

Травмы челюстно-лицевой области.

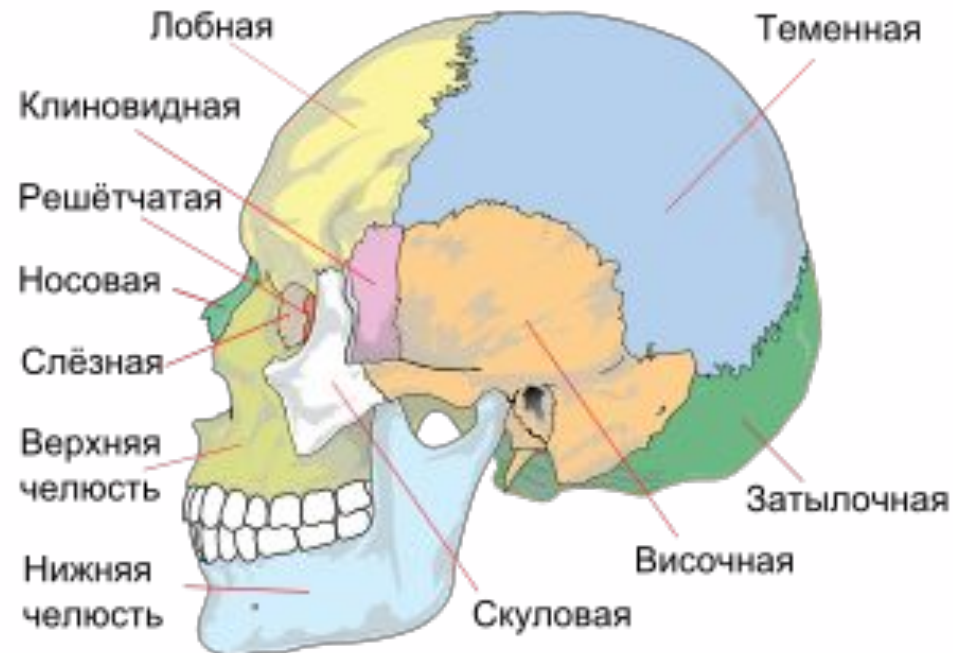


Статистика

- Из 553 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении ЧЛХ МУЗ ГKB №9 г. Саратова за период с 1.01.2012 по 1.04.2012 года. Травматические повреждения ЧЛО у 45 % (248 больных). Соотношение мужчин и женщин составило 7:1, средний возраст больных составил 32 года.

Виды переломов костей лица:

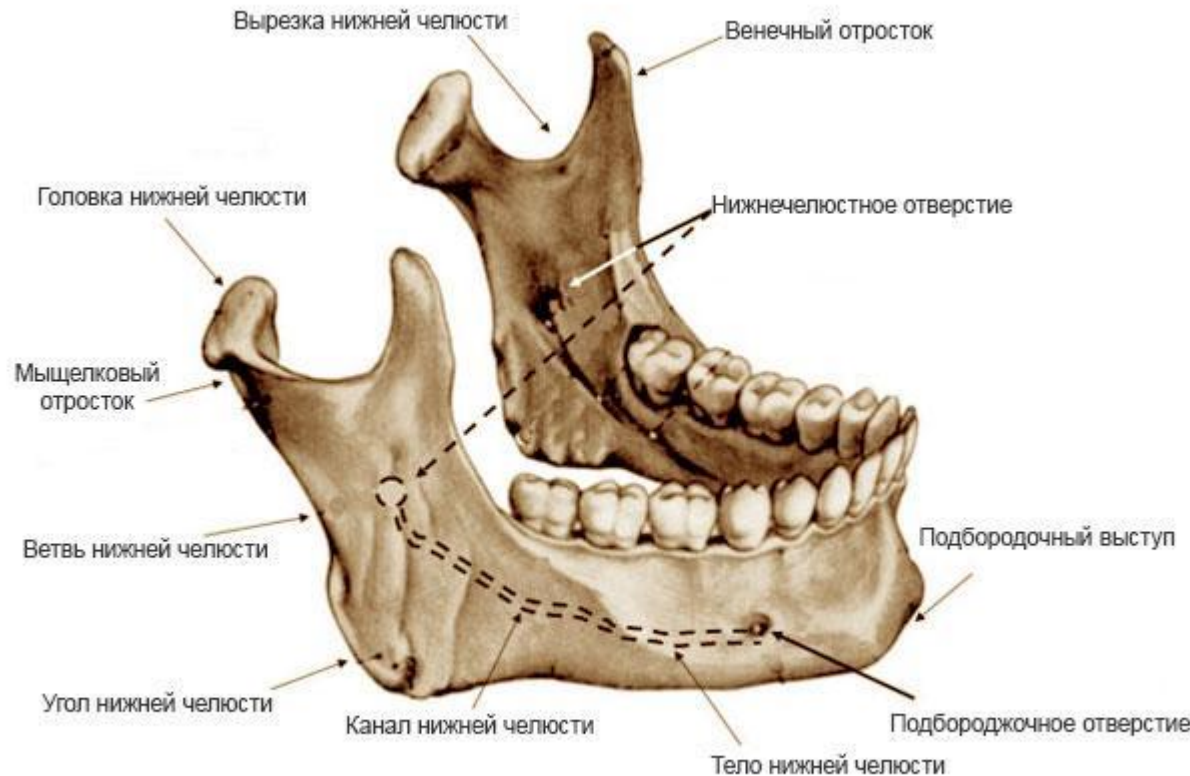
1. Верхняя челюсть - 3% (7)
2. Нижняя челюсть - 92% (193)
3. Скуловая кость - 15% (31)
4. Кости носа - 2% (5)



