

К осложнениям переломов челюстей относят:

- Посттравматический остеомиелит;
- Травматический гайморит(верхнечелюстной синусит);
- Замедленная консолидация отломков;
- Сращение отломков в неправильном положении;
- Ложный сустав;

Этиология

- • позднего оказания специализированной помощи больному с переломом челюсти и длительного инфицирования костной ткани;
- значительного скелетирования концов костных фрагментов, что ухудшает кровообращение и трофику тканей в зоне перелома;
- наличия зубов (корней) в щели перелома, а также расположенных рядом зубов с хроническими одонтогенными очагами инфекции;
- несвоевременного удаления зуба из щели перелома;
- недостаточно эффективной иммобилизации отломков челюстей или её отсутствия;
- снижения иммунологической реактивности организма и при наличии тяжёлых сопутствующих заболеваний;
- несоблюдения лечебного режима больным и неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта;
- совокупности нескольких вышеперечисленных факторов.

Травматический остеомиелит

Относится к осложнениям, возникающим при переломах челюстей и встречается в 10-30 % случаев переломов челюстей. Наиболее часто развивается при переломах нижней челюсти.

Этиология

Травматический остеомиелит развивается в случае:

- позднего оказания специализированной помощи больному с переломом челюсти и длительного инфицирования костной ткани;
- значительного скелетирования концов костных фрагментов, что ухудшает кровообращение и трофику тканей в зоне перелома;

- наличия зубов (корней) в щели перелома, а также расположенных рядом зубов с хроническими одонтогенными очагами инфекции;
- несвоевременного удаления зуба из щели перелома;
- недостаточно эффективной иммобилизации отломков челюстей или её отсутствия;
- снижения иммунологической реактивности организма и при наличии тяжёлых сопутствующих заболеваний;
- несоблюдения лечебного режима больным и неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта;
- совокупности нескольких вышеперечисленных факторов. Выделяют три стадии травматического остеомиелита: острую, подострую и хроническую.

Острая стадия

Острая стадия развивается через 3-4 дня от начала травмы. Состояние больного ухудшается, повышается температура тела, появляется потливость, слабость, усиливается боль в области перелома,

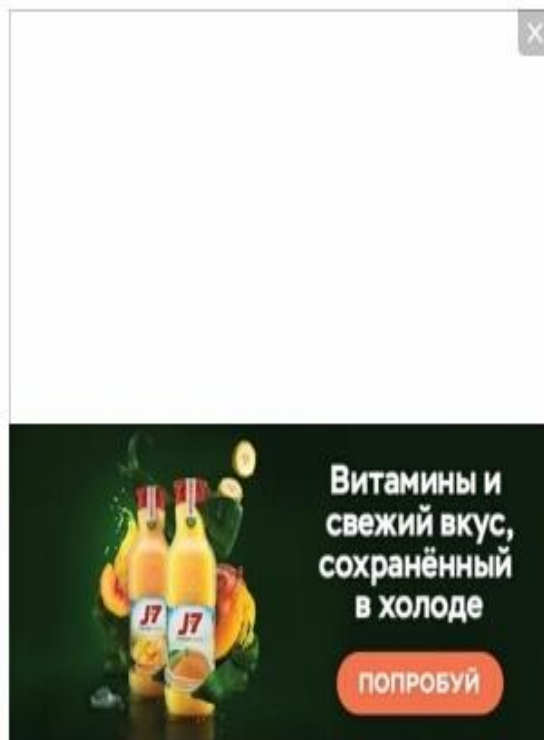
возникает неприятный запах изо рта. В окологлазничных тканях увеличивается посттравматический отёк. Затем образуется воспалительный инфильтрат с последующим формированием абсцесса или флегмоны. Открывание рта ограничено, определяется инфильтрат в тканях преддверия и собственно полости рта. Возможно формирование поднадкостничного гнойника. У ряда больных появляется симптом Венсана. Из зубодесневых карманов зубов, расположенных впереди и сзади от щели перелома, выделяется гной.

Острая стадия травматического остеомиелита протекает менее бурно и с признаками менее выраженной интоксикации организма по сравнению с острой стадией одонтогенного остеомиелита, так как при открытом переломе воспалительный экссудат оттекает в полость рта, а не всасывается.

Диагностировать острую стадию можно не ранее чем через 4-5 дней от начала его развития.

