



Сочетанная травма челюстно-лицевой области (СТЧЛО) – это одновременное повреждение челюстно-лицевой области как части анатомической области «голова» с другими анатомическими областями тела (шея, грудь, живот, таз, позвоночник, конечности).

Под **черепно-лицевой травмой (ЧЛТ)** понимают одновременное повреждение головного мозга и органов и тканей челюстно-лицевой области. Черепно-лицевая травма одновременно является множественной травмой головы, а при условии её сочетания с повреждениями других областей (грудь, живот, конечности и др.) является разновидностью СТЧЛО (Мадай Д.Ю., Прохвятилов Г.И., Головко К.П. 2009).

Авторы подразделяют сочетанные травмы на 4 группы:

1. Тяжелая черепно-мозговая травма (ушиб головного мозга тяжелой и средней степени тяжести. Перелом свода и основания черепа, внутричерепные гематомы) и тяжелые повреждения лицевого скелета (переломы верхней челюсти по Ле Фор 1-II и Ле Фор III, множественные переломы костей лицевого скелета).
2. Тяжелая черепно-мозговая травма и не тяжелые повреждения лицевого скелета (переломы носовых, скуловых костей. Односторонний перелом верхней и нижней челюсти).

3. Нетяжелая черепно-мозговая травма и тяжелые повреждения лицевого скелета.

4. Нетяжелая черепно-мозговая травма и нетяжелые повреждения лицевого скелета.

Эта классификация наиболее полно включает наблюдаемые локализации травм

Жалобы:

- боль и припухлость в области мягких тканей;
- кровотечение из полости рта и/или носа;
- головокружение, тошнота, рвота;
- нарушение функции жевания, глотания, дыхания, речи, зрения.

Физикальное обследование:

Общий осмотр:


- асимметрия лица за счет отека мягких тканей;
- ссадины, раны, гематомы;
- симптом «очков» - кровоизлияния в конъюнктиву, кровоподтек и гематома вокруг глаза;
- симптом Зх "У"- («удлинение», «уплощение» лица, «удивленный» вид больного);
- кровотечение из полости рта и носа;
- истечение ликвора из носа и ушей при переломе основания черепа;
- ограниченное и болезненное открывание рта;
- нарушение чувствительности по ходу ветвей тройничного нерва;
- нарушение прикуса;
- нарушение целостности слизистой оболочки полости рта;
- обильное слюноотделение.



Наверх

Множественные (сочетанные) переломы скуловой кости и верхней челюсти. Перелом дна глазницы. Переломы других лицевых костей и костей черепа

Головная и локальная боли, кровотечение из носа, контузия глаза на стороне поражения
Потеря чувствительности в области крыла носа, верхней губы или скуловой области
характерна для переломов со смещением.
Нарушение жевания, из-за

 Разделы

 На главную

челюсти. Перелом дна глазницы. Переломы других лицевых костей и костей черепа

В области крыла носа, верхней губы или скуловой области
характерна для переломов со смещением.
Нарушение функции жевания, из-за затруднения движения нижней челюсти.
Симптом "ступеньки" на стороне поражения.
Иногда травма приводит к экзофтальму, энофтальму, диплопии, потере зрения.
Кровоизлияния в конъюнктиву, кровоподтек и гематомы вокруг глаза

**Множественные
(сочетанные)
переломы
нижней
челюсти**

Асимметрия лица, отек мягких тканей, рот полуоткрыт, гематомы дна полости рта. Пальпация: локальная боль, линию перелома удается пальпировать и развития отека. Нарушение функции жевания, глотания, дыхания, речи, изменение или потеря чувствительности в области нижней челюсти. Патологический прикус («ступенчатый» зубной ряд), состояние подвижности или травматического удаления зуба. Нередко наблюдается смещение отломков челюсти, что усиливает боль,

[↑ Наверх](#)

 Разделы

 На главную

**Множественные
(сочетанные)
переломы
нижней
челюсти**

(«ступенчатый» зубной ряд), состояние подвижности или травматического удаления зуба. Нередко наблюдается смещение отломков челюсти, что усиливает боль, кровотечение, дискомфорт, а при значительном смещении отломков явления затрудненного дыхания. Слюна часто бывает окрашена кровью (открытый перелом). Кровотечение изо рта, кровотечение из десны при попытке движения нижней челюсти.

Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:

По показаниям:

- противошоковая терапия по схеме, интубация трахеи с проведением ИВА.
- операция ручная репозиция и иммобилизация отломков челюсти с помощью назубных шин;
- Физиолечение;
- Магнитотерапия;
- Механотерапия;
- ЛФК.

Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

- Открытая костная пластика [остеотомия] ветвей нижней челюсти – при открытом переломе ветви нижней челюсти.
- Закрытая костная пластика [остеотомия] ветвей нижней челюсти при – закрытом переломе ветви нижней челюсти.
- Локальное иссечение или деструкция пораженного участка кости лицевого черепа – при мелкооскольчатых переломах, при удалении зуба из линии перелома, иссечение деструктивных участков кости.
- Иссечение и реконструкция костей лицевого черепа – при смещениях отломков сломанной кости, при образовании дефекта и деформации.

- Другие виды рассечения кости лицевого черепа – при вколоченных переломах костей лицевого скелета.
- Открытая репозиция височно-нижнечелюстного вывиха – при внутрисуставных вывихопереломах со смещением отломков.
- Внедрение синтетического имплантата в кость лицевого черепа – при смещениях отломков и при образовании дефекта костной непрерывности.
- Костный трансплантат в кость лицевого черепа – при образовании большого дефекта неустранимой обычным остеосинтезом.

Виды консервативных методов иммобилизации отломков челюстей

Различают временные методы иммобилизации (в том числе транспортные) и постоянные (лечебные).

Временные методы закрепления отломков челюстей разделяют на:

- внеротовые (бинтовая повязка, подбородочная праща, импровизированные повязки с использованием подручных средств);
- внутриротовые (методы межчелюстного лигатурного скрепления, различные по конструкции шины-ложки с «усами»).

Постоянные (лечебные) методы иммобилизации подразделяют на:

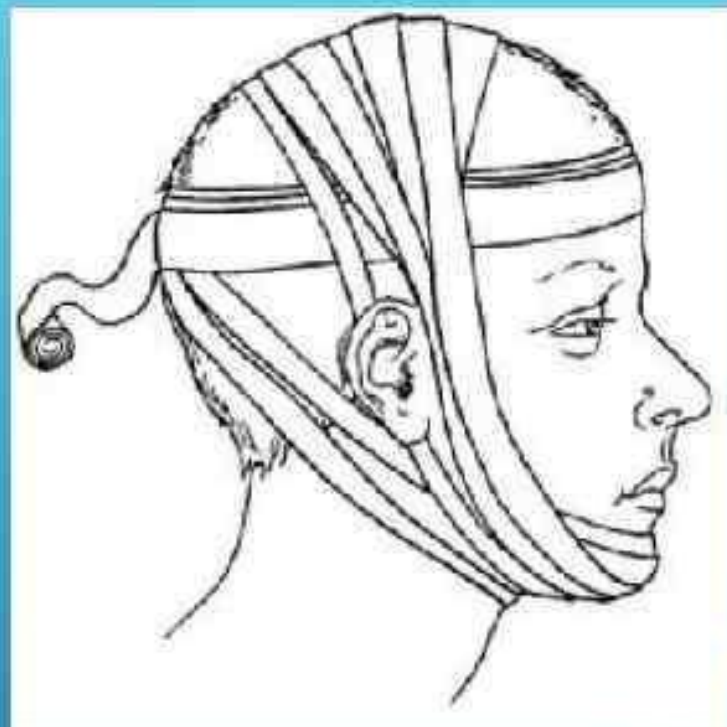
- шины внелабораторного изготовления (индивидуальные назубные шины из металла или другого материала, стандартные назубные шины);
- шины лабораторного изготовления (зубонаддесневая шина Вебера простая или с наклонной плоскостью, шины Ванкевич и Ванкевич-Степанова, различные назубные капповые аппараты, наддесневая шина Порта).

Внеротовые методы временной (транспортной) иммобилизации.