Статистика

**Локализация переломов
нижней челюсти:**

- 1. в подбородочной области – 102 (53%)**
- 2. в области угла нижней челюсти – 95 (49%)**
- 3. в области мышелкового отростка – 65 (34%)**
- 4. в области тела нижней челюсти – 25 (13%)**
- 5. в области ветви нижней челюсти – 9 (5%)**



Статистика

При клинико-рентгенологическом обследовании выявлено, что одиночные переломы нижней челюсти наблюдались у 94 (49%) больных, двойные и двусторонние - 94 (49%) больных, тройные – 4 (1.5%) больных, множественные переломы - 1 (0.5%).

Локализация переломов верхней челюсти:

- 1. Лефор I – 1 (14%)**
- 2. Лефор II – 3(44%)**
- 3. Лефор III – 1(14%)**
- 4. перелом альвеолярного отростка верхней челюсти – 2(28%).**

Хирургический способ иммобилизации отломков челюстей применялся в 39% случаев, в19% случаев пациенты с травмой челюстно-лицевой области поступали в состоянии алкогольного опьянения. В 15% переломы костей лица сочетались с повреждениями других локализаций, в 14% случаев – с черепно-мозговой травмой.

Статистика

- 1. Травмы челюстно-лицевой области составляют весомую часть от общего количества пациентов (45%), хирургического стационара.
- 2. Травмы челюстно-лицевой области чаще получают мужчины (7:1), процент поступивших в состоянии алкогольного опьянения составил – 19%.
- 3. Черепно-мозговая травма на момент поступления была диагностирована в 14% процентах случаев.
- 4. Наиболее частая локализация переломов – нижняя челюсть, а именно – подбородочная область (53%), область угла нижней челюсти (49%) и область мышелкового отростка (34%).
- 5. Наиболее частый характер переломов верхней челюсти – перелом на субназальном уровне (44%).
- 6. Нижняя челюсть чаще повреждается в 2-х местах (49%), и в 1-м (49%).
- 7. Высока потребность в проведении остеосинтеза (41%).

Ушибы лица.

Причиной этого повреждения служит прямой удар твердым предметом (во время драки, бокса, от движущегося транспорта) или удар при падении.

Симптомы.

Ссадины, царапины, поверхностные ранки, отек и гематома, особенно в области век, губ, щек.

Нередко припухлость затрудняет распознавание более тяжелых повреждений — переломов.



Доврачебная помощь при ушибах: обеспечить покой, приложить холод к месту ушиба в течение первых суток; ссадины, мелкие ранки промыть водным антисептическим раствором, высушить, смазать спиртосодержащим антисептическим раствором.

Повязку не накладывать.

Лечение кровоподтеков, гематом — консервативное.

Со 2-го дня на ушибленную область УВЧ-терапия (6-7 процедур); для рассасывания гематомы — парафин или озокерит (10-12 процедур) в сочетании с электрофорезом. Обширные гематомы вскрываются во избежание их рубцевания.

Длительность лечения — 2-2,5 недели.

Раны лица.

Раны лица могут быть поверхностными, глубокими, проникающими.

Особенности ранений лица: обильное кровотечение при повреждении крупных артерий, вен; выраженное зияние краев при рассечении мимических мышц лица; несоответствие между видом пострадавшего и тяжестью повреждения из-за сокращения и смещения кожно-мышечных лоскутов; маскировка значительной кровопотери при повреждении языка, мягкого нёба, так как пациент заглатывает кровь; аспирационная асфиксия у пострадавших в бессознательном состоянии.



Доврачебная помощь пострадавшему без сознания оказывается по следующему алгоритму.

