, функции ВНЧС, при этом может отмечаться нарушение вертикального, сагиттального, трансверсального движений НЧ.

При осмотре пациентов с подозрением на перелом НЧ необходимо обратить внимание на степень открывания рта, тщательно записать зубную формулу, проверить непрерывность зубного ряда, подвижность зубов, осмотреть слизистую оболочку, выполнить пальпацию челюсти, провести нагрузочные пробы.

При переломе НЧ наблюдаются нарушение прикуса (причем отмечает это и сам пациент), ограничение открывания рта, наличие расстояния или «ступеньки» между соседними зубами, разрывы слизистой оболочки, гематомы подъязычной области, подвижность отломков НЧ, положительные нагрузочные пробы. При пальпации НЧ определяется крепитация отломков. Необходимо осмотреть наружные слуховые проходы. Наличие в них крови может означать перелом основания черепа с разрывом барабанной перепонки уха, нужно помнить, что этот признак часто является следствием перелома мышечкового отростка нижней челюсти с повреждением наружного слухового прохода.

На рисунке 1 представлена характеристика переломов нижней челюсти и их процентное соотношение.



Рис. 1. Схема переломов нижней челюсти и их процентное соотношение.

Дополнительным и обязательным методом исследования является рентгенография. Выполнение рентгенограмм нижней челюсти в прямой, правой и левой боковых проекциях в большинстве случаев является достаточным для выявления факта перелома НЧ.

Для постановки окончательного диагноза и планирования дальнейшего лечения может потребоваться более подробное рентгенологическое обследование, в том числе спиральная компьютерная томография (СКТ). Если в полости рта отсутствуют зубы, а лунки зубов зияют, необходимо выполнить рентгенограмму органов грудной клетки, чтобы исключить попадание зубов в трахею и главные бронхи.

Переломы нижней челюсти, за исключением переломов мыщелкового отростка и ветви, большей частью являются открытыми, т.к. есть связь костной раны с внешней средой, поэтому таким пациентам должна быть назначена адекватная антибактериальная терапия.

Пациентам с переломом НЧ как можно раньше должно быть выполнено удаление жевательных зубов из щели перелома и ушивание лунок удаленных зубов. Необходимо выполнить шинирование челюстей, задачей которого является обеспечение неподвижности костных отломков. Различные виды временной транспортной иммобилизации НЧ (мягкая пращевидная, циркулярная марлевая подбородочно-теменная повязка) также могут быть

использованы врачами стоматологами в качестве иммобилизации челюстей на этапе транспортировки в специализированное стационарное учреждение, однако они не дают надежной фиксации НЧ и не обеспечивают полную неподвижность отломков. После шинирования челюстей должны быть выполнены контрольные рентгенограммы. В случае смещения отломков на контрольных рентгенограммах пациенты немедленно должны быть направлены для дальнейшего оперативного лечения.

Необходимо особо подчеркнуть, что объем и травматичность оперативного вмешательства, а в дальнейшем и реабилитация пациентов с переломом нижней челюсти напрямую зависят от давности нанесения перелома.

Переломы скуло-орбитального комплекса и скуловой дуги

Перелом скуловой кости и дуги в 70-90% сопровождается нарушением чувствительности тканей верхней губы, щечной области, зубов верхней челюсти на стороне поражения. Пациент может отмечать кровотечение из носа вследствие разрыва слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, деформацию лица, затрудненное открывание рта вследствие смещения отломков к НЧ.

Предположить перелом скуловой кости следует, когда у пациента имеется параорбитальная гематома, гемофтальм. При осмотре следует оценить симметричность лица, основываясь на противоположную, неповрежденную сторону. При пальпации по нижнеглазничному краю при переломе скуловой кости может присутствовать симптом «ступеньки». Необходимо пропальпировать область скулолобного шва и скуловой контрфорс со стороны полости рта над первым и вторым молярами.

