

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат

На тему: Переломы челюстно-лицевой области

Выполнил:

ординатор 1 года обучения

Репаный Денис Анатольевич

Проверил:

д.м.н., проф. А. А. Левенец

Красноярск, 2019

Содержание

Реферат.....	1
На тему: Переломы челюстно-лицевой области.....	1
Введение.....	3
1 Виды и классификация травм челюстно-лицевой области.....	4
2 Клиническая диагностика и симптоматика переломов челюстно-лицевой области.....	5
3 Основные методы лечения переломов.....	8
Заключение.....	10
Список использованной литературы.....	11
Введение.....	3
1 Виды и классификация травм челюстно-лицевой области.....	4
2 Клиническая диагностика и симптоматика переломов челюстно-лицевой области.....	5
3 Основные методы лечения переломов.....	8
Заключение.....	10
Список использованной литературы.....	11

Введение

Предметная область челюстной травматологии в настоящее время является одной из наиболее актуальных проблем не только в медицинской науке и практики, но и социальной жизни населения регионов России.

Основной принцип лечения переломов костей лицевого скелета заключается в том, что объектом лечения является не поврежденная кость, а больной с конкретно пострадавшим органом, т. е. верхняя либо нижняя челюсть со всеми окружающими ее или же с ней функционально связанными тканями.

По данным КМИАЦ среди госпитализированных пациентов наиболее часто встречаются изолированные переломы нижней челюсти (76,8%), переломы верхней челюсти (5,9%), переломы костей носа (7,8%), переломы скуловых костей и дуг (3,6%) и лишь в 1,0% случаев отмечаются переломы обеих челюстей].

Источниками травматизма могут быть различные причины, как бытовая травма, в 80% случаях случается в состоянии алкогольного опьянения. Травма лица, полученная в дорожно-транспортной травме (11,8% от всех причин) отличается, как правило, тяжестью, особенно в сочетании с другими повреждениями головы и лица. Снижение производственного травматизма связывается со спадом промышленности (0,7%), так же отрицательная тенденция наблюдается в спортивном травматизме (0,2%).

Таким образом, теоретическое изучение диагностирование и лечения переломов челюстно-лицевой области является актуальным.

Целью и задачами работы является изучение видов, диагностирования, симптоматики и лечения переломов челюстно-лицевой области.

1 Виды и классификация травм челюстно-лицевой области

Различают следующие виды травматизма:

I. Производственный травматизм:

- а) промышленный
- б) сельскохозяйственный

II. Непроизводственный травматизм:

- а) бытовой
- б) уличный
- в) спортивный

III. Умышленный

IV. Военный

V. Детский

Классификацию повреждений челюстно-лицевой области представим в таблице 1 .

Таблица 1 - Классификация повреждений челюстно-лицевой области

По локализации	По характеру ранения	По механизму повреждения
Кости Нижняя челюсть Верхняя челюсть Кости носа Скуловые кости Две кости и более	Сквозные: - проникающие в полость рта - в придаточные пазухи - не проникающие Слепые Касательные	Огнестрельные - пулевые - оскольчатые - шариковые - стреловидные Неогнестрельные - открытые - закрытые

Повреждения лица могут быть изолированными и сочетанными, сопутствующими и ведущими.

К изолированным повреждениям относят травму одной анатомической области.

Сочетанные повреждения - это травмы двух и более анатомических сегментов одним поражающим фактором.

Множественные травмы - это несколько одновременных механических повреждений в пределах одной анатомической области.

Комбинированные повреждения возникают при воздействии различных поражающих факторов.

2 Клиническая диагностика и симптоматика переломов челюстно-лицевой области

Клиническая картина больного с переломами нижней челюсти заключается в оценке симптома нагрузки на поврежденную кость.

При подозрении на перелом подбородочного отдела челюсти или ее тела кость нижней челюсти охватывают снизу пальцами правой руки, при этом I палец помещают на левый угол челюсти, а II - на правый. При медленном сближении пальцев, чем достигается легкое сдавление челюсти, возникает боль в щели перелома. Предполагая наличие перелома в заднем отделе тела челюсти или ее ветви, этот же симптом выявляют, надавливая I пальцами на подбородок больного в направлении спереди назад и снизу вверх, а остальные, укладывая на височной области .

В наружные слуховые проходы вводятся два пальца, с помощью которых определяется синхронность движений головок челюсти. Если одна из них отстает, то диагностируют перелом челюсти в области шейки или основания мышечкового отростка. Если при пальпации определяется «пустота» суставной впадины, диагностируется перелом в области мышечкового отростка, осложненный вывихом головки. При переломе нижней челюсти, проходящем через зубной ряд, в области ее большого отломка не происходит смыкания зубов с зубами - антагонистами верхней челюсти.