Таким образом, в первые дни заболевания отличить по клиническим признакам нагноение костной раны от острой стадии травматического остеомиелита не представляется возможным. Заподозрить её развитие можно в процессе адекватного лечения развившегося воспалительного процесса в ране в течение 4-5 дней и его неэффективности (недостаточной эффективности).

Лечение в острой стадии травматического остеомиелита предполагает вскрытие гнойников, удаление зуба из щели перелома, проведение антимикробной, дезинтоксикационной, десенсибилизирующей, общеукрепляющей и симптоматической терапии. Обязательна эффективная иммобилизация отломков челюсти.



Вследствие проводимого лечения воспалительные явления в ране стихают, улучшается самочувствие больного, нормализуются лабораторные показатели крови. Но окончательного выздоровления не наступает: послеоперационная рана полностью не эпителизируется, формируются свищи, через которые выделяется гной. Самопроизвольно свищи не закрываются. Заболевание переходит в подострую стадию.

не закрываются, заставляя переходить в подострую стадию.

Подострая стадия

В подострой стадии погибшая костная ткань начинает отграничиваться от здоровой с формированием секвестра. При зондировании тканей через свищевой ход можно обнаружить шероховатую поверхность мёртвой кости. Наряду с деструкцией костной ткани в

ней происходят репаративные процессы, направленные на образование костной мозоли, которая в данном случае выполняет и роль секвестральной капсулы (коробки). При пальпации можно определить утолщение нижней челюсти. Подострая стадия длится 7-10 дней.

Лечение

В этот период необходимо предупреждать обострение воспалительного процесса, стимулировать защитные силы организма с целью ускорения формирования секвестров и оптимизации условий для образования костной мозоли: витаминотерапия, аутогеммотерапия, дробное переливание плазмы крови, общее УФО, УВЧ-терапия, рациональное питание.

Устойчивая стадия

Осложнение при переломах челюстей - Хронический травматический остеомиелит

Рентгенограмма нижней челюсти, боковая проекция. Хронический травматический остеомиелит. Отмечается наличие секвестров в зоне перелома

В поздние сроки видна зона остеосклероза на концах отломков, контрастная тень различной величины и формы - секвестр. Нередко он может быть краевым. Между костными фрагментами прослеживается менее плотная тень костной мозоли (секвестральной капсулы).

Лечение

В хронической стадии удаляют секвестр внеротовым, реже - внутриротовым доступом. Оптимальные сроки для секвестрэктомии - 3-4 нед после перелома, чаще 5-6 нед. Учитывая, что гнойно-некротический процесс в кости угнетает репаративный остеогенез и может быть причиной образования ложного сустава, желательно удалять секвестр в оптимальные сроки - сразу же, как он сформировался, иногда не дожидаясь образования прочной секвестральной коробки (костной мозоли). В случае недостаточной прочности секвестральной коробки костные фрагменты после удаления секвестра закрепляют (мини-пластинки или аппараты). Если образуется костный дефект более 2 см, его восполняют трансплантатом. Костную рану изолируют от полости рта, накладывая глухие швы на слизистую оболочку. Внутриротовым доступом удаляют небольшие секвестры.

Профилактика травматического остеомиелита.

- Ранняя иммобилизация костных отломков.
- Своевременное удаление зубов из щели перелома.
- Тщательная изоляция щели перелома от полости рта после её промывания антисептическими растворами, наложение глухих швов на разорванную слизистую оболочку.
- Проведение терапии, направленной на восстановление микроциркуляции в отломках (назначение антикоагулянтов; введение растворов, улучшающих реологические свойства крови, и др.).
- Раннее применение антибиотиков, чувствительных к костной ткани.
- Проведение общеукрепляющей терапии, направленной на создание оптимальных условий для репаративного остеогенеза.
- Использование физиолечения.
- Тщательный уход за полостью рта, соблюдение гигиенических мероприятий.

Ретенционные кисты



Создано с помощью
демо-версии iSpring Suite
Осталось 0 дней

Ретенционные кисты как больших, так и малых слюнных желез встречаются чаще у детей в возрасте 7-12 лет. Ретенционные кисты малых слюнных желез чаще локализируются в области нижней губы и являются результатом одномоментной или хронической травмы. Представляют собой образование округлой формы на широком основании, слизистая над ними истончена, просвечивает жидкое содержимое. Размер до 1х1 см в диаметре. Периодически киста может вскрываться, содержимое истекает, и она исчезает, но затем может вновь появиться. Лечение ретенционных кист малых слюнных желез хирургическое.

