



Травма челюстно-лицевой области.
Новообразования челюстно-лицевой области.
Физиотерапия стоматологических заболеваний

доц. к.м.н. Вечеркина Ж.В.

Травмы, повреждения, их классификация в ЧЛЮ

- ▶ **Повреждение** — нарушение целостной структуры на клеточном, тканевом или органном уровне, возникающее вследствие действия повреждающего агента. Повреждение может быть вызвано:
 - ▶ — механическими факторами, в том числе огнестрельным оружием;
 - ▶ — физическими факторами — термическое повреждение, лучевое повреждение;
 - ▶ — химическими факторами — повреждение кислотами, щелочами, отравляющими химическими агентами.
- ▶ Классификации повреждений зависят от характера, локализации, повреждающего фактора, объёма повреждения и др.
- ▶ По классификации Б.Д. Кабакова повреждения разделяют на механические, в свою очередь, подразделяющиеся по локализации, характеру и механизму повреждения, а также комбинированные поражения, ожоги, отморожения, химические и лучевые повреждения.
- ▶ **Травма** — внезапное воздействие на ткани и органы челюстно-лицевой области фактора внешней среды, приводящего к нарушению анатомической целостности, функции и физиологических процессов травмированного отдела или органа.
 - ▶ Травмы подразделяют:
 - ▶ — на изолированные — повреждение одного органа (перелом нижней челюсти);
 - ▶ — множественные — разновидности однонаправленного действия (вывих зуба и перелом альвеолярного отростка);
 - ▶ — сочетанные одномоментные функционально-разнонаправленного действия (перелом нижней челюсти и черепно-мозговая травма);
 - ▶ — комбинированные — при сочетании разных повреждающих факторов (термическое и механическое повреждения).

Виды оказания помощи в ЧЛО:

- ▶ При всех видах повреждений челюстно-лицевой области помощь оказывают в травматологических пунктах, специализированных поликлиниках и стационарах стоматологического профиля. При травмах челюстно-лицевой области начальная (первичная) помощь должна быть экстренной, а при устранении последствий — плановой.
- ▶ В настоящее время отмечается увеличение частоты сочетанных и множественных травм, что требует комплексной оценки состояния пациента челюстно-лицевым хирургом, стоматологом, офтальмологом, травматологом, нейрохирургом, реаниматологом и обязательного участия этих специалистов в оказании помощи в условиях специализированного стационара и реанимационного отделения.
- ▶ — **Первую помощь** оказывают обычно в очаге поражения. Ортопедическая первая помощь заключается в наложении на рану асептической пращевидной повязки на подбородок. Временная иммобилизация отломков челюстей правильно наложенной ватно-марлевой повязкой и введение обезболивающего препарата из шприц-тюбика наряду с остановкой наружного кровотечения — меры предупреждения развития травматического шока.
- ▶ — **Доврачебную помощь** оказывают в медицинском пункте. Ортопедическая доврачебная помощь включает контроль и исправление наложенных ранее повязок, транспортную иммобилизацию челюстей. Смену повязки проводят в случае, когда она не выполняет свою защитную роль (выраженное промокание, обнажение раневой поверхности).
- ▶ — **Первая врачебная помощь** включает комплекс общеврачебных мероприятий.
- ▶ На данном этапе помощь оказывает врач-стоматолог, который имеет в своём распоряжении зубохирургический комплект с бормашиной для оказания необходимой зубохирургической помощи. Врач-стоматолог осуществляет транспортную иммобилизацию отломков челюстей. Если иммобилизация была проведена ранее, повязку снимают только тогда, когда она не выполняет своей функции или при необходимости оказания помощи вследствие продолжающегося кровотечения. В остальных случаях повязку лишь подбинтовывают. В связи с тем, что предварительный диагноз ставят при неснятых повязках, он носит ориентировочный характер.