- 1. Уложить пострадавшего на живот или на бок поврежденной стороной.**
- 2. Повернуть голову в сторону повреждения.**
- 3. Наложить асептическую давящую повязку.**
- 4. Проверить проходимость дыхательных путей, удалив из ротовой полости сгустки крови, рвотные массы, инородные тела (сломанные зубы, протезы).**
- 5. Вывести язык (до зубов!) для профилактики асфиксии.**

Доврачебная помощь пострадавшему

Примечание. Запрещается извлекать язык изо рта во избежание его прикусывания при транспортировке.

- **6. Зафиксировать язык с помощью воздуховода или булавкой и бинтом.**
- **7. Провести простейшие противошоковые мероприятия.**
- **8. Транспортировать пострадавшего в ЛПУ.**

Лечение.

ПХО ран лица выполняется в течение первых суток.

Операцию должен проводить челюстно-лицевой хирург, чтобы предупредить возможные осложнения: деформацию лица, ограничение подвижности нижней челюсти, сужение носовых отверстий и др.

При лечении ран лица местно применяются сульфаниламиды и антибиотики.

Лучший шовный материал — конский волос.

Переломы носа.

Причины перелома носа — прямой удар кулаком, тяжелым предметом или удар лицом о твердую поверхность при падении, авариях на транспорте.

Как правило, повреждаются не только кости носа, но и хрящевая перегородка с нарушением слизистой оболочки, поэтому переломы считаются открытыми.

Симптомы.

Изменение обычной формы носа, затрудненное дыхание, носовое кровотечение, патологическая подвижность, локальная болезненность.

Быстро нарастающий отек и гематома нередко маскируют картину перелома.



Доврачебная помощь включает: наложение асептической пращевидной повязки, холод на переносицу, транспортировку пострадавшего в сидячем положении с опущенной на грудь головой.

Лечение. ПХО раны и вправление носовых отломков проводится в первые часы или сутки после травмы.

Вправление выполняется под местной анестезией изнутри носовой полости.

Для закрепления вправленных отломков и остановки кровотечения проводится тампонада верхнего и среднего носовых ходов марлевыми полосками, смазанными пенициллиновой мазью, на 5-7 суток.

Тампоны меняются через день.

Внутрь назначаются сульфаниламиды в течение 10-15 дней.

Запрещается сморкаться.:

Переломы скуловой дуги.

**Причина этих переломов — прямой удар в скуловую область.
По локализации различают переломы переднего отдела дуги,
заднего и обоих отделов,**

Симптомы:

— при переломе переднего отдела наблюдается уплощение скуловой области, онемение кожи подглазничной области и неровность нижнего края глазницы.

При повреждении стенок верхнечелюстной (гайморовой) пазухи — кровотечение из соответствующей половины носа.

Если травмируется верхняя стенка гайморовой пазухи (она же нижняя стенка глазницы), то происходит смещение глазного яблока, возникает диплопия;

— для переломов заднего отдела скуловой дуги со смещением характерно ограничение подвижности нижней челюсти (невозможно открыть рот);

— при тяжелых переломах обоих отделов скуловой дуги появляются общемозговые симптомы (потеря сознания, рвота, тошнота) — признаки сочетанной черепно-мозговой травмы.



Доврачебная помощь при изолированных переломах отделов скуловой дуги ограничивается созданием покоя, местного применения холода, наложением асептической повязки при необходимости, пострадавший транспортируется в ЛПУ в сидячем положении или пешком в сопровождении.

В случае сочетанной черепно-лицевой травмы оказание помощи проводится по алгоритму действия на месте происшествия при ЧМТ.

Лечение проводится в специализированном челюстно-лицевом стационаре.

Вправление смещенных участков скуловой кости лучше проводить в первые часы или дни после травмы для устранения деформаций лица, восстановления подвижности нижней челюсти и освобождения подглазничного нерва от сдавления.

Переломы нижней челюсти

Возникают вследствие прямого удара в лицо кулаком, тяжелым предметом или удара лицом при падении.

По локализации выделяют переломы тела, подбородочного отдела, угла, ветви и альвеолярной части челюсти.

Они могут быть одно-, двухсторонними или множественными.

Если повреждается слизистая оболочка, то это открытые переломы.

Симптомы.

Основные симптомы перелома нижней челюсти: кровоизлияние, боль, нарушение жевания, смыкания зубов, речи, приема пищи, правильного соотношения зубных рядов.

При сдавлении челюстей усиливается боль в месте повреждения кости; при пальпации ощущается крепитация отломков.

Особенно опасны двухсторонние переломы подбородочного отдела нижней челюсти, так как при этом западает язык и возникает асфиксия.

Осложнения переломов нижней челюсти: травматический остеомиелит, околочелюстная флегмона, а при неправильном сращении отломков — ложный сустав или стойкая рубцовая контрактура челюсти.



Доврачебная помощь.