В области зоны повреждения видны разрывы кровоточащей слизистой оболочки десны. Прилежащий к щели перелома зуб часто бывает подвижным.

При одностороннем переломе ветви челюсти, осложненном смещением отломков, определяется смещение средней линии между центральными резцами в сторону перелома.

При двусторонних переломах ветвей со смещением отломков может образоваться открытый прикус: смыкаются только моляры с обеих сторон, а между режущими поверхностями передних зубов образуется щель.

Клиническая картина при переломе верхней челюсти различна и зависит, прежде всего, от тяжести и локализации повреждения. При переломе альвеолярного отростка челюсти, особенно частичном, общее состояние больного может оставаться удовлетворительным. Щель перелома обычно проходит выше вершечек корней зубов, а отломок смещается по направлению силы удара. Больные жалуются на боли, кровотечение, возникшую подвижность зубов, невозможность сомкнуть челюсти, нарушение актов жевания и речи. При осмотре больных выявляют отек и гематому верхней губы, кровотечение и слюнотечение изо рта, разрывы слизистой оболочки на смещенном участке альвеолярного отростка челюсти, обнаженные верхушки корней находящихся на нем зубов. Зубы подвижны.

При полном отрыве альвеолярного отростка и его смещении вниз определяются удлинение верхней губы, сглаженность носогубной складки, обширное кровоизлияние в слизистую оболочку преддверия рта в области всех зубов.

При пальпации скулоальвеолярного гребня обнаруживают костные выступы по ходу щели перелома. При надавливании на крючки крыловидных отростков основной кости II пальцами (симптом Герена) возникают боли по ходу щели перелома.

При челюстно-лицевом разьединении состояние больного средней тяжести или тяжелое. Этот тип перелома верхней челюсти всегда сопровождается сотрясением, а иногда и ушибом мозга. Больной может находиться в бессознательном состоянии. Больные жалуются на боли, кровотечение изо рта и из носа, онемение в зоне иннервации подглазничного

нерва. Иногда развивается диплопия.

При осмотре больного выявляют открытый прикус, так как вследствие смещения верхней челюсти вниз зубы смыкаются только в области моляров. Развивается отек тканей подглазничной области и верхней губы, образуется гематома нижнего века. Обнаруживается крепитация в области основания носа, а по нижнему краю глазницы - симптом «ступеньки».

При осмотре полости рта видны кровоизлияния в слизистую оболочку его преддверия в области премоляров и моляров. При пальпации скулоальвеолярного гребня выявляют костные выступы. При надавливании на крючки крыловидных отростков больные отмечают значительное усиление боли, а опустившийся вниз костный фрагмент смещается вверх, в результате чего уменьшается длина средней части лица и носа.

При черепно-лицевом разьединении состояние больного всегда тяжелое. Этот вид повреждения может осложняться переломом основания черепа, развитием травматического шока. В таких случаях состояние больного оценивается как крайне тяжелое. Больной обычно находится в бессознательном состоянии] .

При осмотре пострадавшего выявляют кровотечение изо рта, из носа и ушей, может быть ликворея. Мягкие ткани лица отечны, особенно в области верхней губы, в височной области. Образуются гематомы век - симптом очков. Лицо становится продолговатым, прикус - открытым.

При переломе скуловой дуги больные жалуются на затруднение при открывании рта. При осмотре больного определяют деформацию лица в зоне повреждения, возможно образование гематомы, отека.

При переломе скуловой кости отмечают потерю чувствительности в зоне иннервации подглазничного нерва, деформация лица в виде уплощения нижнеглазничного края, иногда диплопия, что является результатом повреждения нижнеглазничной стенки орбиты и смещения глазного яблока.

При пальпаторном исследовании нижнеглазничного края выявляют симптом «ступеньки», возможны кровоизлияние в склеру глазного яблока,

образование гематомы век.

При переломе костей носа больные жалуются на обильное, но кратковременное кровотечение, нарушение носового дыхания, образование гематом век (симптом очков). При вколоченных переломах костей носа возможны перфорация передней черепной ямки и ликворея; у таких больных наблюдается «укорочение» спинки носа. При всех видах переломов костей носа пальпаторно выявляют крепитацию отломков.

3 Основные методы лечения переломов

При переломах альвеолярного отростка основным лечением является удаление отломков отростка вместе с прилежащими зубами, так как их приживание невозможно. Острые костные края сглаживают и укрывают лоскутами из быстротвердеющей пластмассы.

