



ТРАВМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

ВВЕДЕНИЕ

Повреждение – нарушение целостной структуры на клеточном, тканевом или органном уровне, возникающее вследствие действия повреждающего агента. Может быть вызвано механическим действием, в том числе и огнестрельным оружием, физическими факторами – термическое повреждение, лучевое повреждение; химическими факторами – повреждение кислотами, щелочами, отравляющими химическими агентами.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ

- Классификация – разделение повреждений на механические, в свою очередь, подразделяющиеся по локализации, характеру и механизму повреждения, а также комбинированные поражения, ожоги, отморожения, химические и лучевые повреждения.
- Повреждения могут быть изолированными, т.е. поражающими лишь одну анатомическую область, одиночными и множественными.
- Повреждения могут быть сочетанными, одиночными и множественными, если речь идет о повреждении одним повреждающим фактором нескольких анатомических областей.
- Комбинированная травма – одновременное воздействие на ткани или органы разных по механизму действия повреждающих факторов: механическое и термическое воздействие на ткани лица; механическое и лучевое воздействие; огнестрельную рану и химический ожог и т.п.

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА

Переломы костей лицевого скелета составляют от 5-6% до 7-9% травматических повреждений скелета. На переломы нижней челюсти приходится до 65-85% от общего числа травм тканей лица; верхняя челюсть – 4-6%; скуловые кости и кости носа – соответственно 7-9% и 4-7%.

Переломы костей, возникшие в результате действия силы на неповрежденную кость, относятся к травматическим, а переломы, возникшие в результате действия силы на измененную патологическим процессом (опухоль, киста, остеомиелит) кость, относятся к патологическим.



ПЕРЕЛОМЫ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК РАССМАТРИВАЮТСЯ КАК ЗАКРЫТЫЕ. ПЕРЕЛОМЫ, КОТОРЫЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ НАРУШЕНИЕМ ЦЕЛОСТНОСТИ ЭТИХ ТКАНЕЙ – ОТКРЫТЫЕ И ПЕРВИЧНО-ИНФИЦИРОВАННЫЕ.

ПЕРЕЛОМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ НА МЕСТЕ ПРИЛОЖЕНИЯ СИЛЫ, - ПРЯМОЙ; НА ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЕ (ЧТО БОЛЬШЕ ОТНОСИТСЯ К ПЕРЕЛОМАМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ) – ОТРАЖЕННЫЙ.

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИЛЫ, НАПРАВЛЕНИЯ И МЕСТА ПРИЛОЖЕНИЯ УДАРА ВОЗНИКАЮТ ОДИНОЧНЫЕ , ДВОЙНЫЕ, ЧАЩЕ ДВУСТОРОННИЕ, ИНОГДА МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ

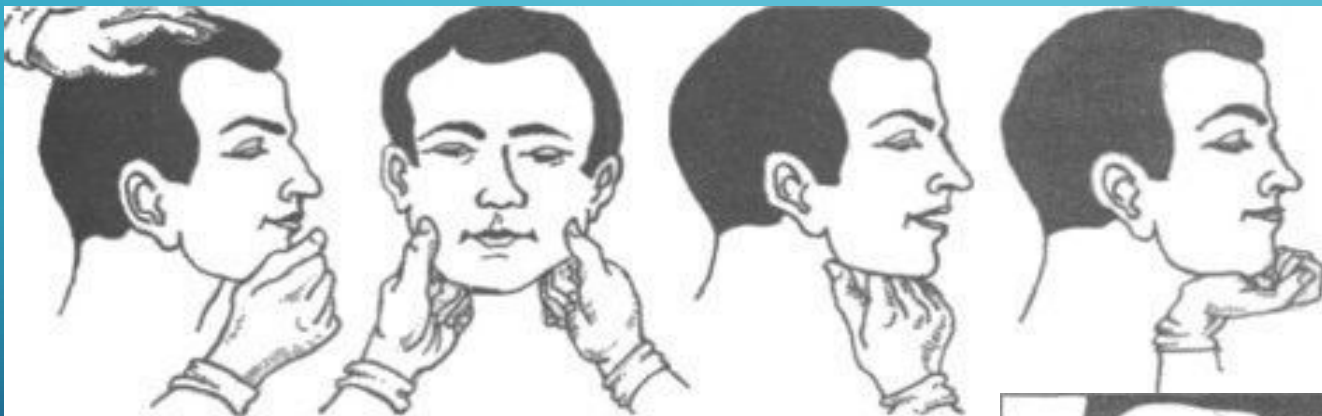
Смещение отломков зависит от:

- силы тяги жевательных мышц;
- локализации перелома и количества отломков;
- силы и направления удара;
- массы (тяжести) отломка.

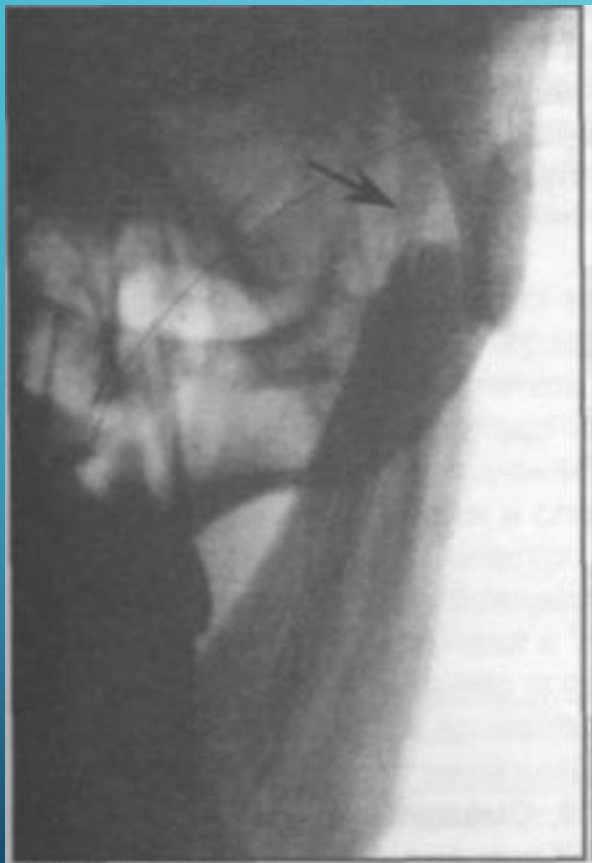


ДИАГНОСТИКА ПЕРЕЛОМА НЧ И ОСНОВНЫЕ, ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ СИМПТОМЫ:

- 1.ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ ОТЛОМКОВ.
- 2.СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ, ПРИВОДЯЩЕЕ К НАРУШЕНИЮ ПРИКУСА.
- 3.КРЕПИТАЦИЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ИХ СМЕЩЕНИИ ПАЛЬЦАМИ.
- 4.СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПО ОСИ ИЛИ СИМПТОМ НЕПРЯМОЙ БОЛЕЗНЕННОСТИ – ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА ПРИ НАДАВЛИВАНИИ ИЛИ ПОСТУКИВАНИИ ПО ЧЕЛЮСТИ В СТОРОНЕ ОТ ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА ПЕРЕЛОМ УЧАСТКА.