При оказании первой доврачебной помощи необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей, остановить кровотечение. Иммобилизацию лучше проводить стационарной жесткой подбородочной пращой или пращевидной повязкой.

Лечение переломов нижней челюсти проводится в стоматологическом стационаре.

Основной метод лечения — консервативный: фиксация проволочными шинами в течение 3-6 недель, в зависимости от локализации и характера перелома.

Медицинская сестра обязана научить пациента элементам ухода за полостью рта и приема пищи.

Переломы верхней челюсти

Возникают от сильного прямого удара по области челюсти или при падении с высоты, транспортных авариях.

По локализации различают переломы: в области альвеолярного отростка; в месте соединения челюсти с лобной и скуловой костями; проходящие через скуловую кость, глазницу и корень носа.

Последний вид перелома самый тяжелый, так как сочетается с переломом основания черепа.

Симптомы.

Пострадавшие жалуются на общую слабость, головные боли и боль при глотании.

В зависимости от локализации перелома наблюдаются деформация в области носа, уплощение среднего отдела лица.

При открывании рта отломки челюсти опускаются вниз, лицо удлиняется.

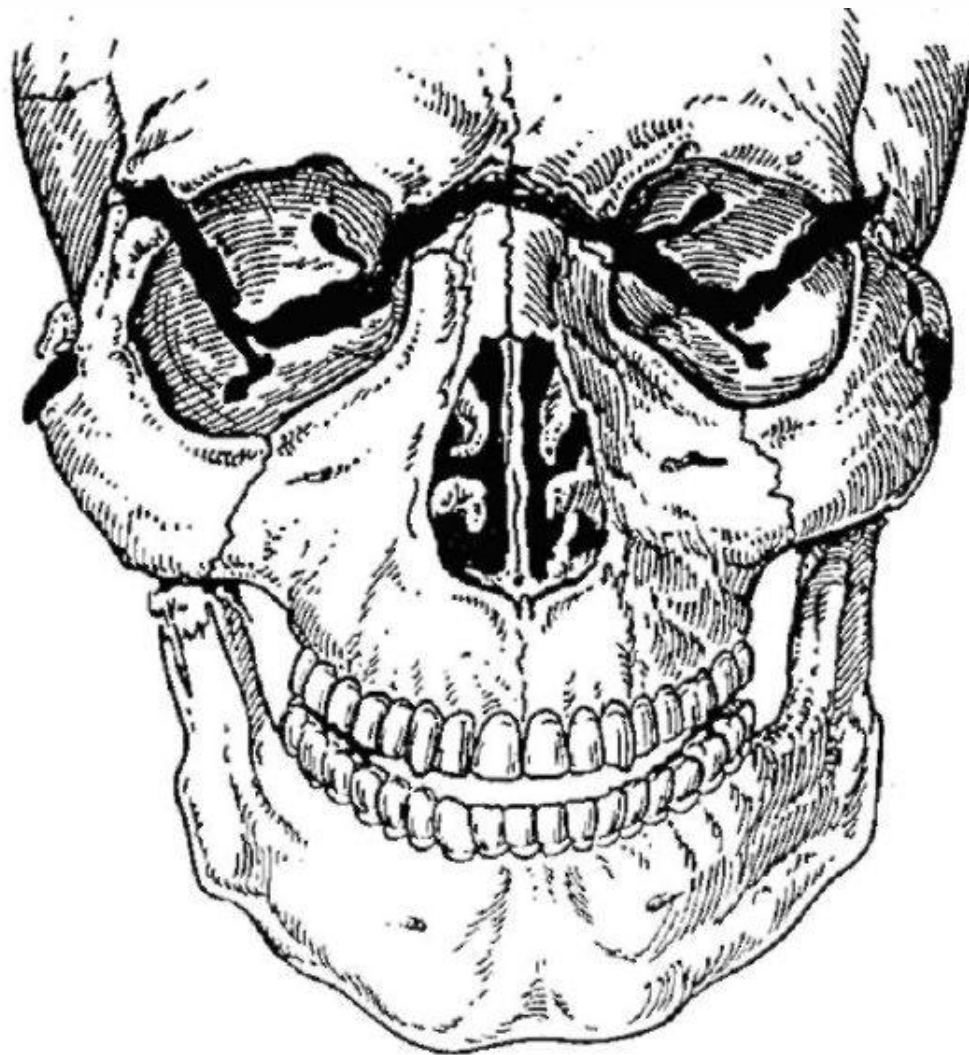
Нарушается смыкание зубов (прикус).