Переломы верхней челюсти тем тяжелее, чем выше расположена линия перелома и чем более значительный костный массив отделен от основания черепа. Первая помощь после остановки кровотечения, противошоковых мероприятий и профилактики асфиксии заключается в попытке вправления отломков до установления правильного прикуса с последующей их временной фиксацией. Все последующие способы иммобилизации при переломах верхней челюсти сводятся к фиксации ее к основанию черепа.

При переломах нижней челюсти первая помощь пострадавшему заключается в профилактике кровотечения или борьбе с ним, а также асфиксией, шоком, в введении противостолбнячной сыворотки (3000 МЕ). Транспортная (временная) иммобилизация требует использования повязок, фиксирующих нижнюю челюсть к верхней. На зубы можно наложить лигатурные повязки. Необходимо шинирование челюстей.

Оперативные методы лечения проводятся при недостаточном количестве или полном отсутствии зубов, при подвижности зубов; при переломах за пределами зубного ряда (угол, ветвь, мышелковый отросток);

большом смещении отломков и интерпозиции мягких тканей; при дефектах кости челюсти; множественных переломах; комбинированных поражениях.

Методы прямого остеосинтеза :

1) внутрискостные - штифты, стержни, спицы, винты; 2) наскостные - клей, круговые лигатуры, полумуфты, желобки; 3) внутрискостно-наскостные – костный шов производится различными материалами, химический остеосинтез с помощью быстротвердеющих пластмасс;

Методы непрямого остеосинтеза: 1) внутрискостные - спицы Киршнера, штифтовые внеротовые аппараты без компрессии и с компрессионным устройством; 2) наскостные - подвешивание нижней челюсти к верхней, круговые лигатуры с налесневыми шинами и протезами, клеммовые внеротовые аппараты (зажимы), клеммовые внеротовые аппараты с компрессионным устройством.

Переломы у детей часто бывают без смещения по «типузеленой ветке» в области центрального, бокового отделов, мышелкового отростка.

При переломах костей носа проводится репозиция отломков под местной инфильтрационной анестезией специальными элеваторами или кровоостанавливающим зажимом с надетой на него резиновой трубкой. Инструмент осторожно вводят в носовой ход, приподнимают запавшие осколки и вправляют их надавливанием пальца. Перед вправлением следует удалить сгустки крови из носовых ходов, а после репозиции ввести по нижнему носовому ходу смоченные вазелиновым маслом полихлорвиниловые трубки. Последние обеспечивают носовое дыхание и избавляют больного от образования синехий.

При переломе скуловойкости и дуги зависит от степени смещения отломков, характера перелома и сроков оказания помощи после травмы. Переломы без смещения лечатся консервативно. Репозицию отломков проводят под местной анестезией. При незначительном смещении отломки можно вправить пальцем со стороны преддверия полости рта, лопаткой Буяльского или шпателем, крючком Лимберга. После вправления больной

должен ограничить открывание рта, принимать жидкую пищу до 12-14-го дня после травмы.

Заключение

Своевременное и правильное оказание медицинской помощи, имеет ключевую роль в исходе лечения больных с повреждениями скелета костей лица.

Медицинский работник, оказывающий помощь пациенту с травмой лица должен уметь осуществить первую помощь, решить средства лечения, а также уметь разъяснить характер помощи.

При травме челюстно-лицевой области складывается из доврачебной помощи, первой врачебной помощи, квалифицированной помощи, специализированной помощи.

Список использованной литературы

1. Детская челюстно-лицевая хирургия [Текст]: руководство к практическим занятиям: учебное пособие/ Р. Л. Гальперина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 165
2. Дмитриенко, Сергей Владимирович. Морфологические особенности челюстно-лицевой области при аномалиях и деформациях и методы их диагностики [Текст] / С. В. Дмитриенко - Санкт-Петербург : ЭЛБИ-СПб, 2009. - 136 с.
3. Жулев, Е. Н. Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология [Текст] : пособие для врачей : [учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей] / Е. Н. Жулев, С. Д. Арутюнов, И. Ю. Лебеденко. - Москва: Медицинское информационное агентство, 2008. - 156 с.
4. Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» [электронный ресурс]- режим доступа <https://kmias.ru>
5. Оперативное лечение переломов мыщелковых отростков нижней челюсти [Текст]/Красноярск : [КрасГМА], 2007. - С. 135-138
6. Саймон, Роберт Р. Неотложная травматология и ортопедия [Текст] : верхние и нижние конечности / Роберт Р. Саймон. М : Бином - 2014. - 576 с.
7. Травматология челюстно-лицевой области и военно-полевая стоматология [Текст] : учебное пособие / Нижегород. гос. мед. акад. - Нижний Новгород : НижГМА, 2012. - 22 с.