Эпидермоидная киста



Создано с помощью
демо-версии iSpring Suite
Осталось 0 дней

Эпидермоидная киста - образуется из отшнуровавшегося эпителия в период смыкания жаберных дуг. Локализуется в области переднего отдела полости рта, а также в области корня носа и надбровной области. Клиника. Мягкое, безболезненное образование, не спаянное с окружающими тканями и кожей. Кожа в цвете не изменена. Содержимое кисты: жидкость желтого цвета с кристаллами холестерина и слущенными клетками эпителия (чешуйки кератина). Лечение: хирургическое удаление новообразования. Сложности связаны с тем, что оболочка кисты очень тонкая.



Выделяют:

- 1) Кисты и свищи околоушной области.
- 2) Срединные кисты и свищи шеи.
- 3) Боковые кисты и свищи шеи.

Предушные свищи иногда двусторонние, открываются впереди основания завитка ушной раковины, имеют диаметр около одного миллиметра. При надавливании на козелок из свища выделяется сметанообразная и салоподобная масса. Иногда свищ закрывается затвердевшей пробкой из этой массы и нагнаивается, в результате чего вокруг развивается воспаление с перихондритом наружного слухового прохода, формированием абсцесса под кожей впереди козелка. Свищевой ход направляется вниз кзади и медиально, доходя до хрящевой части наружного слухового прохода, вплетаясь в его толщу.

Срединные кисты и свищи



Создано с помощью
демо-версии iSpring Suite
Осталось 0 дней

Срединные кисты и свищи шеи развиваются из остатков нередуцированного щитовидно-язычного протока, который имеется у эмбриона при развитии щитовидной железы. Могут локализоваться на любом участке щитовидно-язычного протока: как от «слепого» отверстия языка до подъязычной кости, так и ниже – от тела подъязычной кости до перешейка щитовидной железы



Клинически протекают бессимптомно.
Определяется мягкое эластичное образование, округлой формы, не спаянное с окружающими тканями, но имеющее связь с телом подъязычной кости. При глотании образование смещается только вверх, вслед за подъязычной костью. Срединные кисты могут нагнаиваться.



Клинические признаки.

Обычно проявляются в юношеском возрасте или позже, вызывая асимметрию лица и деформируя шею. Они слегка смещаются в передне-заднем направлении, имеют плотно-эластическую консистенцию; кожа над ними не изменяется в цвете, остается неспаянной с кистой

Возможно нагноение кисты. После самопроизвольного вскрытия нагноившейся кисты или рассечение ее хирургом остается постоянно действующий, а иногда – временно закрывающийся свищевой ход на боковой поверхности шеи.



Создано с помощью
демо-версии iSpring Suite
Осталось 0 дней

Врожденная боковая киста шеи слева

Возможно нагноение кисты. После самопроизвольного вскрытия нагноившейся кисты или рассечение ее хирургом остается постоянно действующий, а иногда – временно закрывающийся свищевой ход на боковой поверхности шеи.

Лечение врожденных кист и сви



Создано с помощью
демо-версии iSpring Suite
Осталось 0 дней

Лечение всех кист и свищей должно быть радикальным. Удаление боковой или срединной эпителиальной кисты шеи производят радикально – вместе с отростками ее, ведущими к подъязычной кисте или слепому отверстию корня языка, боковой стенке глотки. Если отросток перфорирует тело подъязычной кости, резецируют ее соответствующий участок. Оставление нередуцированных остатков щитовидно-язычного тракта неизбежно приводит к рецидиву кисты или образованию незаживающего свища на месте операции. Удаление боковых кист шеи производят (через разрез вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы) ножницами, тупо, осторожно отодвигая по пути крупные сосуды и нервы, передний край этой мышцы отодвигают тупым крючком латерально, чем обеспечивается хорошее обозрение кисты и доступ к сосудам шеи. Удаление срединных и боковых свищей шеи начинают с наполнения их красящим веществом. Благодаря прокрашиванию разветвлений удастся всех их удалить в одном блоке, вместе с основным свищевым ходом. Если свищ прободает тело подъязычной кости, нужно, обязательно резецировать соответствующую часть ее, затем продолжать выделять оставшуюся часть свища, обычно окруженного несколько склерозированной (на почве периодических обострений воспаления) соединительной тканью. При развитии нагноения, нужно вскрыть гнойник и купировать воспаление. Прогноз. Только радикальное иссечение свища вместе с его устьем на слизистой оболочке языка или боковой стенке глотки исключает возникновение рецидивов, а также злокачественного перерождения кисты или стенок ее свища.