

Осложнения при огнестрельных
ранениях. Осложнения. Помощь,
лечение. ПХО ран лица.

Ранние осложнения

- Ранние кровотечения
- Асфиксия
- Шок
- Коллапс
- Кома
- Нарастающая дыхательная недостаточность



Поздние осложнения

- Вторичные кровотечения
- Бронхопальмональные расстройства
- Парезы, параличи
- Парастезии, гиперстезии
- Слюнные свищи
- Травматический остеомиелит костей
- Травматический синусит верхнечелюстной пазухи
- Церебральные нарушения
- Анкилоз
- Стойкая контрактура жевательных мышц
- Ложный сустав



Асфиксия

- Дислокационная асфиксия – развивается вследствие западения языка при смещении отломков челюсти книзу и кзади. Больного следует уложить лицом вниз и наложить транспортную повязку. Если эти меры неэффективны, то язык нужно зафиксировать булавкой к бинту, который закрепляют вокруг шеи.
- Обтурационная асфиксия – закрытие верхних дыхательных путей инородным телом. Ротовую полость следует очистить от рвотных масс, кровяных сгустков.
- Стенотипическая асфиксия – возникает из-за отёка голосовых связок и тканей подсвязочного пространства. Необходимо лигировать кровоточащий сосуд, либо произвести крикотомию – толстой иглой пунктируется трахея через щитоперстневидную связку.

- Клапанная асфиксия – возникает при разрыве мягкого нёба или задней стенки глотки, во время вдоха свисающий край присасывается и перекрывает доступ воздуха. Больного следует транспортировать на боку (на стороне повреждения) или сидя с опущенным вниз лицом. Также возможна крикотомия.

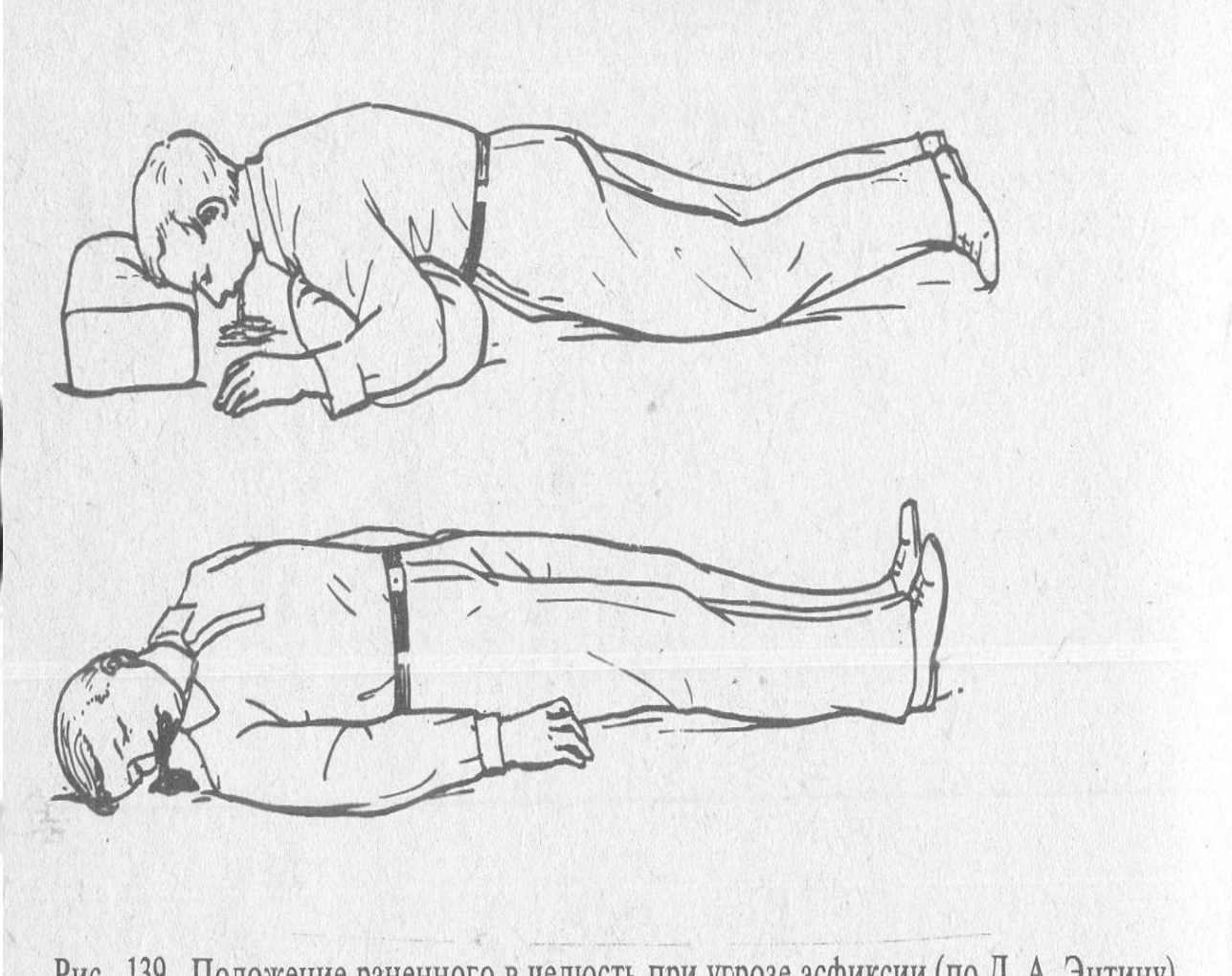
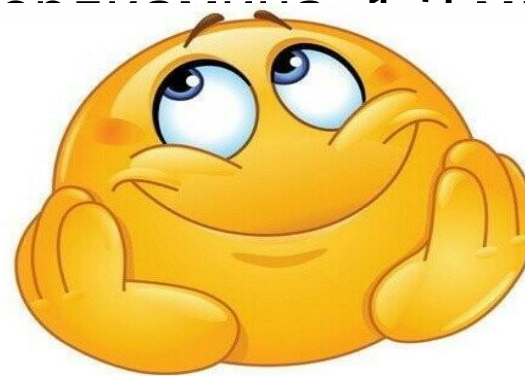