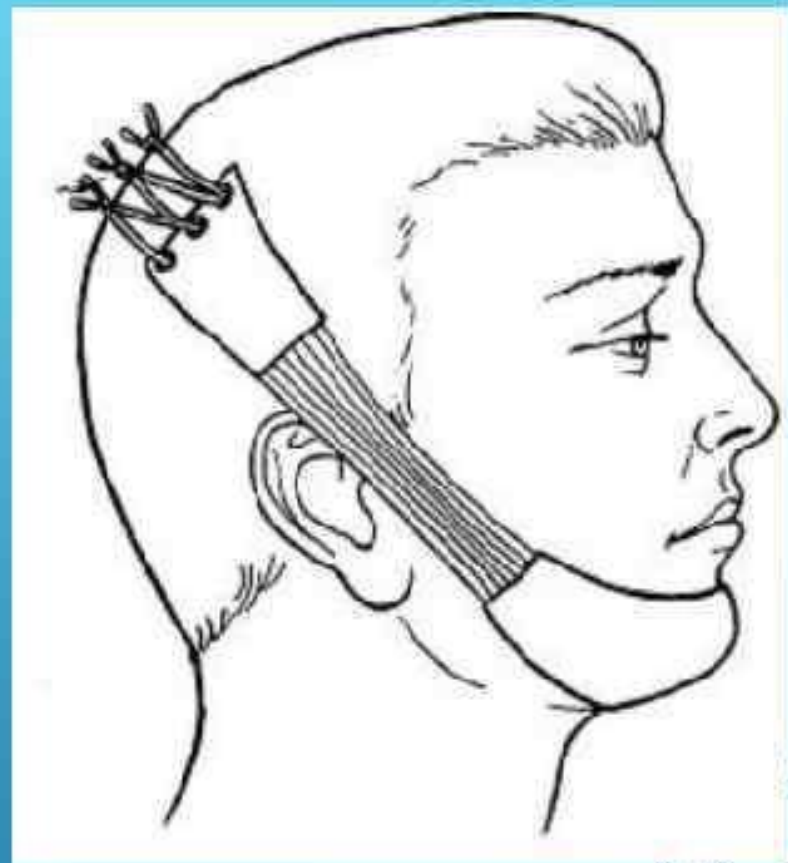
- Простая бинтовая теменно-подбородочная повязка. Её накладывают при переломах верхней и нижней челюсти. Используют широкий марлевый бинт, круговые туры которого проводят через подбородок и теменные кости. Можно использовать подручный материал: косынку, шарф и т.д., что менее удобно. Простая бинтовая повязка непрочна удерживается на голове, и её надо часто подправлять.

- Теменно-подбородочная повязка по Гиппократу надёжно фиксируется на голове и не требует коррекции. Применяется при переломах верхней и нижней челюсти.

Теменно-подбородочная повязка по Гиппократу



- Стандартная мягкая подбородочная праща Померанцевой-Урбанской. Применяют при переломах верхней челюсти и нижней челюсти. Она состоит из подбородочной пращи, к которой с двух сторон пришиты широкие резинки, переходящие в матерчатые ленты с отверстиями для шнурка. Праща удобна и универсальна, но не используется при переломах беззубых челюстей и отсутствии зубных протезов.



- Стандартная повязка для транспортной иммобилизации (жёсткая подбородочная праща) при переломах нижней и верхней челюсти. Эта повязка состоит из стандартной безразмерной шапочки и подбородочной жёсткой пращи с прорезями и выступами, используемыми для фиксации резиновых колец и языка пострадавшего, а также для оттока раневого содержимого.



Уход при повреждениях челюстно-лицевой области

Общий уход. При повреждениях челюстно-лицевой области большое значение имеет не только своевременное проведение лечебных манипуляций, но и общий уход за пострадавшим.

При неогнестрельных и особенно при огнестрельных переломах верхней челюсти необходимо следить за состоянием носового дыхания, характером выделений из носовых ходов, освобождать носовую полость от кровяных сгустков и корок. В носовые ходы надо вводить 3—5% раствор протаргола, эмульсию стрептоцида (на вазелиновом или растительном масле).

В первые дни пострадавший должен находиться в постели в полусидячем положении; при этом устраняются застойные явления в легких и, кроме того, уменьшается опасность попадания в дыхательные пути (аспирации) содержимого полости рта (слюны, слизи, остатков пищи, гнойного и гнилостного отделяемого ран) и возникновения воспалительных легочных осложнений. Пострадавшего с более тяжелыми повреждениями, если позволяет его состояние, следует периодически переворачивать с боку на бок, что также уменьшает застойные явления в легких.