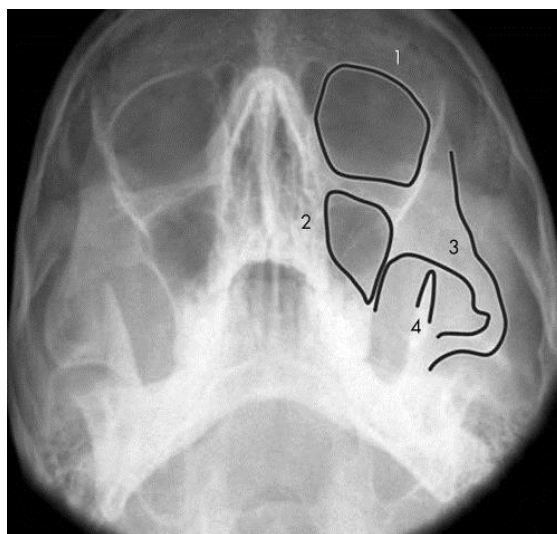
Для оценки состояния скуловой дуги, осмотр лучше всего проводить из-за головы пациента, при ее переломе может наблюдаться уплощение контуров лица. При пальпации скуловой дуги может отмечаться западение контуров, «ямочка», однако в результате отека этот симптом может быть нечетким или не определяться.

При переломах скуловой кости и дуги часто отмечается ограничение открывания рта, болезненные вертикальные и боковые движения НЧ.

Часто, при переломах скуловой кости встречаются повреждения глаз, поэтому сбор офтальмологического анамнеза при подозрении на перелом скуловой кости является обязательным. Необходимо оценить движения глазного яблока, остроту зрения, проверить поля зрения и световой зрачковый рефлекс. При переломе скуловой кости может наблюдаться двоение в глазах, пониженный уровень зрачка на пораженной стороне – симптом hypoglobus, пониженный уровень глазного яблока – симптом enophthalmus. Целостность зрительного нерва при птозе, вследствие отека верхнего века, необходимо оценить с помощью направленного света на закрытый глаз, пациент отметит, как он воспринимает световую чувствительность.

Дополнительным и обязательным методом исследования является рентгенография. Выполнение рентгенограммы лицевого скелета в полуаксиальной или аксиальной укладке в большинстве случаев является достаточным для выявления перелома и положения скуловой кости и дуги.

При интерпретации рентгенограммы лицевого скелета необходимо оценить воздушность верхнечелюстных пазух (возможность гемосинуса). Необходимо оценить симметричность контуров орбит и верхнечелюстных пазух, непрерывность контуров скуловой кости и дуги (рис. 2).



1 – Орбита; 2 – Верхнечелюстная пазуха; 3 – Скуловая кость и дуга; 4 – Венечный отросток нижней челюсти

Рис. 2. Схема, соответствующая анатомии скуловой кости и дуги на рентгенограмме лицевого скелета в полуаксиальной укладке.

При рассмотрении рентгенограммы в полуаксиальной укладке необходимо обращать особое внимание на наиболее вероятные точки переломов костей лицевого скелета (рис. 3).

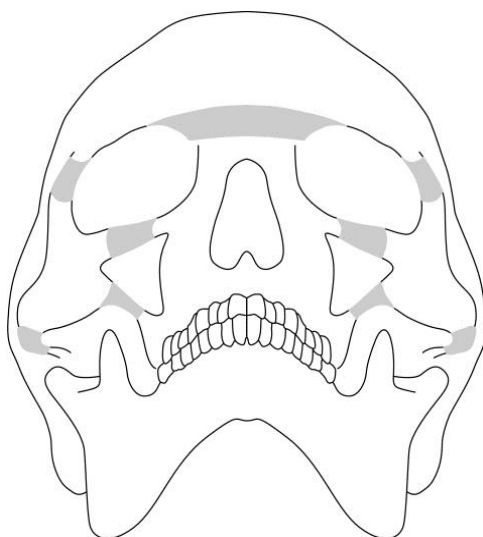


Рис. 3. Схема наиболее вероятных точек переломов костей лицевого скелета на рентгенограмме в полуаксиальной укладке.