Рис. 139. Положение раненного в челюсть при угрозе асфиксии (по Д. А. Энтину).

Коллапс

- Проявляется остро развивающейся сосудистой недостаточностью. Сознание сохранено, отмечается вялость, головокружение
- Кожа бледная, холодная, влажная
- Пульс частый, нитевидный, слабого наполнения
- АД низкое, дыхание поверхностное
- Помощь:
- Больного перевести в горизонтальное положение, внутривенно ввести 20-60 мл 40% р-ра глюкозы с 2-5 мл 5% р-ра аскорбиновой кислоты, 2-3 мг 1% р-ра кофеина



Шок

- Тяжёлая острая недостаточность периферического кровообращения с ишемией жизненно важных органов.
- 3 степени тяжести шока:
 - Шок I степени (легкий шок). АД в пределах 100–90 мм рт. ст. Тахикардия с частотой до 100 уд./мин. Пострадавший может быть несколько заторможен. Кожа бледная и холодная, частота дыхания повышена.
 - Шок II степени (шок средней тяжести). АД снижается до 80–75 мм рт. ст. ЧСС возрастает до 110–120 уд./мин. Кожные покровы бледные и холодные. Пациенты адинамичны и заторможены.
 - Шок III степени (тяжелый шок) характеризуется глубокой гипотонией. АД снижено до 60 мм рт. ст. Диастолическое давление не определяется. ЧСС возрастает до 130–140 уд./мин. Кожные покровы имеют землистый оттенок.

Местные осложнения травм челюстно-лицевой области

- Вторичные кровотечения – возникают через 7-15 дней, основная причина – гнойное расплавление тромба или стенки сосуда. Сопровождается усилением боли в ране, появлением кровянистых выделений. Помощь заключается в наложении кровоостанавливающего зажима, перевязке сосуда.
- Нагноение мягких тканей – возникает из-за инфицирования гематом, характеризуется острым началом, местными и общими симптомами воспаления, несвоевременное лечение может привести к разлитому остеомиелиту.