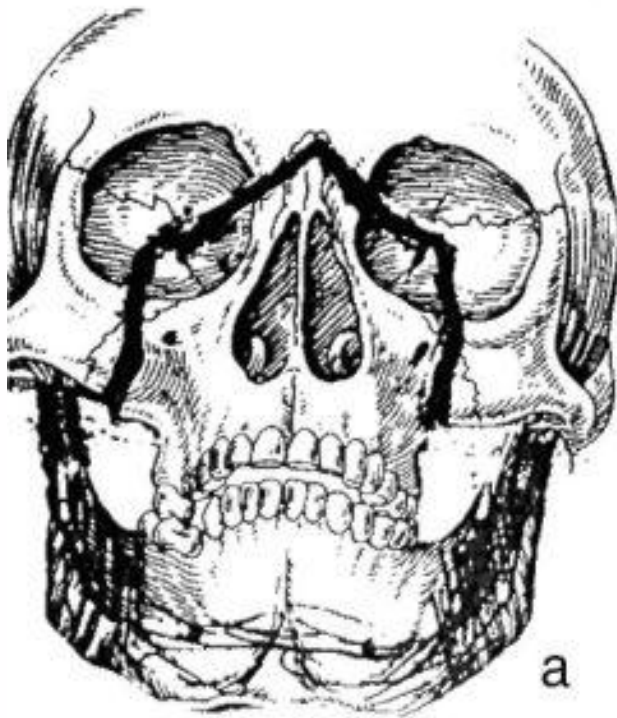
Отмечается кровотечение из носа, ротовой полости.

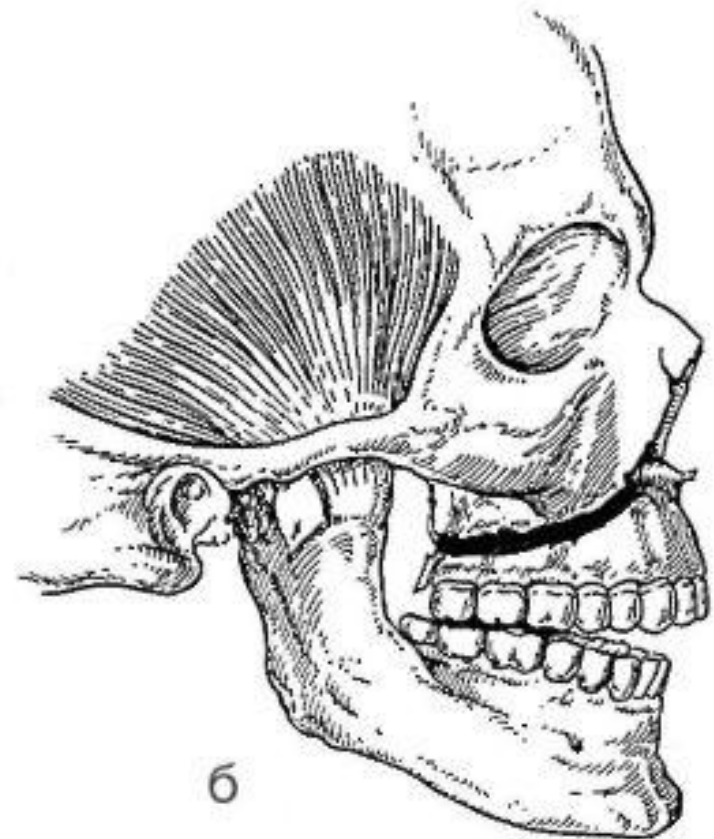
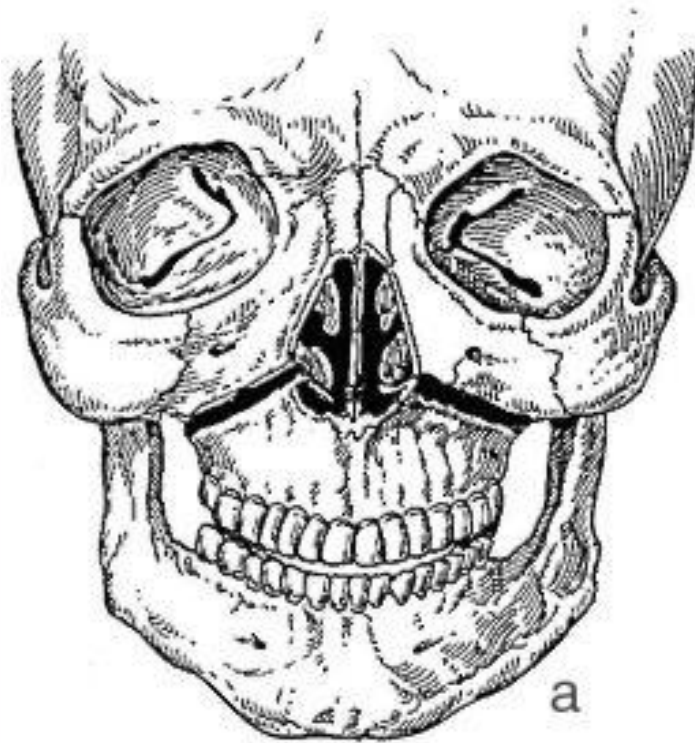
Наблюдается симптом «очков» разного происхождения.