Для планирования оперативного лечения пациентов с переломом скуловой кости и дуги мы склоняемся на выполнение СКТ лицевого скелета с 3D реконструкцией.

Пациенты с переломами скуловой кости и дуги со смещением требуют оперативного лечения в ранние сроки после травмы.

Переломы верхних челюстей

Переломы верхних челюстей принято подразделять на 3 типа: I – низкий уровень, II – средний уровень, III – высокий уровень, черепно-лицевое разобщение (рис. 4).

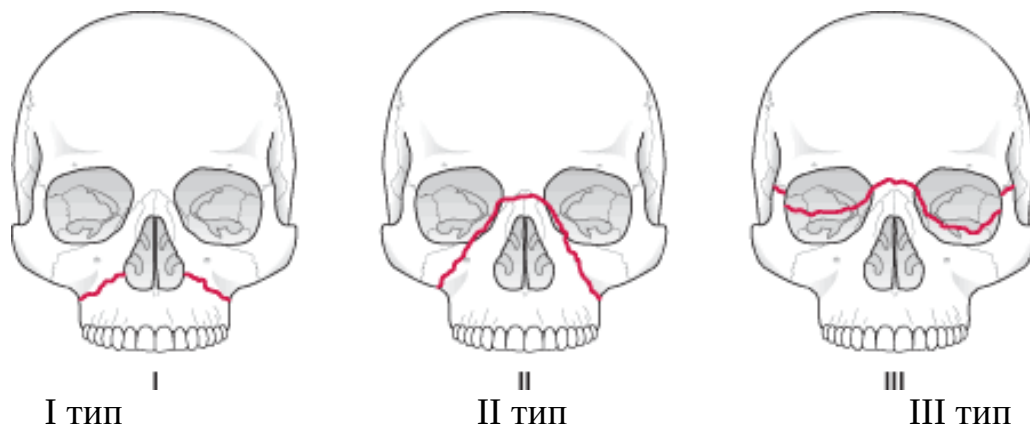


Рис. 4. Схема типов переломов верхних челюстей.

При переломе верхних челюстей пациенты отмечают нарушение прикуса. При осмотре пациентов могут отмечаться двусторонние параорбитальные гематомы (симптом «очков», лицо панды или енотовидные глаза), гематомы в области сосцевидных отростков, рваные раны слизистой оболочки неба, открытый прикус, симптомы «ступеньки» по нижнеглазничным краям. При пальпации верхних челюстей определяется их патологическая подвижность. Переломы верхних челюстей по II и III типам часто сопровождаются рино-, отоликвореей, что указывает на возможность перелома основания черепа, поэтому в обязательном порядке такие пациенты должны быть осмотрены врачом нейрохирургом.

Золотым стандартом для диагностики переломов верхних челюстей является СКТ лицевого скелета с 3D реконструкцией.

Пациентам с выявленным переломом верхних челюстей в первую очередь необходимо назначить адекватную антибактериальную терапию. Общим принципом лечения является иммобилизация челюстей с помощью внутриротовых и внеротовых фиксаторов одновременно, однако при наличии у пациента тошноты и рвоты, данный этап лечения противопоказан. Все пациенты с переломами верхних челюстей немедленно должны быть

направлены в специализированное лечебное учреждение для дальнейшего оперативного лечения.

Заключение

Нарушение принципов тактики ведения экстренного больного, отсутствие должного обследования и поздние сроки начала лечения пациентов с переломами костей лицевого скелета могут повлечь за собой нарушения функции жевания, речи, зрения, эстетики лица, требующие длительной реабилитации.