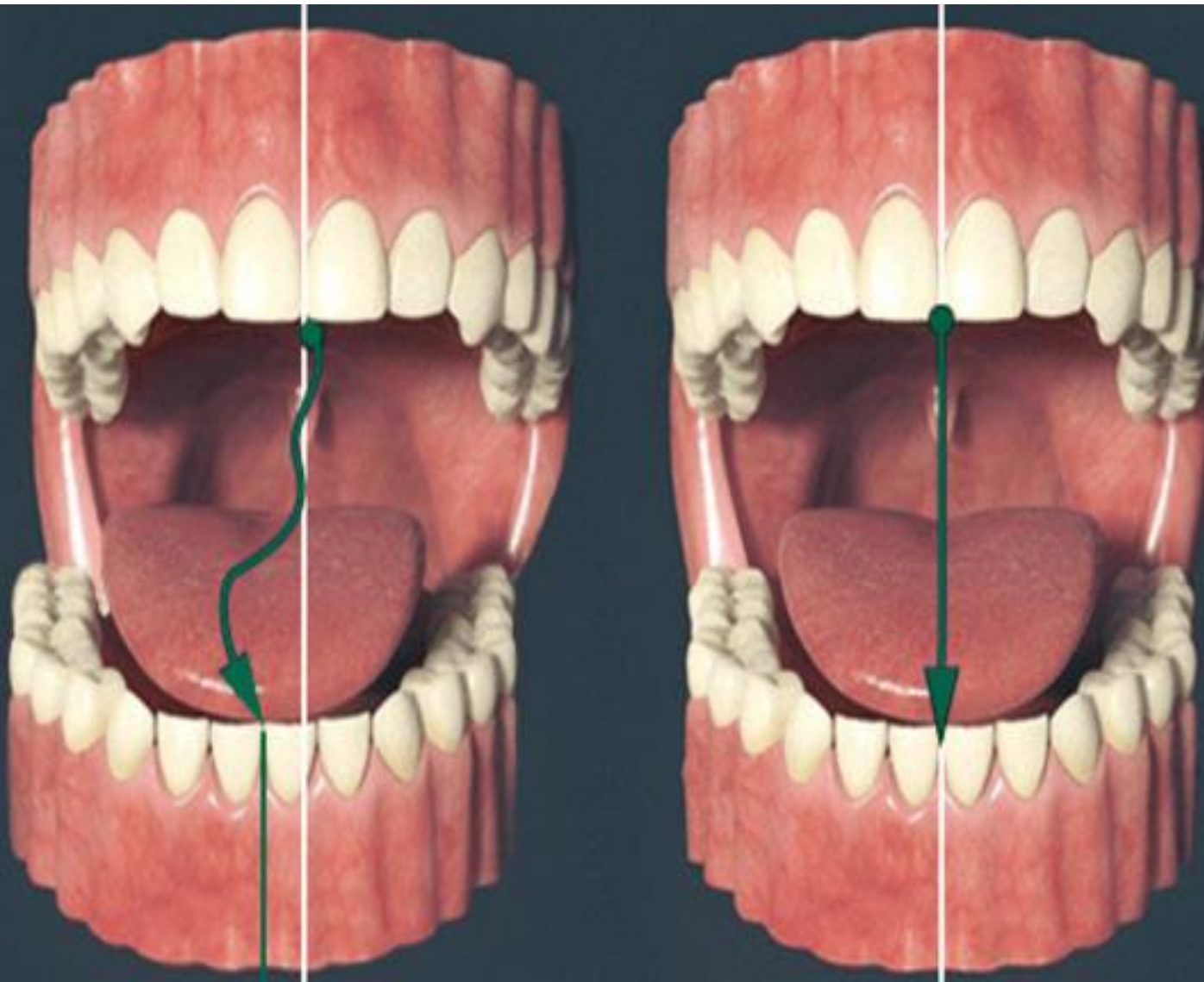


Местные осложнения травм челюстно-лицевой области

- Травматический остеомиелит – гнойно-некротический процесс в зоне повреждения челюсти, сопровождается некрозом кости с образованием секвестров и регенерацией костной ткани. Необходимо удаление костных осколков для завершения воспаления и консолидации перелома.
- Факторы возникновения травматического остеомиелита:
- Позднее обращение пациента за помощью
- Наличие зубов с источником инфекции в плоскости перелома
- Неадекватная гигиена полости рта
- Плохая иммобилизация при которой происходят микротравмы поверхностных слоёв кости и нагноение убрстрата в зоне перелома.

