

АО Медицинский Университет Астана  
Кафедра хирургической и терапевтической  
стоматологии

# ПРЕЗЕНТАЦИЯ

На тему: «Особенности и  
клинического  
течения огнестрельных ранений  
нижней челюсти »

Выполнила: Смагулова М .

Группа: 506 стом

Проверил .

- Уже сама анатомическая форма нижней челюсти влияет на характер ранений и обуславливает исключительное разнообразие и быструю изменчивость патологической картины огнестрельного перелома ее. Действительно, ни в каком другом месте человеческого тела не приходится наблюдать, чтобы осколки одной и той же кости были в то же время и вторичными снарядами, разрушающими ту кость, из которой они образовались. Лишь при огнестрельном переломе нижней челюсти приходится наблюдать обязательное повреждение или полное разрушение нервов. Только при ранении нижней челюсти зубы могут осложнить течение раневого процесса и в то же время быть крайне необходимы для иммобилизации отломков. Только на нижней челюсти могут одновременно наблюдаться дырчатый, линейный и оскольчатый переломы.

- Огнестрельные переломы нижней челюсти составляли 69% повреждений костей лицевого скелета.
- Классификация огнестрельных ранений нижней челюсти разработана на основе опыта Великой Отечественной войны. Она предусматривает деление огнестрельных переломов по виду ранящего оружия, характеру повреждения, локализации и характеру перелома кости.

- **Классификация огнестрельных ранений нижней челюсти (Кабаков Б. Д.)**
- I. По характеру повреждения.
- 1. а) Сквозные;
- б) слепые;
- в) касательные.
- 2. а) Изолированные;
- б) сочетанные;
- в) комбинированные.
- 3. а) Одиночные;
- б) множественные.
- 4. а) Проникающие в полость рта; б) не проникающие в полость рта.
- II. По характеру перелома.
- 1. а) Линейные;
- б) оскольчатые (крупно и мелко);
- в) дырчатые.
- 2. а) Со смещением отломков; б) без смещения отломков.
- 3. а) С дефектом кости (в том числе отрывы); б) без дефекта кости.
- 4. а) Односторонние;
- б) двусторонние;
- в) множественные.
- III. По локализации.
- а) В пределах зубного ряда;
- б) за пределами зубного ряда.
- IV. По виду ранящего оружия.
- а) Пулевые;
- б) осколочные;
- в) шариковые.

- Огнестрельные переломы нижней челюсти могут быть опасны для жизни пострадавшего, особенно в случае потери сознания, так как нередко сопровождаются нарушением функции дыхания, вплоть до асфиксии. Во время Великой Отечественной войны около 30% раненных в нижнюю челюсть теряли сознание, шок развивался у 0,7% пострадавших.
- В период боевых действий в Афганистане потеря сознания и шок наблюдались немного чаще, соответственно в 34 и 6% (Швырков М.Б., 2001). Сотрясение головного мозга отмечено у 20%, ушиб - у 5% раненных в нижнюю челюсть.

- Наиболее часто повреждались несколько отделов нижней челюсти одновременно (52% случаев), угол и ветвь (26%), реже зубы (7%), альвеолярный отросток (4%), боковой отдел тела (2%), подбородочный отдел (1%). Тотальное разрушение нижней челюсти отмечено у 0,3% раненых.
- При использовании современного оружия в Афганистане одновременное повреждение нескольких участков нижней челюсти отмечено у 38% раненых. Одиночные переломы наиболее часто локализовались в области тела челюсти (30%) и угла (11%).

- **Особенности огнестрельных переломов нижней челюсти**
- 1. Всегда открытые, так как сопровождаются повреждением кожи и подлежащих мягких тканей, следовательно, инфицированы.
- 2. Возникают в месте соприкосновения ранящего снаряда с костью и очень редко могут быть отраженными.
- 3. Как правило, оскольчатые, нередко с дефектом костной ткани, как исключение - линейные.
- 4. Большинство огнестрельных переломов характеризуются более тяжёлым клиническим течением, чем неогнестрельные.
- 5. Смещение отломков обусловлено не только тягой жевательных мышц и массой отломка, но и в большей степени воздействием силы ранящего агента.