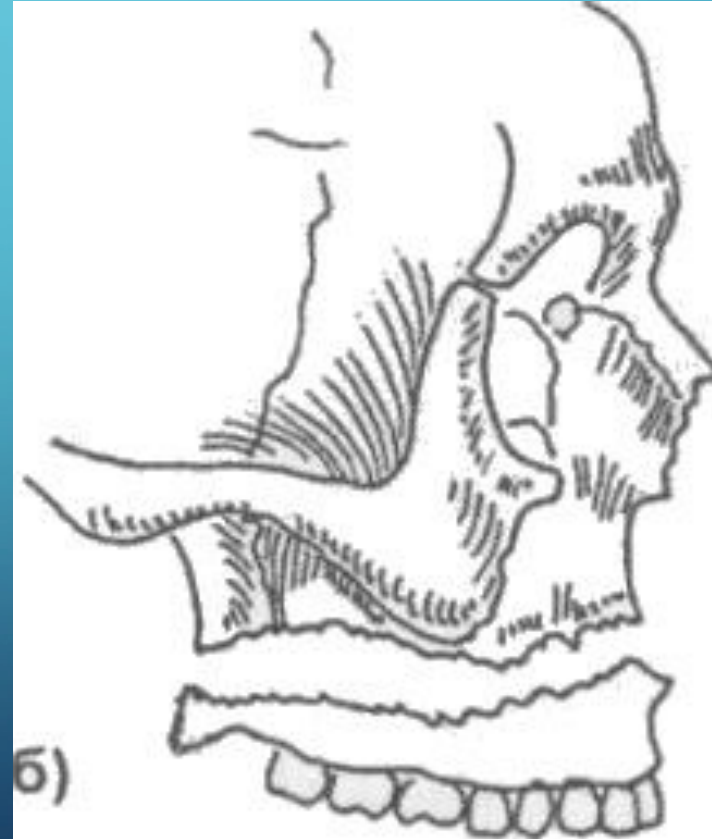
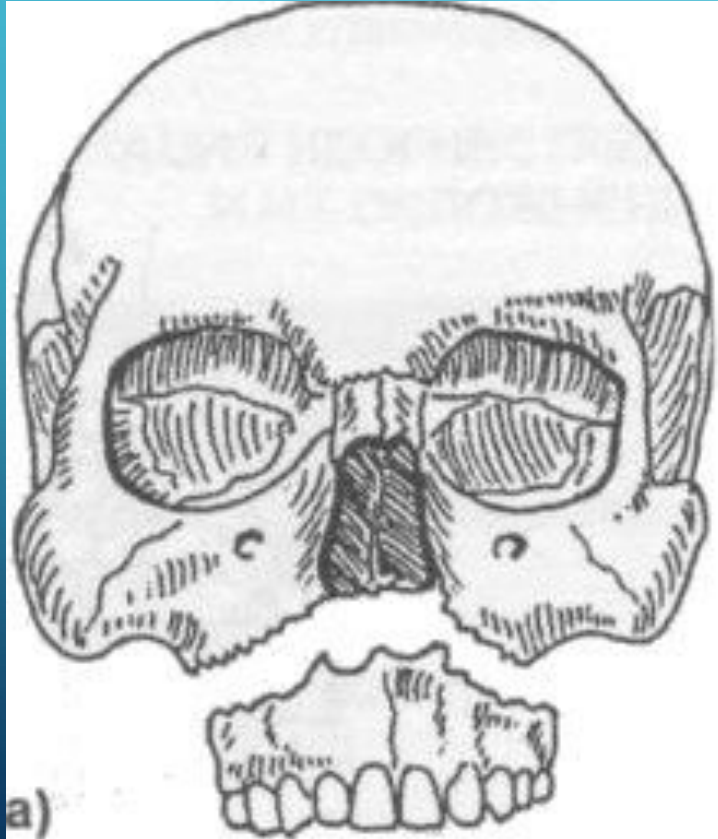
ПЕРЕЛОМ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ НА РЕНТГЕНЕ