Анкилоз

- Стойкое сведение челюстей, вызванное срастанием поверхности головки нижней челюсти с суставной впадиной височной кости.



Анкилоз. Лечение.

- Существует несколько хирургических приёмов, которые предусматривают рассечение кости и интерпозицию между рассечёнными поверхностями, либо же удаление мышцевого и венечного отростков, резекции части костного вещества в области ветви или тела нижней челюсти

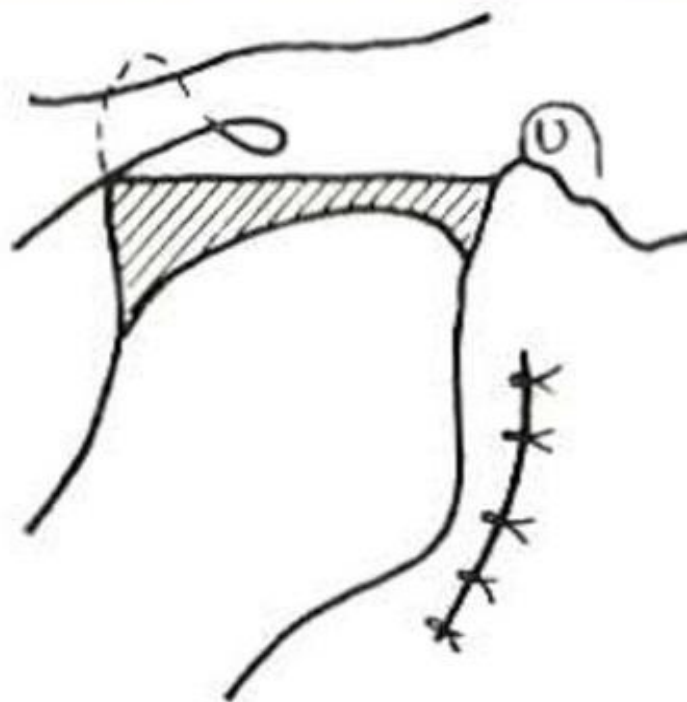


Схема горизонтальной остеотомии ветви нижней челюсти с формированием ее головки по П. П. Львову.