Если это местное повреждение костей верхней челюсти и мягких тканей, то этот симптом возникает сразу после травмы и кровоизлияние распространяется широко за пределы круговой мышцы глаз.

При кровоизлиянии, обусловленном повреждением кровеносных сосудов основания черепа, «симптом очков» появляется через несколько часов или суток (1-2 дня) после травмы, локализуется строго в пределах круговой мышцы глаза, гематома с самого начала имеет резко багровый цвет







Наложение повязок



a



б

- При оказании доврачебной помощи пострадавшему необходимо остановить кровотечение, предупредить аспирацию крови и рвотных масс.
- При целости нижней челюсти и наличии достаточного количества зубов на обеих челюстях наложить пращевидную повязку, прижав нижнюю челюсть к верхней, или выполнить иммобилизацию жесткой подбородочной пращой.
- Если зубов недостаточно или повреждены обе челюсти, пращевидную повязку использовать нельзя.
- В этом случае следует ввести воздуховод, затем наложить стандартную жесткую пращу.
- Лечение переломов верхней челюсти, как и нижней, проводится в стоматологическом стационаре.

Вывихи нижней челюсти.

Причина возникновения этой травмы — широкое раскрытие рта во время зевоты, крика, пения, лечения зубов.

Типичны вывихи нижней челюсти кпереди, когда суставная головка височно-нижнечелюстного сустава выходит из суставной впадины и пальпируется под скуловой дугой.

Особенность этих вывихов состоит в том, что капсула сустава не разрывается, а только растягивается.

Вывихи нижней челюсти.

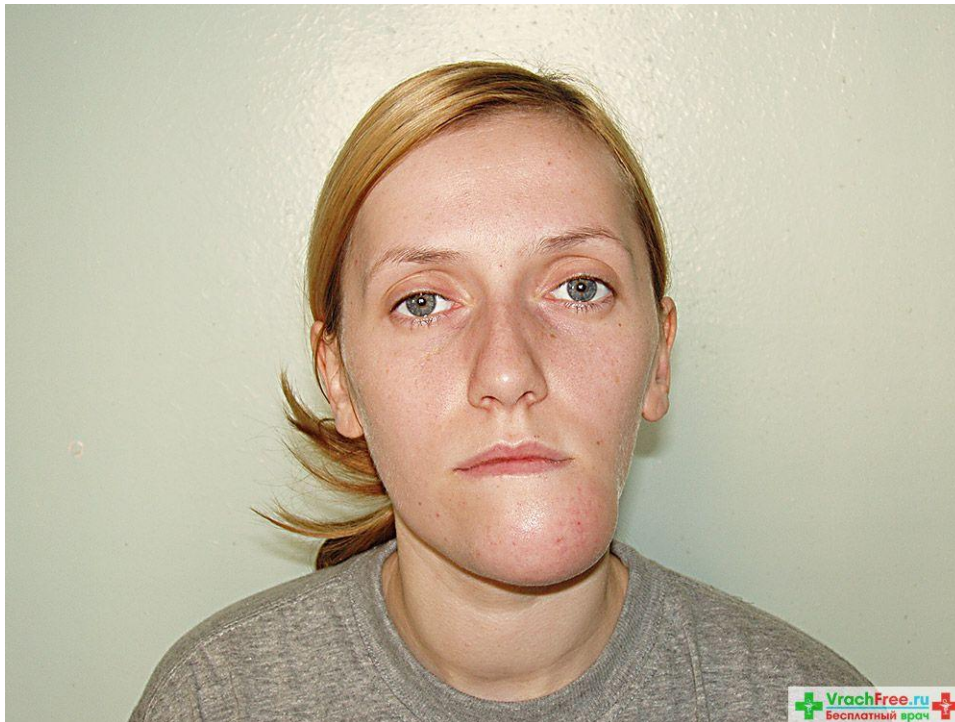
Симптомы:

— при двухстороннем переднем вывихе рот широко открыт, смыкание зубов невозможно, речь невнятна; глотание и прием пищи затруднены; жевание невозможно; наблюдается обильное слюнотечение.

При пальпации впереди козелка определяется глубокая ямка;

— при одностороннем вывихе рот полуоткрыт, подбородок смещен в здоровую сторону.

Вывихи нижней челюсти.