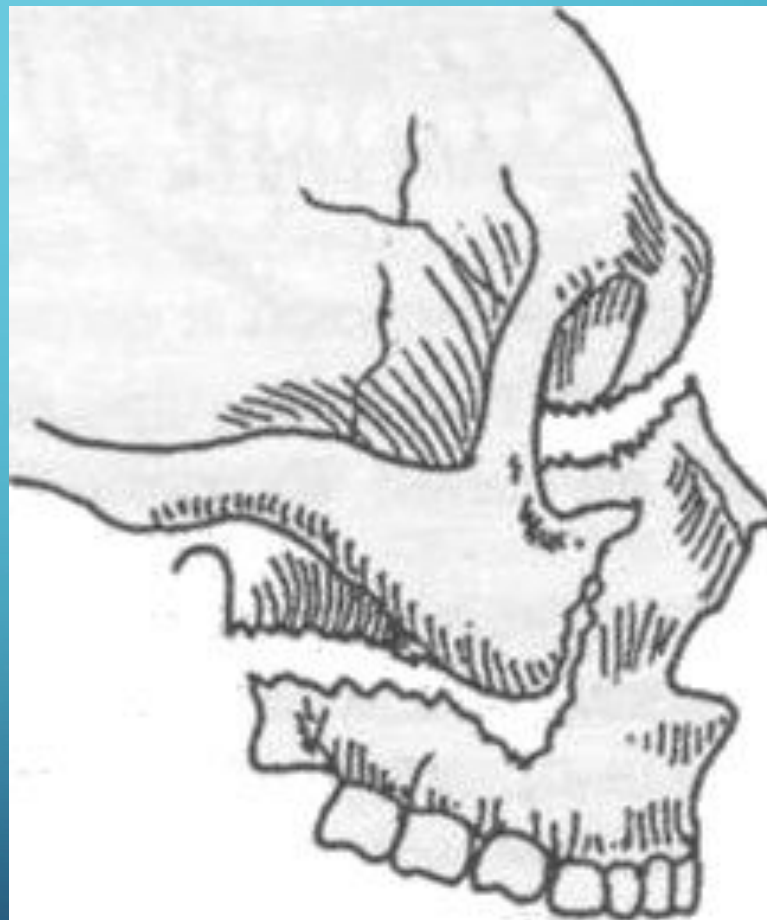
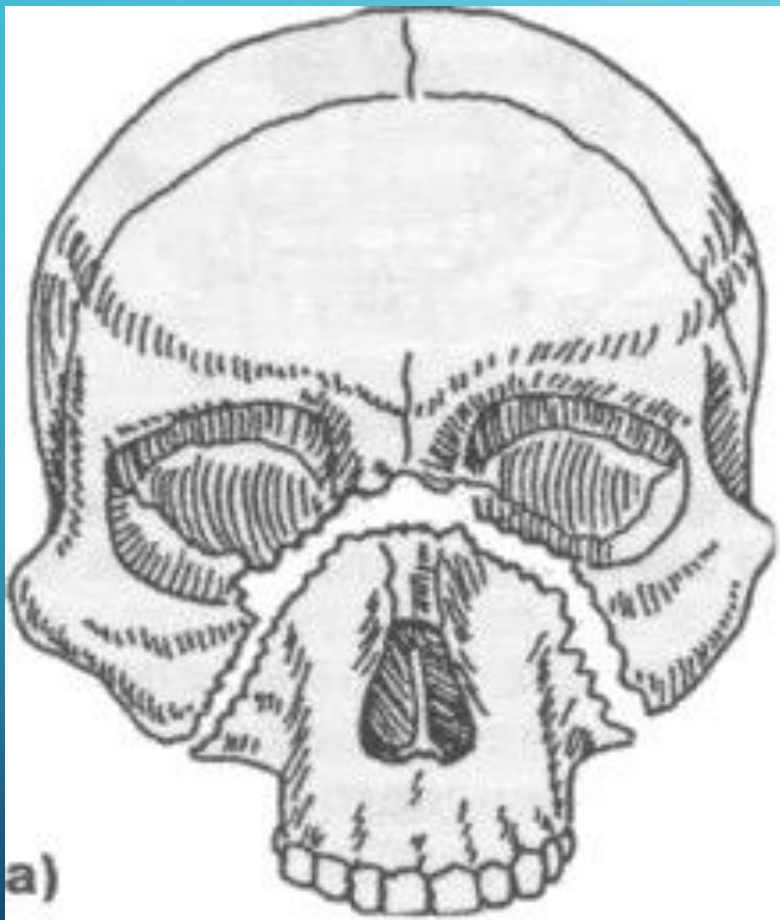
В ОТЛИЧИЕ ОТ ЕДИНСТВЕННОЙ НЕПАРНОЙ И ПОДВИЖНОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ВСЕ ОСТАЛЬНЫЕ КОСТИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА, ФОРМИРУЮЩИЕ СРЕДНЮЮ ЗОНУ ЛИЦА, - ПАРНЫЕ И НЕПОДВИЖНЫЕ.