- 6. Всегда повреждается нижнелуночковый нерв, проходящий в толще кости, вплоть до полного его разрушения.
- 7. Осколки одной половины нижней челюсти, становясь вторичными ранящими снарядами, могут быть причиной перелома половины челюсти противоположной стороны из-за того, что она имеет форму подковы.
- 8. Одновременно могут формироваться линейный, оскольчатый и дырчатый переломы, что практически не встречается при переломах других костей.
- 9. Зубы нижней челюсти часто становятся вторичными ранящими снарядами и осложняют течение раневого процесса, внедряясь в мягкие ткани и инфицируя их. В то же время зубы создают хорошие условия для иммобилизации отломков.
- 10. Большинство переломов нижней челюсти сообщаются с полостью рта, только ранения в области ветви и основания тела нижней челюсти не проникают в полость рта.

- Тяжесть огнестрельного перелома нижней челюсти зависит от:
  - • вида ранящего оружия;
  - • локализации и характера перелома;
  - • степени разрушения прилежащих к кости мягких тканей и рядом расположенных органов;
  - • наличия или отсутствия сообщения костной раны с полостью рта;
  - • времени, прошедшего с момента ранения;
  - • своевременности и эффективности оказания помощи;
  - • общего состояния раненого.

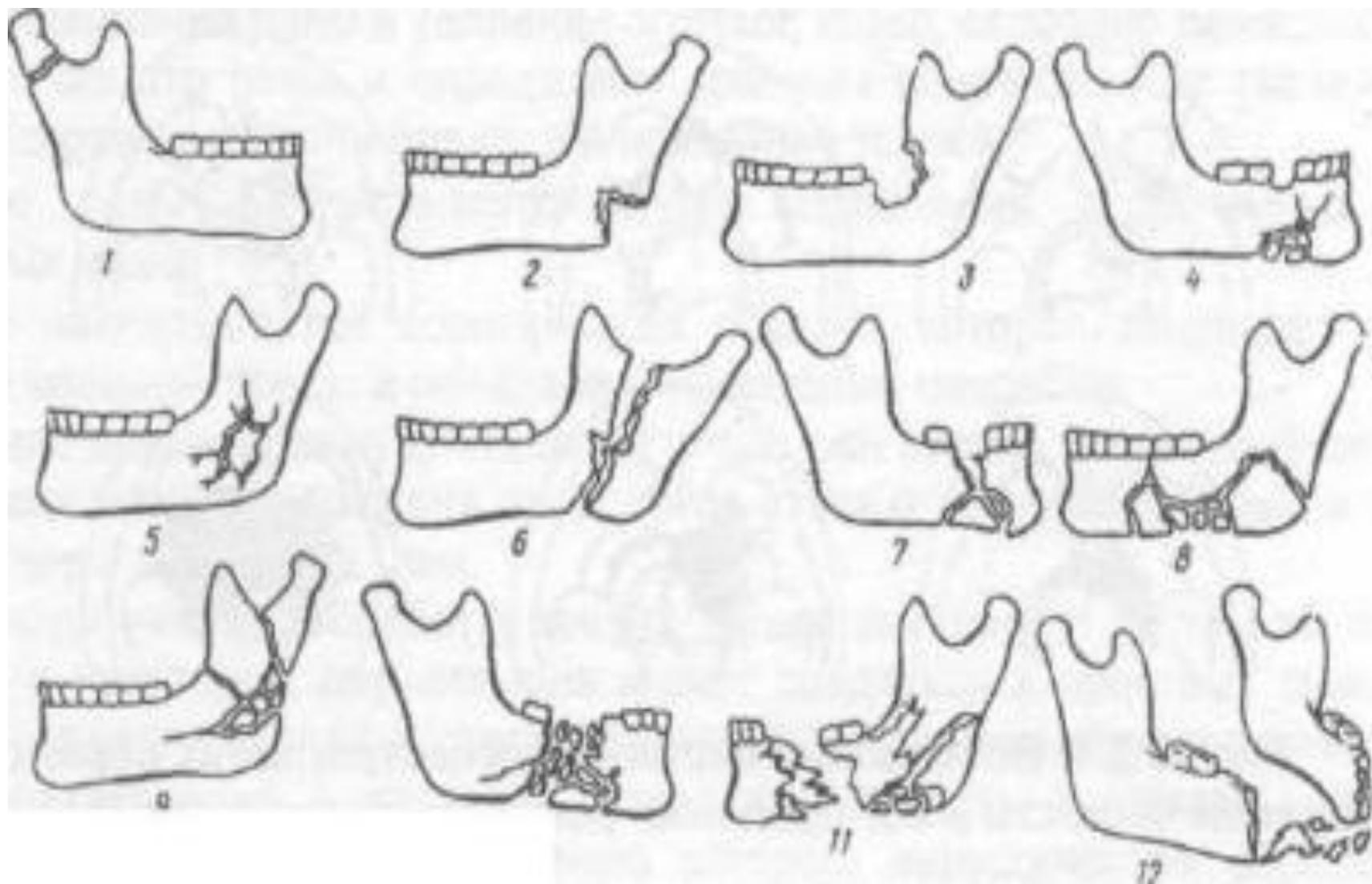
- Клиническая картина огнестрельного перелома нижней челюсти меняется в зависимости от сроков, прошедших с момента ранения.
- Непосредственно после ранения пострадавший имеет следующий вид: рот полуоткрыт и из него вытекает слюна и кровь; имеется рана в области околочелюстных мягких тканей со свисающими кожно-мышечными лоскутами; могут быть признаки дислокационной асфиксии.
- Через несколько часов после ранения мягкие ткани оказываются пропитанными излившейся кровью, нарастают гематома и отёк.
- Через 2-3 сут отёк увеличивается, возможна умеренная инфильтрация тканей вокруг раны. При благоприятном течении раневого процесса к концу 3 сут признаки серозного воспаления стабилизируются, на 4 сут - воспалительные явления в ране уменьшаются, а затем полностью купируются. Это предполагает неосложнённый репаративный процесс в ране.