Доврачебная помощь: обеспечить покой нижней челюсти в вынужденном положении с помощью пращевидной повязки, обеспечить уход за отделением слюны (используя клеенчатый нагрудник, салфетку) и быстрее доставить пострадавшего в ЛПУ, чтобы предупредить обезвоживание вследствие обильного слюнотечения.

Лечение консервативное.

Для ослабления напряжения жевательных мышц вводится 2% раствор новокаина (2-3 мл) или другого анестетика.

Пострадавшего усаживают так, чтобы его нижняя челюсть находилась на уровне локтя врача, помощник фиксирует голову.

Большие пальцы рук, обернутые полотенцем, врач помещает на моляры нижней челюсти, а остальными плотно охватывает тело челюсти и производит вправление.

Пациенту накладывается пращевидная повязка на 7-10 дней, назначается питание размельченной, полужидкой пищей

Перелом глазницы.

Отек окологлазной области, подкожная эмфизема.

Ослабление чувствительности на участке иннервации нижнеглазничного нерва.

При этом вовлекается спинка носа, щека, верхнее и нижнее веко, а также верхние зубы и десна.

Невозможность смотреть вверх, в связи с захватом нижней прямой мышцы.

Диплопия. Кровоизлияния и отечность создают уплотнение тканей глазницы между нижней прямой, нижней косой мышцами и надкостницей.

Это делает глазное яблоко менее подвижным.

Смещение глазного яблока вглубь (энофтальм) происходит при серьезных переломах.

Крепитация (хрустящий звук) над нижней частью глазницы.

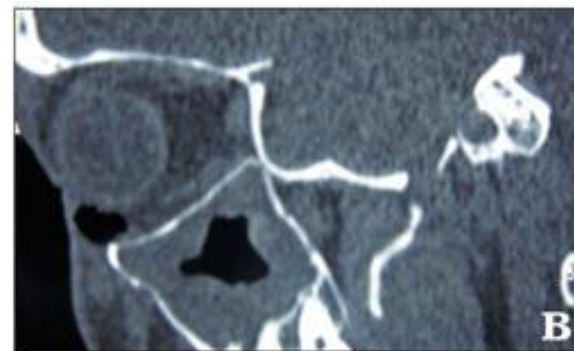
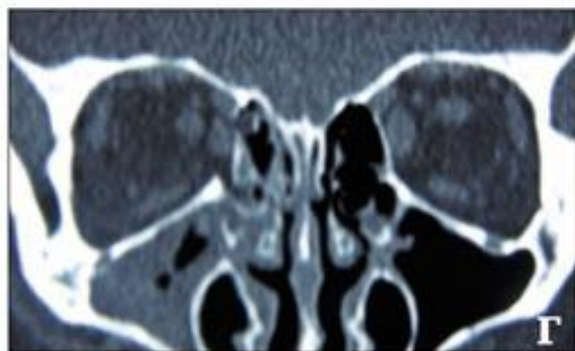
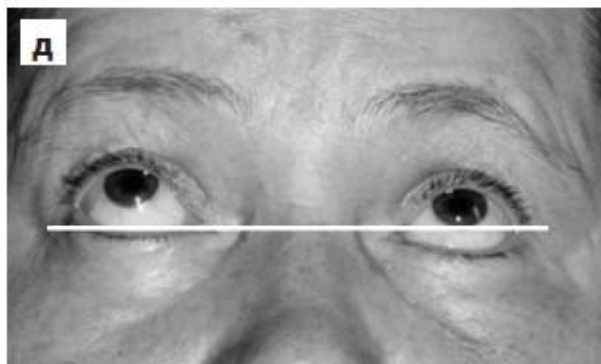


Рис. 2. Перелом нижней, внутренней стенки глазницы справа, странгуляция нижней прямой мышцы в зоне перелома: а, б) клиническая картина странгуляции нижней прямой мышцы [4]; в, г, д) на компьютерной томографии отек гайморовой и решетчатой пазух справа, эмфизема глазницы. Перелом нижней стенки не определен. Перелом внутренней стенки без ущемления внутренней прямой мышцы. Под наркозом тракционный тест положительный. Во время ревизии зоны перелома выявлен щелевидный перелом с полным ущемлением нижней прямой мышцы в заднем отделе



Доврачебная помощь: закапывании в пораженный глаз антибактериальных препаратов (30% раствора сульфацила натрия, 0,25% раствора левомицетина и др.) обезболивании, любым имеющимся у Вас анальгетиком (1-2 таб. «Анальгина», «Пенталгина», «Ревалгина» и т.д.) приёме успокоительных средств (настойка валерианы, пустырника и т.д.) накладывании асептической повязки. Небольшой кусок чистой материи или бинта должен полностью закрывать область глаза. Фиксируется он с помощью пластыря или бинта без давления.

Инородные тела из глаза не вынимаются!