Необходимо отработать четкий план обследования и лечения при поступлении пациентов с подозрением на переломы костей лицевого скелета. Врачом стоматологом должны быть проанализированы жалобы, данные анамнеза основного и сопутствующих и сочетанных заболеваний, проведены оценка общего состояния и степени черепно-мозговой травмы, анализ клинических проявлений травмы, выполнена рентгенография. При подтверждении перелома нижней челюстей в срочном порядке, для обеспечения иммобилизации отломков, должно быть выполнено шинирование челюстей (транспортная фиксация нижней челюсти допускается только при адентии и угрозе рвотного рефлекса), удаление жевательного зуба из щели перелома, после чего необходимо выполнить контрольную рентгенографию.

При подозрении на переломы скуловых костей и верхних челюстей должно быть выполнено рентгенологическое исследование, при наличии - СКТ лицевого скелета. При подтверждении переломов пациенты немедленно должны быть транспортированы в специализированное лечебное учреждение.

Необходимо помнить, что первичная консолидация костей лицевого скелета наступает в течение 14 дней, поэтому оперативное вмешательство должно быть проведено как можно раньше от срока получения травмы.

Список литературы

1. Бахтеева, Г.Р. Статистическое исследование травм челюстно-лицевой области / Г.Р. Бахтеева, А.С. Кузьмин // Бюлл. мед. Интернет-конф. - 2012. - Т.2, №11. – С. 930.
2. Дубровин, М.С. Медико-социальная характеристика больных с повреждениями челюстно-лицевой области / М.С. Дубровин, И.С. Копецкий, В.С. Полунин // Вестник Росздравнадзора. – 2013. - №2. - С. 46-48.
3. Клинико-статистический анализ травматических повреждений челюстно-лицевой области и их осложнений по материалам работы отделения челюстно-лицевой хирургии за 2008–2012 годы / А. В. Лепилин, Г.Р. Бахтеева, В.Г. Ноздрачев и др. // Саратовский науч.-мед. журнал. - 2013. - Т.9, №3. - С. 425–428.
4. Лёвина, К.С. Особенности травм челюстно-лицевой области, сочетающихся с закрытыми черепно-мозговыми травмами / К.С. Лёвина // Бюлл. мед. Интернет-конф. - 2014. - Т.4, №4. – С. 361.
5. Фокас, Н.Н. Характеристика повреждений челюстно-лицевой области у взрослого населения и анализ деятельности отделения челюстно-лицевой хирургии по материалам КГБУЗ ККБ (г. Красноярск) / Н.Н. Фокас, А.А. Левенец, Н.А. Горбач // Сибирское мед. обозрение. – 2014. - № 3. - С. 44-48.
6. Христофорандо, Д.Ю. Черепно-лицевая травма, структура, диагностика, лечение / Д.Ю. Христофорандо, С.М. Карпов, Е.М Шарипов // Кубанский науч. мед. вестник. – 2011. – Т.128, №5 – С. 171-173.
7. Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 1: advanced trauma life support / P. Ó. Ceallaigh, K. Ekanaykage, C. J. Beirne et al. // Emerg. Med. J. – 2006. – V.23, №10. – P. 796–797.

8. Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 2: mandibular fractures / P. Ó. Ceallaigh, K. Ekanaykaee, C. J. Beirne et al. // Emerg. Med. J. – 2006. – V.23, №12. – P. 927–928.
9. Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 3: orbitozygomatic complex and zygomatic arch fractures / P. Ó. Ceallaigh, K. Ekanaykaee, C. J. Beirne et al. // Emerg. Med. J. – 2007. – V.24, №2. – P. 120–122.
10. Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 4: orbital floor and midface fractures/ P. Ó. Ceallaigh, K. Ekanaykaee, C. J. Beirne et al. // Emerg. Med. J. – 2007. – V.24, №4. – P. 292–293.
11. Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 5: dentoalveolar injuries / P. Ó. Ceallaigh, K. Ekanaykaee, C. J. Beirne et al. // Emerg. Med. J. – 2007. – V.24, №6. – P. 429–430.
12. Dongas, P. Mandibular fracture patterns in Tasmania, Australia / P. Dongas, G.M. Hall // Aust. Dent. J. – 2002. – V.47, №2. – P. 131–213.