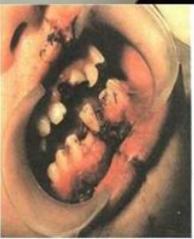
При переломах челюстей стоматолог проводит транспортную иммобилизацию с помощью стандартной транспортной повязки (жёсткая подбородочная праща Энтина и стандартная опорная шапка). Её накладывают как давящую (используют 2–3 пары резиновых колец) при переломе нижней челюсти за зубным рядом и переломе верхней челюсти. Кроме того, должно быть достаточное количество сохранившихся зубов на верхней и нижней челюсти. При переломе нижней челюсти в пределах зубного ряда и в лоскутных ранах мягких тканей в околочелюстной области её накладывают как поддерживающую (используют 1–2 пары резиновых колец с тем, чтобы не сместить дополнительно отломки челюсти и не ухудшить проходимость дыхательных путей). Опорную шапочку фиксируют так, чтобы она охватывала затылочный бугор, а тесёмки были завязаны на лбу. Жесткую подбородочную пращу заполняют ватно-марлевым вкладышем, перекрывая по периметру край пращи. Иногда (по индивидуальным показаниям) можно использовать межчелюстное лигатурное скрепление по общепринятой методике. Абсолютные противопоказания к использованию этого метода: эвакуация раненого воздушным или водным транспортом; угроза рвоты (травма головного мозга); нарастающий отек языка; бессознательное состояние раненого; кровотечение из полости рта.

- ▶ — **Квалифицированную** медицинскую помощь оказывают в полном объёме в специализированном отделении, она включает в себя постоянную фиксацию отломков, оказание стоматологической помощи, а в некоторых случаях протезирование

Огнестрельные повреждения челюстно-лицевой области, их особенности

- ▶ Особенности огнестрельных ранений челюстно-лицевой области определяются расположением в данной зоне начальных отделов пищеварительного канала, верхних дыхательных путей, органов чувств и речи. Так, одинаковые по своему характеру ранения верхней и нижней челюсти протекают отнюдь не равнозначно и имеют различный исход. Это зависит от структуры и свойств костной ткани: нижняя челюсть более мощная и вследствие этого поглощает большее количество кинетической энергии по сравнению с верхней. Нижняя челюсть разрушается, как правило, с образованием крупных и мелких осколков, которые могут выступать в роли вторично ранящих снарядов.
- ▶ Кроме того, многое определяется направлением раневого канала и месторасположением входного отверстия. Слепое осколочное ранение нижней челюсти в большей степени угрожает летальным исходом по сравнению с аналогичным ранением верхней челюсти. Также следует иметь в виду, что внешняя картина огнестрельного поражения челюстно-лицевой области нередко не отображает истинное положение вещей в отношении тяжести полученного ранения и его исхода. Например, нередко сквозное ранение дна полости рта с небольшой по размерам раной на коже является смертельным. Или, напротив, обширное повреждение только лишь имитирует безнадёжность ранения (особенно если сопровождается потерей сознания).

Комбинированные повреждения



ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЫ ЛИЦА



Неогнестрельные переломы челюстей, их классификации и механизм смещения отломков

Неогнестрельные повреждения челюстей в основном представлены их переломами. Наиболее часто наблюдают переломы нижней, реже — верхней челюсти.

Классификация переломов НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

— По локализации перелома

■ ■ Перелом альвеолярной части.

■ ■ Переломы тела и угла челюсти в пределах зубного ряда:

✧ ✧ в центральном отделе (в области резцов), ментальном отделе (медиально и латерально от лунки клыка), боковом отделе (область пятого, шестого и седьмого зубов), в области угла (область восьмого зуба);

✧ ✧ с наличием зуба в границах перелома, при отсутствии зуба в границах перелома.

■ ■ Перелом ветви нижней челюсти.

■ ■ Перелом мышечкового отростка: основания, шейки, головки.

■ ■ Перелом венечного отростка.

— По характеру перелома

■ ■ Линейный, оскольчатый.

■ ■ Одиночный, двойной, множественный, односторонний, двусторонний.

■ ■ Со смещением отломков, без смещения отломков.