Срочной госпитализации в офтальмологическое учреждение или в травматологический центр с глазным отделением.

Перелом теменных костей

В момент, когда получен перелом теменной кости, ребенок может потерять сознание, испытывать сильную боль в области головы.

На голове может виднеться скальпированная рана, разрыв, кровоподтек.

При кровотечении под кожей головы развивается гематома.

При линейном переломе видны ссадины, отек.





Если это перелом основания кости, у пострадавшего может отмечаться состояние разной степени тяжести с общемозговыми признаками.

Из носа и уха, по задней стенке гортани может течь кровь из-за того, что твердая оболочка в мозгу разорвалась в зоне сращения ее с костями черепа.

В итоге, кровь попадает в мягкие ткани, в клетчатке глазницы отмечается гематома.

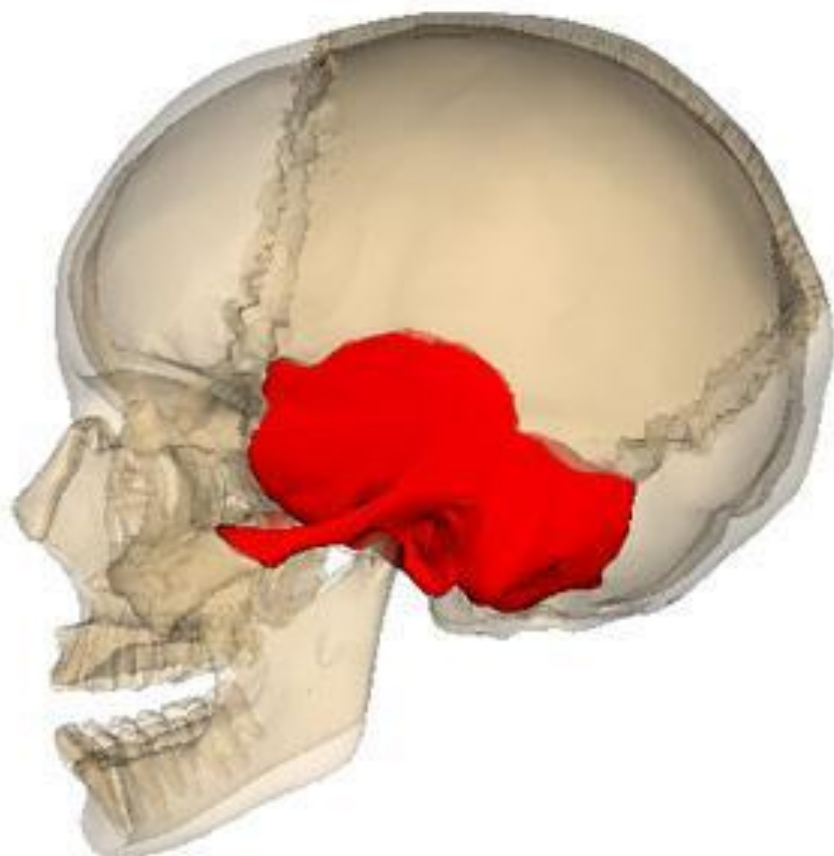
Первая медицинская помощь заключается в устройстве пострадавшего в горизонтальном положении, остановке кровотечения, если оно есть и в прикладывании к травмированному месту льда.

Перелом височной кости.

После травмы кровь течет из уха.

Иногда вместо крови может течь спинномозговая жидкость (ликвор); слух ухудшается, но равновесие не нарушено.

Гораздо реже может наступить полная глухота; через некоторое время, в результате отека, может проявиться паралич лица.



Первая помощь:

Если состояние пострадавшего удовлетворительное и он находится в сознании, то его следует уложить на спину (без подушки), обездвижить и зафиксировать голову и верхнюю часть тела, на рану наложить антисептическую повязку.

В случае задержки госпитализации можно прикладывать к голове сухой лед.

Если нет проблем с дыханием, можно дать пострадавшему димедрол или анальгин.

В бессознательном состоянии пострадавшего нужно уложить на спину в положении полуоборота и немного повернуть голову на бок, чтобы в случае рвоты избежать аспирации, расстегнуть тесную одежду, снять имеющиеся очки, зубные протезы, бижутерию.

Для фиксации тела под одну сторону туловища подложить валик из одежды или одеяла.

При острых дыхательных расстройствах делается искусственное дыхание через маску.

Вводятся сердечно-сосудистые препараты (сульфокамфокаин, кордиамин), раствор глюкозы, лазикс.

При обильных кровотечениях и резком падении давления лазикс заменяется на внутривенное введение полиглюкина или желатиноля.

При двигательном возбуждении внутримышечно вводится раствор супрастина.



- **Спасибо за внимание!**