УЧИТЫВАЯ СЛОЖНОСТЬ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА, В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩУЮ КЛАССИФИКАЦИЮ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ:

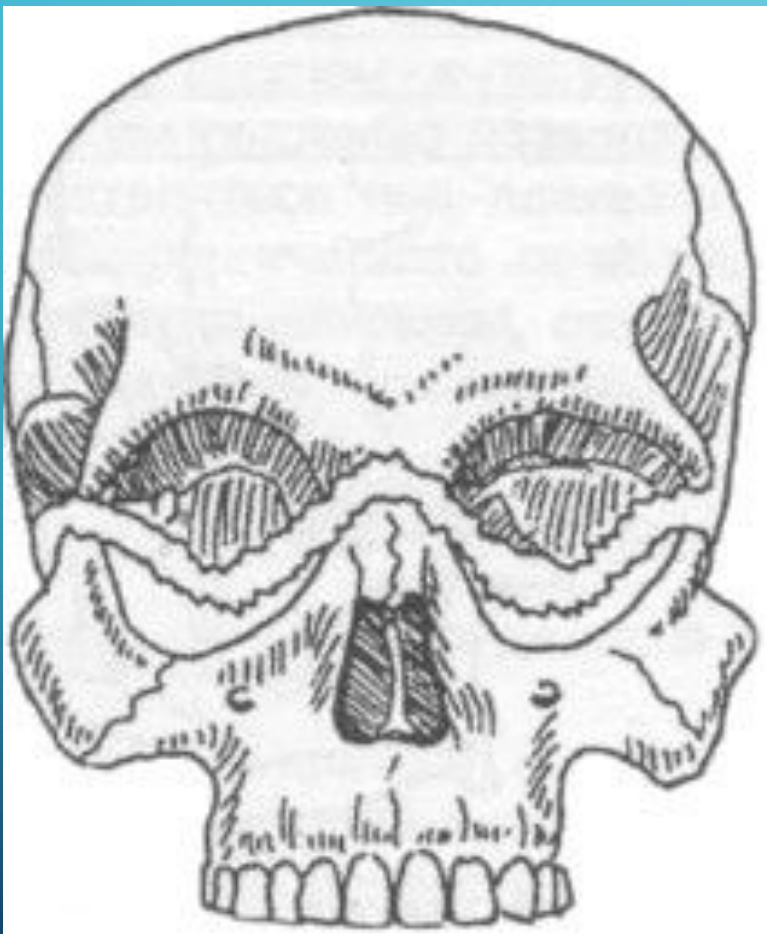
перелом по нижнему типу (субназальный) – Ле Фор I



ПЕРЕЛОМ ПО СРЕДНЕМУ ТИПУ (СУБОРБИТАЛЬНЫЙ) – ЛЕ ФОР II



ПЕРЕЛОМ ПО ВЕРХНЕМУ ТИПУ (СУББАЗАЛЬНЫЙ) – ЛЕ ФОР Ш



ПЕРЕЛОМЫ В БОЛЬШИНСТВЕ СВОЕМ ТАКЖЕ ОТКРЫТЫЕ И ПЕРВИЧНО-ИНФИЦИРОВАННЫЕ. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЭТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОЗМОЖНЫ МЕНИНГИАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ, ПОТЕРЯ, ЗАМУТНЕНИЕ СОЗНАНИЯ, ТОШНОТА, РВОТА, НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ, ЭМФИЗЕМА ТКАНЕЙ ЛИЦА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ, ИСТЕЧЕНИЕ ЛИКВОРА. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАТРУДНЕНА, ПОЭТОМУ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗОВАТЬ КТ И ДРУГИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ ОТЛОМКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ ПЕРЕЛОМЕ:

ЗАХВАТЫВАЮТ ПАЛЬЦАМИ ОДНОЙ РУКИ ВЕРХНИЕ ЗУБЫ И ОСТОРОЖНО ПЕРЕМЕЩАЮТ ЧЕЛЮСТЬ В ПЕРЕДНЕ -ЗАДНЕМ НАПРАВЛЕНИИ.



ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВЫХ КОСТЕЙ

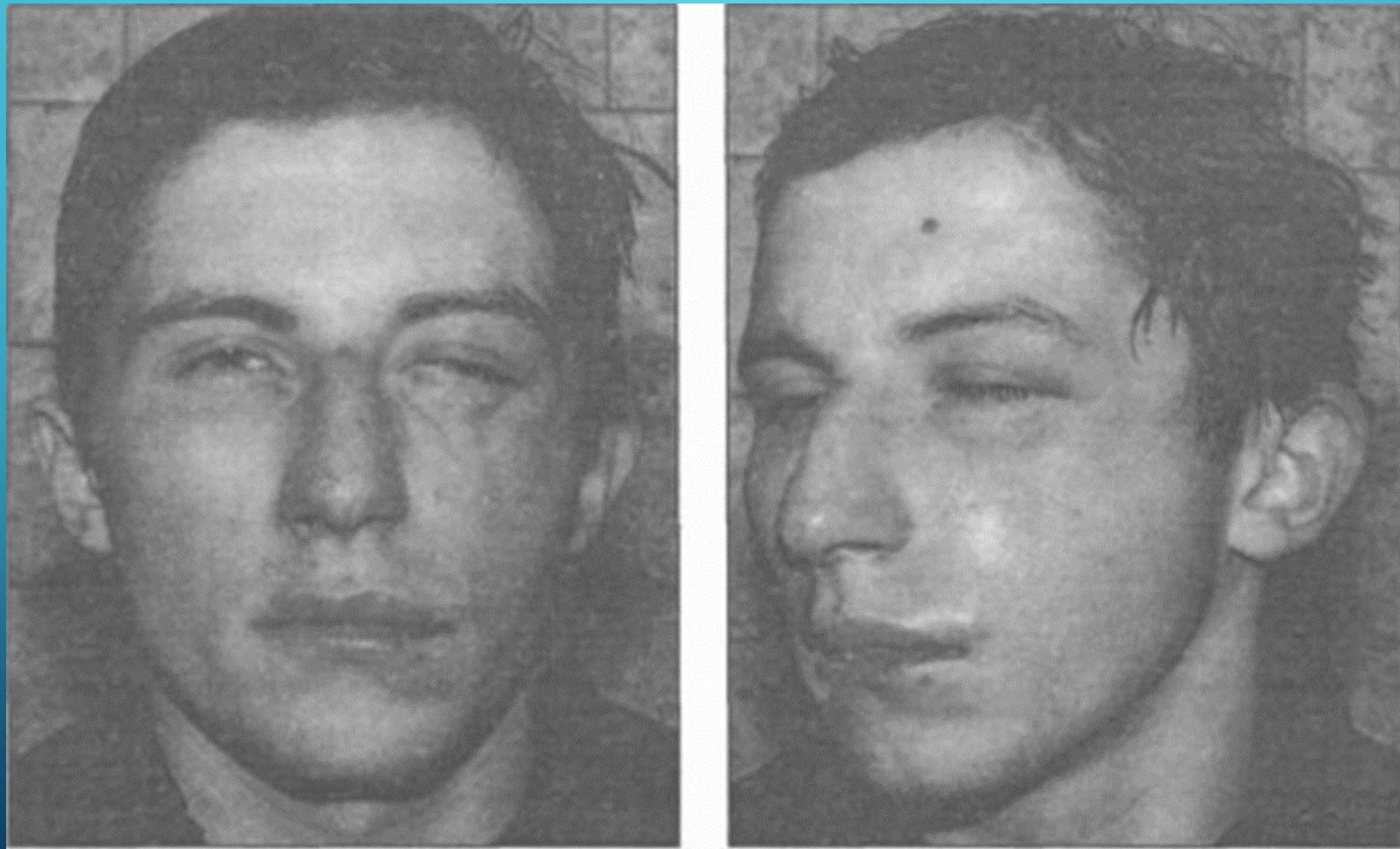
Скуловая кость, состоящая из тела и дуги, соединяет кости лицевого и мозгового (височные) черепа в единое целое.