— По характеру повреждений

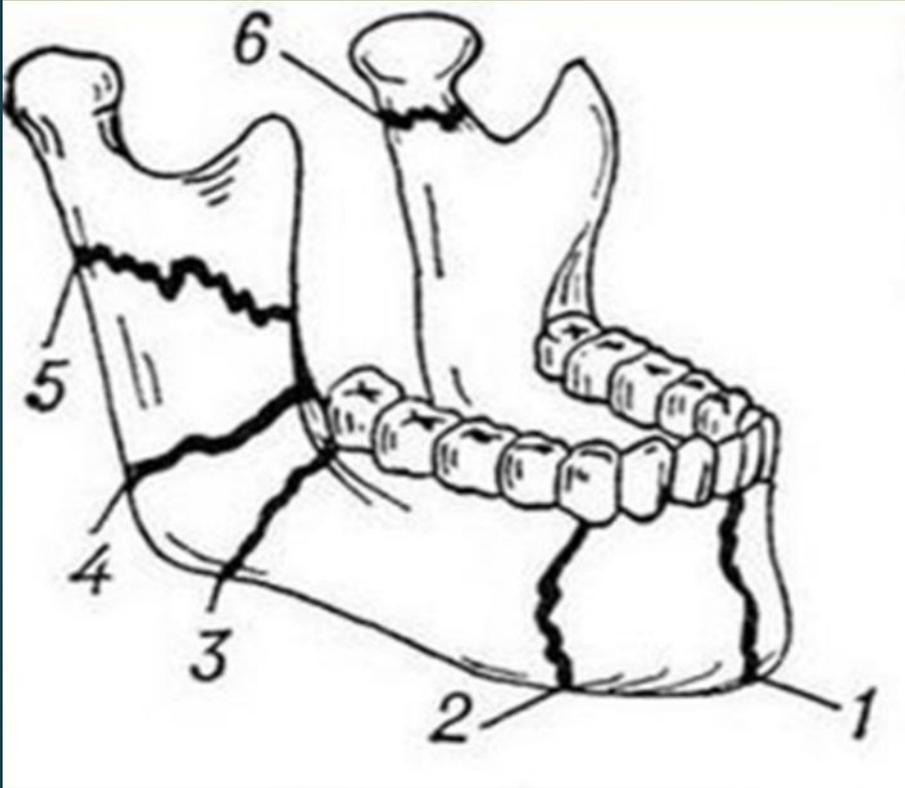
■ ■ Изолированные. ■ ■ Сочетанные:

✧ ✧ с черепно-мозговой травмой;

✧ ✧ повреждением мягких тканей других областей; ✧ ✧ повреждением других костей скелета.

Типичные переломы нижней челюсти (рис.):

- 1- срединный перелом;
- 2- подбородочный (ментальный);
- 3- впереди угла челюсти;
- 4- позади угла челюсти
- 5- перелом ветви челюсти;
- 6- перелом суставного отростка.



Открытый двусторонний перелом нижней челюсти в ментальном отделе и основания правого мыщелкового отростка со смещением



Классификация ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

— По локализации перелома

- Перелом альвеолярного отростка (аркообразный).

- Перелом верхней челюсти Ле Фор I .

- Перелом верхней челюсти Ле Фор II .

- Перелом верхней челюсти Ле Фор III .

— По характеру перелома

- Со смещением отломков.

- Без смещения отломков.

На основании особенностей анатомического строения верхней челюсти, экспериментов, проведённых Ле Фором, и клинических наблюдений были установлены слабые линии, где наиболее часто происходят переломы верхней челюсти.

При двусторонних переломах по третьему типу определяют вертикальный перелом перегородки носа. А.А. Лимберг называет такой перелом черепно-лицевым разъединением, так как вся верхняя челюсть со скуловой костью отделяется от основания черепа.

Следует отметить, что нередко наблюдают смешанные переломы, когда с одной стороны может возникнуть перелом по второму, а с другой — по третьему типу или комбинация перелома по первому и второму типам и др.

Смещение отломков верхней челюсти происходит под влиянием продолжающегося действия силы (как правило, кзади) и под действием собственной силы тяжести (книзу).

Переломы верхней челюсти по линии Ле Фор II и Ле Фор III сочетаются, как правило, с черепно-мозговой травмой.