Если нарушена целостность стенок ротовой полости, что сопровождается постоянным вытеканием изо рта слюны и пищи, грудь пострадавшего необходимо закрывать клеенчатым нагрудником или же подвязывать под подбородок клеенчатый или резиновый мешок-слюноприемник. Таким больным для уменьшения слюноотделения назначают три раза в день по 5—8 капель настойки белладонны (T-rae Belladon-nae). Некоторые авторы (Д. А. Этин) рекомендовали применять для уменьшения слюноотделения азрон. Азрон дают два раза в день по одной таблетке (каждая таблетка азрона содержит 0,0004 г камфарнокислого гиосдиамина и 0,0001 г скополамина), растворяя их предварительно в воде.

Уход за полостью рта. При ряде повреждений челюстей и мягких тканей челюстно-лицевой области в значительной степени страдает жевательная функция, а часто и подвижность языка, вследствие чего нарушается самоочищение полости рта. В результате этого в отдельных участках рта скапливаются гнойные выделения из ран, задерживаются остатки пищи. Все это приводит к сильному загрязнению полости рта и служит одной из причин возникновения воспалительных осложнений.

Назначение полосканий рта в таких случаях нецелесообразно, так как необходимые для очистки рта энергичные движения мягких тканей губ и щек невозможны. Поэтому при повреждениях челюстей и прилежащих мягких тканей следует регулярно производить промывания рта из кружки Эсмарха. Можно пользоваться также для этой цели большим шприцем или резиновым баллоном, но такое промывание дает меньший эффект. Обычно для промывания применяют слабый теплый раствор марганцовокислого калия 1 : 1000—1 : 2000 (один кристаллик на стакан воды). Этот раствор обладает известным дезодорирующим действием и устраняет на некоторое время неприятный запах изо рта.

Иногда для более энергичного смывания слизи со слизистой оболочки полости рта прибегают к теплым щелочным промываниям (1—2% раствор двууглекислой соды или раствор нашатырного спирта 1:400—1:600). Перед промыванием рта снимают повязку, закрывающую рану, и подвязывают больному на шею большой клеенчатый передник. Если больной может сидеть, он наклоняет голову вперед и промывание делают над большим тазом или ведром. Голову лежащего больного поворачивают набок, подставляя под нижний угол рта лоток. Кружку Эсмарха поднимают над головой больного приблизительно на высоту 1 м. Отодвигают шпателем губы и щеки, вводят в рот надетый на конец резиновой трубки наконечник (стерилизованный) и струей жидкости промывают преддверие, а затем и полость рта (рис. 319).

Чтобы больной не захлебнулся, промывания необходимо делать с перерывами. С этой же целью следует рекомендовать больному во время промывания рта производить выдох. По окончании выдоха промывание прерывают.

При наличии межчелюстного скрепления и, следовательно, неподвижности нижней челюсти полость рта промывают через дефекты зубного ряда или же направляют струю жидкости в полость рта через промежуток позади последних больших коренных зубов, вводя наконечник глубоко в преддверие полости рта попеременно справа и слева. Одновременно промывают струей жидкости сообщающиеся с полостью рта раны мягких тканей.

Больным с проникающими ранениями промывание рта и смену повязок производят 2—3 раза в день по указанию врача. Более частое промывание и необходимая при этом смена повязки слишком утомляют больного. При проникающих ранениях содержимое рта постоянно вытекает из раны, поэтому необходимо следить за состоянием кожи в окружности ранения. Если под влиянием постоянного смачивания появляется раздражение кожи, окружность раны следует смазать цинковой мазью (*Ung. Zinci oxydati*) или 10% раствором медного купороса (*Sol. Cupri sulfurici 10%*), а затем покрыть слоем вазелина.

После промывания рта удаляют пинцетом оставшиеся кусочки пищи, отторгающиеся участки тканей и костные осколки. При наличии шин проверяют состояние лигатур, прикрепляющих шину к зубам, правильность ее положения (хорошо ли прилегает к зубам, не сместилась ли на слизистую оболочку десны). Если имеется межчелюстное скрепление, контролируют состояние резиновых колечек. В случае необходимости подтягивают или сменяют лопнувшие лигатуры, заменяют резиновые колечки.

