



А. С. Иванов, М. Г. Семенов,
Л. Л. Яковенко, Н. Н. Дунаевская

Квалифицированная помощь при травме челюстно-лицевой области

*Учебно-методическое
пособие*

Санкт-Петербург
СпецЛит

УДК 616.31-001/.-08-39.74
К32

Авторы:

Иванов Александр Сергеевич — доктор медицинских наук, профессор кафедр стоматологии общей практики ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова и челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ФГББОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ;

Семенов Михаил Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевой и хирургической стоматологии им. А. А. Лимберга ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова;

Яковенко Леонид Леонтьевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии общей практики ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова;

Дунаевская Наталья Николаевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии общей практики ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Рецензенты:

Гребнев Г. А. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ФГББОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ;

Хайцевич Г. А. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской стоматологии с курсом челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова

Квалифицированная помощь при травме челюстно-лицевой области : учебно-методическое пособие / А. С. Иванов, М. Г. Семенов, Л. Л. Яковенко [и др.]. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. Ч. 1. — 79 с.

ISBN 978-5-299-00758-9

Пособие посвящено актуальному вопросу помощи при повреждениях челюстно-лицевой области. Оно должно помочь студентам в самостоятельном изучении многообразия клинических проявлений, связанных с травмой мягких тканей, зубов и костей лица, чтобы впоследствии полученные знания закрепить на занятиях и применить в повседневной практической жизни.

Издание предназначено для студентов лечебного, медико-профилактического, стоматологического факультетов высших медицинских учебных заведений, а также для студентов и курсантов медицинских колледжей.

УДК 616.31-001/.-08-39.74

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2015

© Иванов А. С., 2015

© Семенов М. Г., 2015

© Яковенко Л. Л., 2015

© Дунаевская Н. Н., 2015

ISBN 978-5-299-00758-9

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
<i>Глава 1. Общие сведения и классификация повреждений челюстно-лицевой области.</i>	5
<i>Глава 2. Симптомы и методы диагностики при травмах челюстно-лицевой области.</i>	9
<i>Глава 3. Повреждения мягких тканей и сосудов челюстно-лицевой области</i>	16
<i>Глава 4. Повреждение зубов и альвеолярных отростков.</i>	27
<i>Глава 5. Повреждение нижней челюсти</i>	31
<i>Глава 6. Повреждение костей средней трети лицевого скелета</i>	35
<i>Глава 7. Особенности повреждения челюстно-лицевой области у детей</i>	51
<i>Глава 8. Огнестрельные повреждения челюстно-лицевой области и шеи</i>	58
<i>Глава 9. Осложнения при травме челюстно-лицевой области</i>	67
Тестовые задания для самоконтроля	74
Ответы на тестовые задания	78
Литература	79

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Этиологические и эпидемиологические факторы. Принято различать повреждения *производственные, транспортные, спортивные и бытовые*. В челюстно-лицевой области чаще (около 70 %) встречаются переломы нижней челюсти, на втором месте переломы костей носа и скуловой кости. Переломы верхней челюсти составляют 10—20 % всех переломов костей лица. Эти повреждения обычно являются следствиями автомобильных аварий, межличностного насилия или падений. В структуре травматизма преобладают мужчины в возрасте от 20 до 40 лет.

Расширяющаяся популяция пожилых людей и их увеличивающаяся активность приводят к росту числа переломов костей лица в старших возрастных группах. У детей переломы среднего отдела лица бывают сравнительно редко. Пропорционально большая нижнечелюстная и лобная кости в сочетании с гибким лицевым скелетом, недоразвитыми синусами и непрорезавшимися зубами защищают от этих переломов. Переломы верхней челюсти часто сочетаются с другими повреждениями. Тяжелые внутрочерепные повреждения наблюдаются в 38 %, а серьезные травмы глаз — в 28 % случаев переломов средней части лица. Также часто травмируются органы сердечно-сосудистой системы, брюшной полости и опорно-двигательного аппарата, особенно при высокоэнергетических механизмах травмы. Для успешного лечения травматологического больного необходима преемственность лечебных мероприятий от места происшествия до специализированной клиники. Сейчас различают следующие **виды медицинской помощи**:

- *первая помощь, само- и взаимопомощь*, которая осуществляется на месте происшествия, до приезда медицинских специалистов;
- *доврачебная помощь* — оказывается фельдшером бригады скорой помощи, в медицинском пункте предприятия, учебного заведения, вокзалов, фельдшерско-акушерском пункте сельской местности;
- *первая врачебная помощь* — в течение первых 4 ч с момента получения травмы — проводится врачами скорой помощи, травматологического пункта, здравпункта и других медицинских учреждений, как правило, амбулаторного звена;
- *квалифицированная хирургическая помощь* — в течение 12 ч после получения травмы — оказывается в медицинских лечебных учреждениях стационарного типа, как правило, хирургами и травматологами;

– *специализированная помощь* – проводится в течение 24 ч в челюстно-лицевых отделениях больниц (городских, областных, краевых, автономных республик).

Для оценки эффективности оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с травмой лица А. К. Иорданишвили, В. В. Самсоновым, Т. Г. Мкртчяном, В. В. Ващенко (2014) был предложен индексный способ, который учитывает следующие субъективные и объективные симптомы на основании их оценки в баллах:

– *болевого синдром:*

- отсутствует – 0;
- боли умеренные, появляющиеся периодически, в том числе при функциональных нагрузках на жевательный аппарат – 1;
- боли постоянные – 5;

– *состояние функции жевания:*

- не нарушена (или при наличии объективных данных без нарушения функции) – 0;
- незначительные нарушения – 1;
- значительные нарушения – 5;

– *состояние дыхательной и обонятельной функций:*

- не нарушены (или при наличии объективных данных без нарушения функции) – 0;
- незначительные нарушения функций (одной или обеих) – 1;
- значительные нарушения функций (одной или обеих) – 5;

– *состояние глотательной функции:*

- не нарушена (или при наличии объективных данных без нарушения функции) – 0;
- незначительные нарушения – 1;
- значительные нарушения – 5;

– *состояние речевой функции:*

- не нарушена (или при наличии объективных данных без нарушения функции) – 0;
- незначительные нарушения – 1;
- значительные нарушения – 5.

После регистрации указанных клинических симптомов осуществляют подсчет суммы баллов и оценивают степень эффективности оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с травмой лица исходя из полученной суммы баллов: 0 – эффективное лечение с выраженным клиническим эффектом; 1–4 – хорошая эффективность лечения; 5–9 – удовлетворительная эффективность лечения; 10–25 – неэффективное лечение.

Оценку эффективности реабилитации пострадавших с травмой лица в процентном выражении, согласно предложению авторов,

следует проводить по формуле: эффективность (%) = 100 (А – В)/А, где А – сумма баллов при клинической оценке эффективности лечения по выписке пострадавшего с травмой лица из стационара; В – сумма баллов при клинической оценке эффективности реабилитационных мероприятий по окончании реабилитационных лечебно-профилактических мероприятий, проведенных пострадавшему с травмой лица.

Одним из самых важных моментов оказания первой помощи является предупреждение асфиксии, травматического шока и кровотечения.

Повреждения лица, языка, зубов и костей лицевого скелета имеют особенности, которые приводят к обезображиванию внешнего вида человека. Из-за сокращения мимической мускулатуры размер раны может казаться больше, т. е. будет несоответствие между видом и тяжестью ранения. Зубы или их коронковые части могут стать вторичными ранящими снарядами, которые своими острыми краями будут повреждать слизистую языка и могут обтурировать легкие. Важным моментом в диагностике и лечении больных с повреждениями челюстно-лицевой области является близость жизненно важных органов (легкие, мозг, глаз). Существенным моментом является то, что пострадавшие не могут пользоваться индивидуальными средствами защиты. Они, кроме того, будут нуждаться в специальном питании и гигиене полости рта. Сложность и разнообразие повреждающих факторов затрудняет создание их универсальной классификации. Нами за основу взята классификация повреждений лица, предложенная кафедрой челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ВМедА им. С. М. Кирова.

I. Огнестрельные ранения.

По виду поврежденных тканей:

- ранения мягких тканей;
- ранения с повреждением костей:
 - нижней челюсти;
 - верхней челюсти;
 - обеих челюстей;
 - скуловой кости;
 - одновременное повреждение нескольких костей лицевого скелета.

