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

доц. к.м.н. Вечеркина Ж.В.

Воронеж - 2020

Травмы, повреждения, их классификация в ЧЛО

- **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, щелоча-
- ми, 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 зубоврачебный комплект с бормашиной для оказания необходимой зубоврачебной 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 рота с небольшой по размерам раной на коже является смертельным. Или, напротив, обширное повреждение только лишь имитирует безнадёжность ранения (особенно если сопровождается потерей сознания).

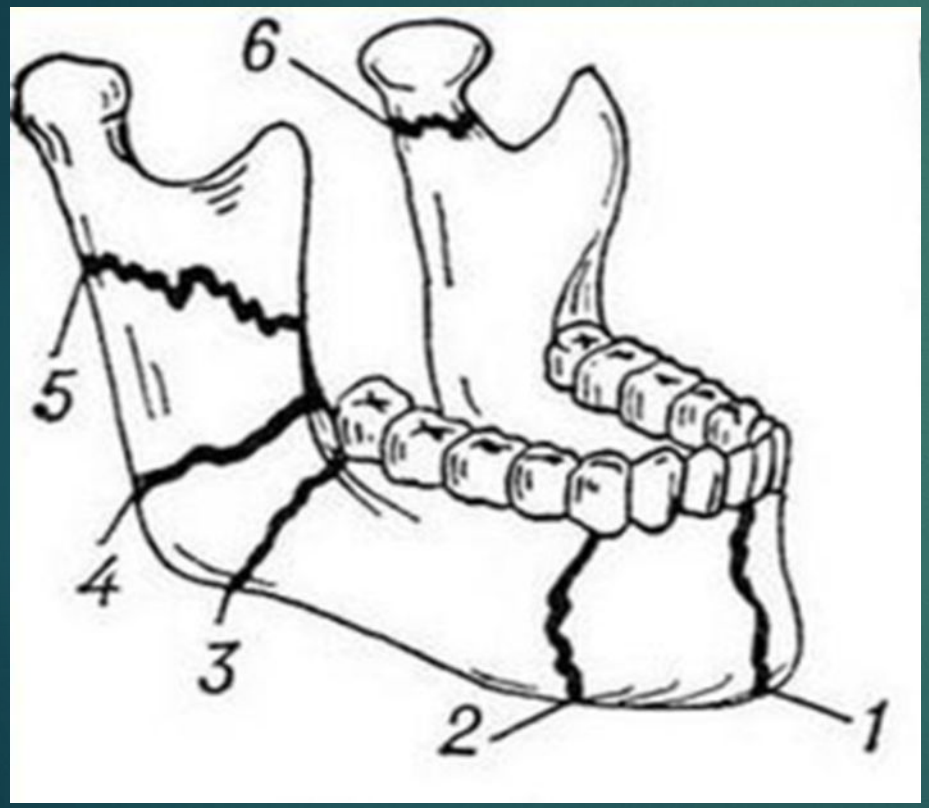
Комбинированные повреждения

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 мыщелкового 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.



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 возникать 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.

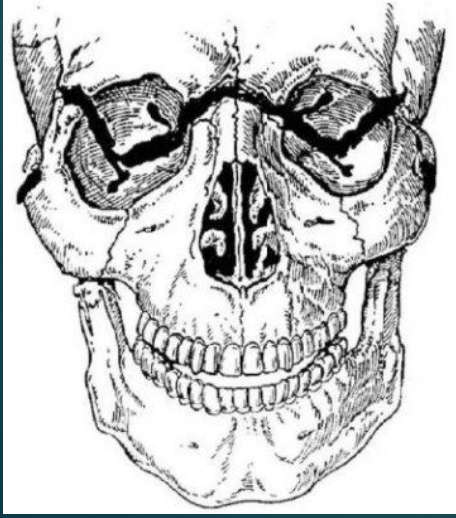
Ле Фор II **(перелом по среднему уровню) – линия перелома проходит поперечно через**

- **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 воздействующему фактору ожоги делятся

Вид ожога	Воздействующий фактор
Термический	Пламя, пар, горячие и горящие 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 — омертвение 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 — омертвение 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!