По типу перелома описаны открытые и закрытые (без нарушения костных стенок пазухи), оскольчатые переломы.

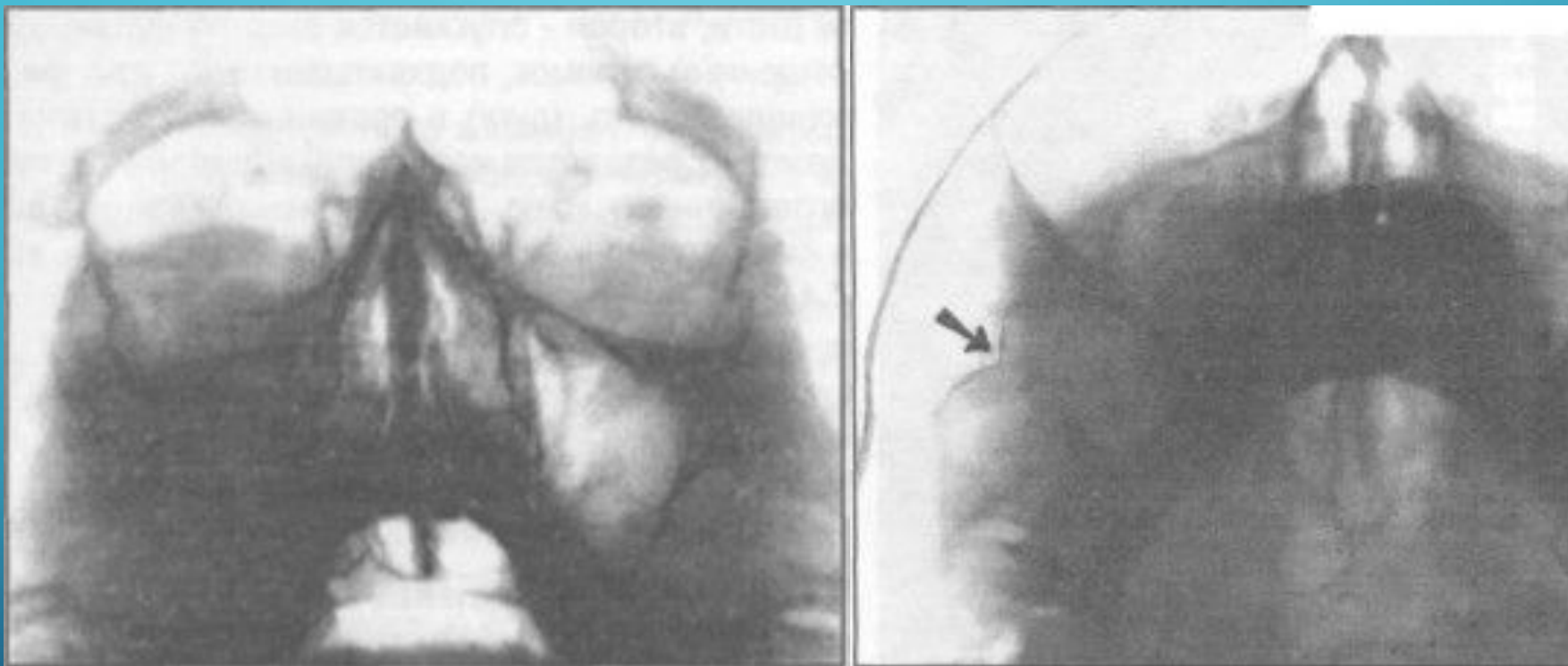
По локализации возможны переломы тела скуловой кости, часто сочетающиеся с повреждением стенок пазухи, нижнеглазничного нерва, глазного яблока, и переломы скуловой дуги в ее средней трети, сопровождающиеся болями в области височной мышцы и ограничением движений нижней челюсти.