По характеру повреждения:

- сквозные;
- слепые;
- касательные;

- изолированные,
- сочетанные;
- одиночные;
- множественные;
- проникающие;
- непроникающие.

По виду ранящего снаряда:

- пулевые;
- осколочные;
- прочие.

II. Неогнестрельные ранения и повреждения (бытовые, производственные, спортивные, транспортные).

1. Повреждение зубов (перелом коронковой или корневой части зуба, вывих или травматическая экстракция зуба).
2. Переломы нижней челюсти (открытые и закрытые).

По характеру:

- одинарные,
- двойные;
- множественные (односторонние или двусторонние).

По локализации:

- альвеолярная часть тела нижней челюсти;
 - подбородочный отдел тела нижней челюсти;
 - боковой отдел нижней челюсти;
 - угол челюсти;
 - собственно ветвь нижней челюсти или ее отростки (мышцелковый или венечный).
3. Переломы верхней челюсти (альвеолярного отростка, тела верхней челюсти без носовых и скуловых костей, тела челюсти с носовыми костями, тела челюсти с носовыми и скуловыми костями).
 4. Переломы скуловой кости и дуги (скуловой кости или скуловой кости и дуги с повреждением или без повреждения стенок верхнечелюстного синуса, скуловой дуги).
 5. Перелом носовых костей (со смещением, без смещения, западением).
 6. Сочетанные повреждения нескольких костей лица.

III. Комбинированные поражения.

IV. Ожоги.

V. Отморожения.

Сегодня в клиниках применяется международная классификация переломов костей лицевого скелета АО/ASIF, согласно которой выделяются тип, локализация перелома, наличие или отсутствие повреждений других костей лицевого скелета.

Глава 2

СИМПТОМЫ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ТРАВМАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Перелом — полное нарушение целостности кости, вызванное насилием, превышающим пределы ее прочности.

Любая болезнь или повреждение проявляется группой признаков, представляющих собой отклонение от нормы. Признак именуют **симптомом**.

Принято различать *субъективные* и *объективные* симптомы: субъективные врач выявляет в ходе сбора анамнеза; объективные — в процессе обследования больного. Диагноз перелома зубов и костей лицевого скелета определяют всегда на основании анамнеза и следующих симптомов: боль, отек тканей, кровоизлияние, ликворея, укорочение, деформация, патологическая подвижность, крепитация, нарушение функции, перкуссия, положительный симптом нагрузки, диплопия, нарушение чувствительности и прикуса.

Анамнез. Сбор анамнеза произошедшей травмы у челюстно-лицевых больных часто затруднен из-за болей, кровотечения и слюнотечения из полости рта. На вопросы врача пострадавший вынужден отвечать письменно. Если травма привела к потере сознания, то о произошедшем можно узнать только со слов свидетелей. Важно выяснить время и механизм повреждения, объем оказанной первой помощи. Зная анатоμο-топографические особенности и механизм травмы, можно предположить локализацию перелома костей и возможные осложнения (рис. 1).

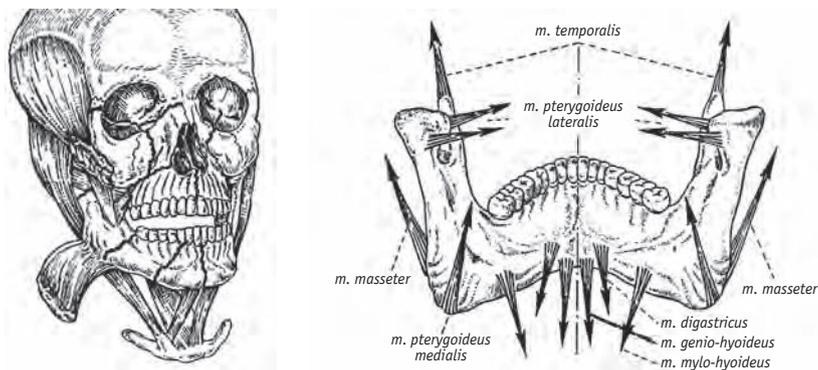


Рис. 1. Типичная локализация переломов лицевых костей (Мухин М. В., 1972)