Стойкая контрактура жевательных МЫШЦ

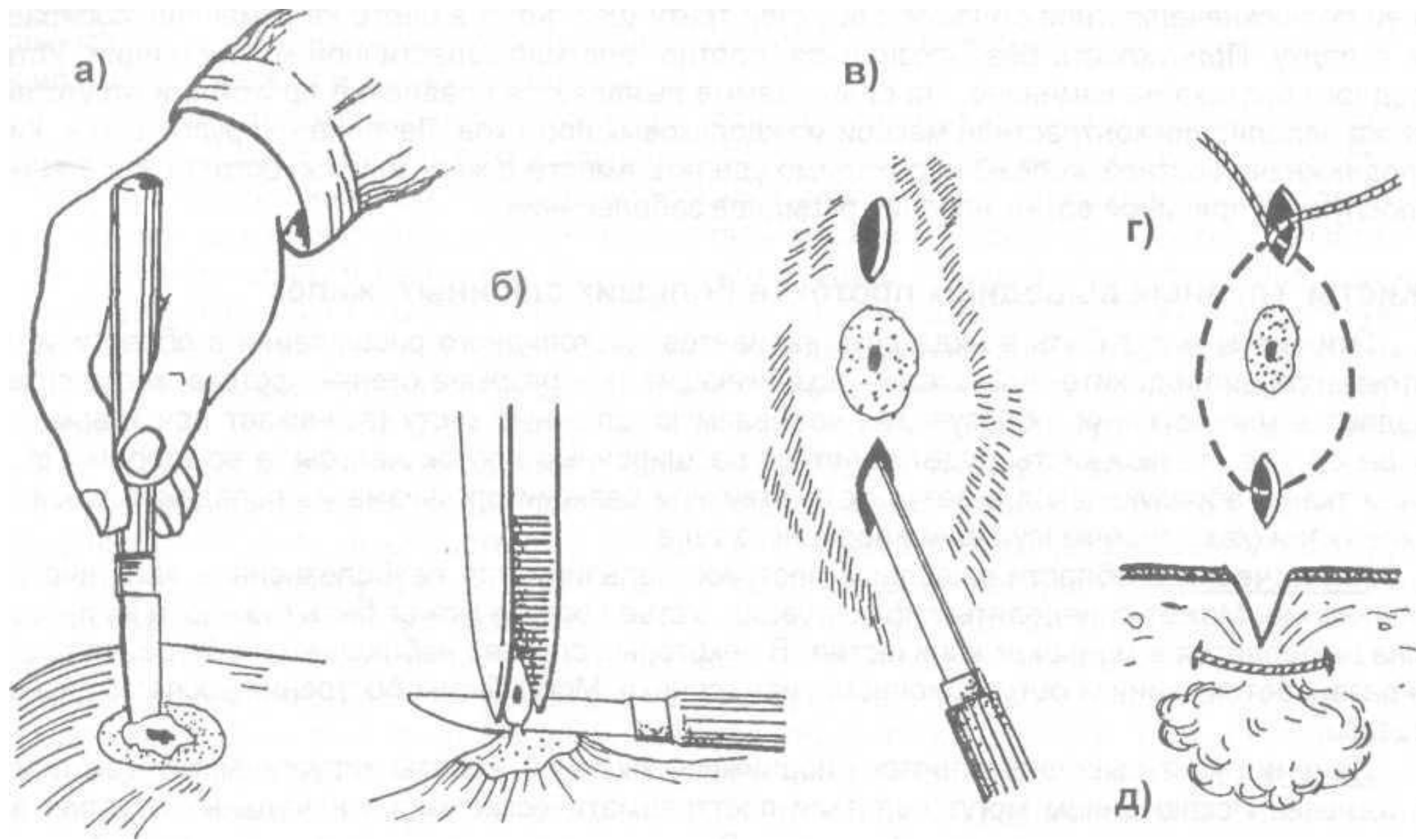
- Это частичное или полное ограничение движений нижней челюсти из-за изменений в тканях вне височно-нижнечелюстного сустава.
- Лечение консервативное, которое включает в себя инъекции гиалуронидазы, механотерапии и аппликаций парафина.
- В тяжёлых случаях показано хирургическое вмешательство. Рубцовая ткань рассекается и замещается широкой фасцией бедра.



Свищи слюнных желёз

- Образуются в результате повреждения околоушных и поднижнечелюстных слюнных желёз. Развиваются после повреждения главного выводного протока железы.
- Больные жалуются на постоянное истечение слюны из свища, вокруг может образовываться мацерация кожи.
- Лечение хирургическое, иссекается свищевой рубец, в глубине раны накладывается кисетный шов, после чего свищевой ход иссекают, а кисетный шов стягивают и завязывают





ПХО ран лица

- Первичная хирургическая обработка показана практически при любых глубоких ранах, за некоторым исключением. Обработка считается нецелесообразной при ссадинах и неглубоких повреждениях, края которых не расходятся более чем на 1 см. Обработке не подлежат колотые раны без осложнений, пулевые ранения с небольшим повреждением мягких тканей.
- Противопоказаниями для проведения обработки служат воспаления с гнойными выделениями, тяжелое состояние пациента с выраженным шоком и большой кровопотерей. В таких ситуациях вначале проводятся необходимые оперативные вмешательства.



Особенности ПХО ран лица

- 1. Рассечение. Помогает определить характер и степень распространения повреждения, выявить осложнения.
- 2. Ревизия. Из раны удаляются кровяные сгустки, частички одежды и другие инородные тела.
- 3. Иссечение краев раны. Количество удаляемых тканей зависит от характера травмы. Иссекаются поврежденные и инфицированные участки.
- 4. Остановка кровотечения. С этой целью на поврежденные сосуды накладываются зажимы, выполняется перевязка.
- 5. Восстановление поврежденных частей. Врач восстанавливает целостность сухожилий, связок, нервов.
- 6. Наложение швов.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!