Характерным симптомом перелома скуловой кости является западение в области тела и дуги, возникновение болезненной острой «ступеньки» по нижнеглазничному краю, нарушение чувствительности в зоне иннервации нижнеглазничного нерва. «Звук треснувшего горошка» - при перкуссии зубов в зоне перелома.

ВНЕШНИЙ ВИД БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ЛЕВОЙ СКУЛОВОЙ КОСТИ



ПЕРЕЛОМ ЛЕВОЙ СКУЛОВОЙ КОСТИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ



ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА ПО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИМ КАНОНАМ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ДВУХ ЭТАПОВ:

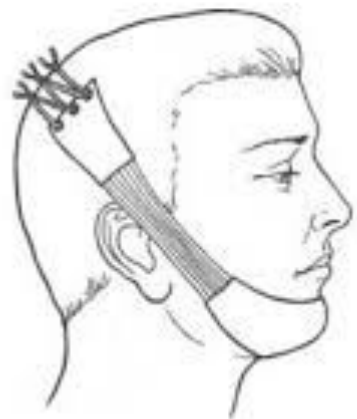
-ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ОТЛОМКОВ С ВВЕДЕНИЕМ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВТОРИЧНОГО СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ, СНЯТИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ШОКА

-СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА, КОТОРАЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЦЕЛЫЙ РЯД МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНОГО.

Для транспортной иммобилизации используют как стандартные средства: шина-праща Энтина, праща Померанцевой-Урбанской, лигатурное связывание зубов, различные шины-ложки, так и подручные – бинтовые подбородочно-теменные повязки, дощечки, карандаши, шпатели.



Подбородочная шина-праща
Энтина и шина –ложечка Лимберга



5.2. Стандартная мягкая подбородочная праща Померанцевой-Урбанской.



Рис. 295. Шина Рютеника для закрепления отломков нижней челюсти.

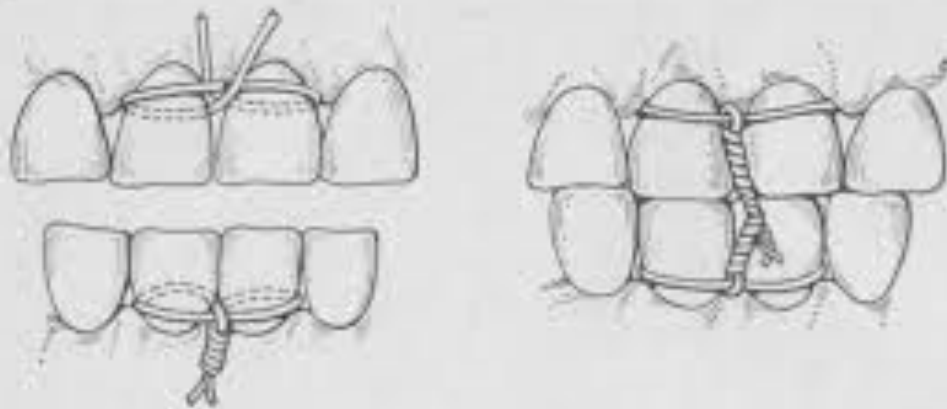


Рис. 37. Межчелюстное лигатурное связывание зубов двумя отрезками проволоки.