- При неблагоприятном течении раневого процесса на 2-3 сут ткани раневого канала некротизируются, вокруг повреждения нарастает воспалительный инфильтрат. На 3-4 сут после ранения имеются признаки гнойного воспаления. Самочувствие больного ухудшается, повышается температура тела, усиливается боль в ране. Кожа вокруг раны становится гиперемированной. Инфильтрированные, покрытые некротическим налетом подлежащие тка-
- ни выбухают. Просвет раневого канала уменьшается, что ухудшает условия для оттока воспалительного экссудата. Швы, ранее наложенные на слизистую оболочку полости рта, прорезываются. Края раны некротизируются, приобретая серый оттенок. Появляется зловонный запах. Гнойно-дистрофические явления в ране прогрессируют. В ране могут быть видны концы отломков серого цвета. Такого же цвета костные осколки. Это является свидетельством нарушения кровообращения и питания в них, что в дальнейшем предполагает развитие огнестрельного остеомиелита.

- Через 3-4 нед такая рана самостоятельно очищается от детрита и покрывается грануляциями, в том числе и в области костных отломков. Отсутствие роста грануляций на концах отломков является признаком их некроза. Эти участки в дальнейшем превращаются в секвестры.
- У пострадавших, которым была проведена ПХО раны с наложением глухих швов (по показаниям), проявление воспалительных процессов существенно меньше, возможно неосложнённое течение и заживление раны первичным натяжением.



- Тяжесть течения раневого процесса при огнестрельном переломе нижней челюсти во многом зависит от характера ранящего оружия, от локализации и степени костных разрушений и прилежащих мягких тканей, от сроков оказания квалифицированной и особенно специализированной помощи, от наличия сообщения костной раны с полостью рта.
- При проникающих в полость рта огнестрельных переломах нижней челюсти имеется больше предпосылок для развития гнойного воспалительного процесса в ране с преобладанием гнилостных явлений. Осложнения при таких ранениях развиваются в 3 раза чаще, чем при непроникающих в рот ранениях.



# Список литературы

- М В Швырков Огнестрельные ранения лица , лор-органов и шеи