Питание. Питание больных с повреждением челюстно-лицевой области имеет свои особенности. Ввиду нарушения у таких больных функции жевания, а иногда и глотания они должны получать пищу в измельченном, кашецеобразном, а иногда и в полужидком виде.

Для введения полужидкой пищи пользуются поильником, на носик которого надевают дренажную трубку длиной 20—25 см. Конец резиновой трубки вводят в полость рта. При межчелюстном скреплении трубку проводят через дефект зубного ряда, а при наличии всех зубов ее продвигают в преддверие полости рта за последний большой коренной зуб. Приподнимая поильник и несколько наклоняя его, вливают в полость рта небольшими порциями полужидкую пищу (рис. 320).



Рис. 320. Кормление больного с челюстно-лицевым повреждением из поильника (из книги Д. А. Энтина).

В первые дни, чтобы больной, не приучившийся пользоваться поильником, не захлебнулся, следует периодически сжимать пальцами резиновую трубку, надетую на носик поильника. Таким путем можно обеспечить поступление в рот количества пищи, необходимого для глотка. В дальнейшем больные сами сжимают пальцами трубку, регулируя поступление пищи.

Некоторые больные вводят в рот измельченную или кашецеобразную пищу с помощью чайной ложки и засасывают

При обширных повреждениях челюстно-лицевой области или присоединяющихся воспалительных процессах, обуславливающих невозможность глотания пищи, приходится в течение некоторого времени вводить пищу с помощью зонда через рот, а иногда через носовые ходы или же через прямую кишку. Следует, однако, подчеркнуть необходимость быстрого перехода на питание с помощью поильника, что значительно улучшает состояние пострадавшего, угнетенного невозможностью приема пищи обычным путем. Кроме того, это облегчает уход за больными.

В тех случаях, когда больной не может глотать, пищу вводят при помощи нетолстого желудочного зонда или резинового катетера с достаточным просветом, надетого на воронку. Зонд вводят в верхнюю треть пищевода на глубину около 25 см от уровня передних зубов или же носового отверстия. Необходимо проверять, не попал ли конец зонда в гортань и трахею. С этой целью вливают через воронку небольшое количество жидкости (не более 2—3 столовых ложек); если жидкость проходит свободно и не появляется кашель, значит зонд введен правильно. Тогда постепенно вливают в воронку жидкую пищу, которую получают больные, питающиеся с помощью поильника.

Кормление через зонд проводится 3—4 раза в день.

Через прямую кишку хорошо всасываются вода и некоторые вещества — ряд солей (хлористый натрий, хлористый кальций), углеводы (сахар, глюкоза), алкоголь. Жиры и белки, даже содержащиеся в молоке и яйцах, всасываются плохо и в небольших количествах. Следовательно, питание через прямую кишку не может быть полноценным. Поэтому введение жидкости и питательных веществ таким путем -следует рассматривать лишь как вспомогательный и временный способ питания больного.

Соли и углеводы следует вводить в изотоническом растворе (хлористый натрий — в виде 0,85—0,9% раствора, глюкозу — в 5,4% растворе, тростниковый сахар — в 8,5% растворе).

Кормление через зонд проводится 3—4 раза в день.

Через прямую кишку хорошо всасываются вода и некоторые вещества — ряд солей (хлористый натрий, хлористый кальций), углеводы (сахар, глюкоза), алкоголь. Жиры и белки, даже содержащиеся в молоке и яйцах, всасываются плохо и в небольших количествах. Следовательно, питание через прямую кишку не может быть полноценным. Поэтому введение жидкости и питательных веществ таким путем -следует рассматривать лишь как вспомогательный и временный способ питания больного.

Соли и углеводы следует вводить в изотоническом растворе (хлористый натрий — в виде 0,85—0,9% раствора, глюкозу — в 5,4% растворе, тростниковый сахар — в 8,5% растворе).

Кишечник перед введением питательной или капельной клизмы должен быть очищен. Поэтому за час до питательной клизмы делают очистительную клизму. Питательную клизму вводят подогретой до температуры тела; количество вводимой жидкости колеблется от 300 до 400 мл. При пользовании капельной клизмой (60—90 капель в минуту) количество жидкости, вводимой за один прием, можно довести до 1—1,5 л.