Ле Фор II (перелом по среднему уровню) –
линия перелома проходит поперечно через

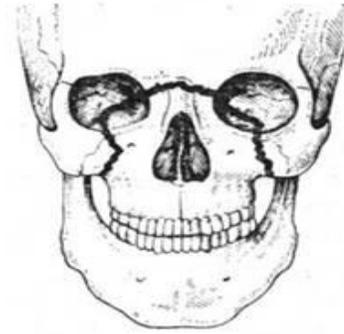
*спинку носа,

*медиальную стенку,

*дно и нижнеглазничный край

*скулочелюстному шву до крыловидного отростка основной кости.

Перелом называют суборбитальным или пирамидальным, так как при этом происходит челюстно-лицевое разъединение.



б

Перелом верхней челюсти по Ле Фор I



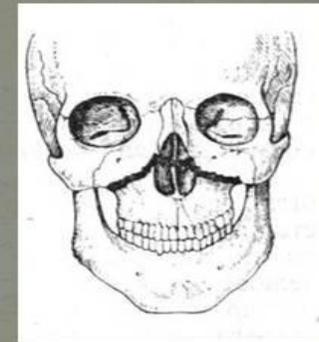
Ле Фор I (верхний, суббазальный тип) -

щель перелома проходит параллельно альвеолярному отростку: через основание носа, по верхней стенке орбиты, по скуловым дугам, часто через передние и средние черепные ямки.

Нижний тип перелома (Ле Фор III)

Линия перелома проходит в горизонтальной плоскости над альвеолярным отростком и сводом твердого неба.

Начинаясь у края грушевидного отверстия с двух сторон, она идет кзади выше дна верхнечелюстной пазухи, проходит через бугор верхней челюсти и нижнюю треть крыловидного отростка клиновидной кости.



Ожоги

Ожоги (combustio) - повреждение тканей организма, возникшее в результате местного действия высокой температуры, а также химических веществ, электрического тока или ионизирующего излучения





Классификация ожогов

По воздействию фактору ожоги делятся

| Вид ожога | Воздействующий фактор |
|----------------------|---|
| Термический | Пламя, пар, горячие и горячие жидкости. Контакт с горячими предметами |
| Химический | Промышленные химические вещества. Химикаты домашнего употребления |
| Электрический | Ток низкого и высокого напряжения. Разряд молнии. |
| Лучевой | Солнечные ожоги. Поражение от радиоактивного источника |

Отморожения

По глубине различают четыре степени отморожений:

I степень — кожа в местах поражения становится отечной, гиперемированной, с цианотичной или мраморной окраской. В отмороженных тканях появляется зуд, боль, покалывание: некроз не развивается;

II степень — частичная гибель кожи до ее росткового слоя, появление пузырей, наполненных прозрачным содержимым. Дно пузырей сохраняет чувствительность к уколам или прикосновениям;

III степень — омертвление всей толщи кожи, подкожной клетчатки и мягких тканей. Пораженные участки покрыты пузырями, с темно- геморрагическим содержимым. Дно пузырей не чувствительно к болевым раздражениям и не кровоточит при уколах;

IV степень — омертвление всей толщи мягких тканей и кости. Клинические признаки те же, что и при отморожении III степени.



– Новообразование

– Новообразование (опухоль) — патологический процесс, представленный новообразованной тканью, в которой изменения генетического аппарата клеток приводят к нарушению регуляции их роста и дифференцировки. Новообразования органов лица и полости рта весьма многообразны. Все опухоли подразделяют на две основные группы — доброкачественные и злокачественные. ■ Для доброкачественных опухолей характерны медленный рост, отсутствие метастазов и общего влияния на организм. Доброкачественные опухоли могут малигнизироваться, т.е. превращаться в злокачественные. ■ Для злокачественных опухолей характерны быстрый рост, метастазирование и рецидивирование, а также наличие общего влияния на организм. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и опухолевые процессы, сопровождающиеся утратой зубов и образованием дефектов, требуют ортопедического лечения с изготовлением зубных протезов и челюстно-лицевых аппаратов.



Спасибо за
внимание!