

Реферат на тему:

ОЖОГИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

1.	Термические ожоги челюстно – лицевой области. Общие сведения....	3
2.	Лечение термических ожогов челюстно – лицевой области.....	6
3.	Электроожоги челюстно – лицевой области. Оказание медицинской помощи.....	9
4.	Химические ожоги челюстно – лицевой области. Оказание медицинской помощи.....	10
5.	Список использованной литературы.....	13

ТЕРМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ

По данным ВОЗ, термические поражения тела человека занимают третье место среди других травматических повреждений. Из пострадавших 70% получают ожоги в быту от горячей одежды или открытого пламени, горячих предметов, горячих жидкостей, поражения электрическим током или химическими веществами. Высокая температура разрушает клетки в месте воздействия ее на ткани. Клетки быстро повреждаются при температуре 51°С и выше.

Кожа препятствует прогреванию подлежащих тканей. Толщина кожи колеблется от 2 до 4 мм, а слой эпидермиса на лице составляет 0,1—1,17 мм.

Различают 4 степени ожогов:

I степень. Поврежден эпидермис, появляются покраснение и отек кожи, умеренная болезненность. На 2—3-й день эти признаки исчезают, пораженный эпидермис слущивается, ожоговая поверхность эпителизируется. На месте очага некоторое время может сохраняться пигментация, которая в последующем исчезает бесследно.

II степень. Поврежден не только эпидермис, но и сосочковый слой дермы. На фоне гиперемизированной кожи образуются пузыри с прозрачной желтоватой жидкостью. Под крышкой пузыря определяется влажная ткань ярко-красного или цвета с выраженной болевой чувствительностью. Рана эпителизируется в течение 1—2 недель без образования рубцов.

IIIa степень. Эпидермис, сосочковый и сетчатый слой разрушены. Ожоговая поверхность может быть представлена струпом или одновременно тем и другим. Пузыри имеют значительные размеры, напряжены. Они заполнены жидким или желеобразным содержимым желтоватого цвета. Дно ожоговой раны ярко-розового цвета, влажное. Болевая чувствительность сохранена полностью или снижена. Струп может быть воскового, светло-желтого и коричневого цвета. Поверхность его эластична, болевая чувствительность снижена, тактильная — сохранена. Возможна

самостоятельная эпителизация ожоговой поверхности в течение 4—6 недель с образованием негрубых рубцов.

Шб степень. Возникают пузыри серого или коричневого цвета, но более темного, чем при ожоге Ша степени. Образующиеся пузыри заполнены геморрагическим содержимым. Дно раны сухое, тусклое, с белыми пятнами или белесоватое. Болевая чувствительность резко снижена или отсутствует. Образовавшаяся после отторжения струпа гранулирующая рана заживает с образованием грубых рубцов. Сроки заживления зависят от размеров и локализации ожога.

IV степень. Вместе с эпидермисом и дермой поражены подкожная жировая клетчатка, фасции, мышцы, иногда и кости. Ожоговая поверхность представлена плотным некротическим струпом различной толщины, коричневого или черного цвета. Болевая чувствительность отсутствует. В первые часы после травмы ожог IV степени может быть достоверно определен лишь при обугливании. Заживление ожогов IV степени происходит крайне медленно и может сопровождаться формированием значительных дефектов тканей.

Ожоги I, II и Ша степени относят к поверхностным, когда частично сохраняются клетки эпидермиса или элементы дермы. Ожоги Шб и IV степени являются глубокими, при них кожный покров самостоятельно не восстанавливается.

Диагностировать глубину ожога в первые часы после получения его трудно. Глубина ожога может быть установлена с помощью определения болевой чувствительности. При поверхностных ожогах (I—Ша степени) она сохранена, при глубоких (Шб—IV степени) — отсутствует.

Для оценки тяжести повреждения используют правило “девяток”. Согласно ему, площадь головы, шеи, верхней конечности равна 9% общей поверхности тела. Площадь передней, задней поверхности туловища и нижней конечности составляет 18% (<2 раза по 9%) общей поверхности тела, площадь ладони взрослого человека — 1%.

ОСОБЕННОСТИ ОЖОГОВ ГОЛОВЫ, ЛИЦА И ШЕИ

Поверхность лица составляет 3,12% общей площади тела. Хорошая иннервация и васкуляризация лица, неблагоприятное психическое состояние пострадавшего при обезображивании лица обуславливают тяжесть его состояния даже при изолированных ожогах лица II—IV степени. Рельеф лица неровный, кожа тонкая и неодинаковой толщины в различных областях его. Глубокие ожоги возникают чаще на выступающих участках лица: надбровных дугах, ушах, носе, скуловой области, губах, подбородке, тканях лба и веках. Ожоги лица часто сочетаются с ожогом дыхательных путей, кистей рук.

Они сопровождаются выраженной болезненностью и значительным отеком тканей, который быстро нарастает. Часто поражаются надбровные дуги. При глубоких ожогах на месте бровей образуется тонкий рубец, который усиливает выворот верхнего века. Роста волос не бывает.

Ожоги ушных раковин нередко бывают глубокими, вплоть до обугливания с повреждением хряща. Развивающийся хондрит сопровождается значительным отеком, гиперемией тканей ушной раковины, резкой болезненностью. Над участками нагноения появляется флюктуация вследствие скопления экссудата. После отторжения погибших участков хряща возникают дефекты и деформации ушных раковин.

При ожоге носа чаще страдают кончик и крылья носа, иногда вся его поверхность. Нередко повреждаются крыльные и треугольные хрящи, что приводит к развитию хондрита с последующим их некрозом. Возникают дефекты и деформации тканей носа.

При ожогах тканей скуловой области и щек могут погибнуть ткани до околоушной фасции с обнажением околоушной слюнной железы. Рубцевание тканей этих областей приводит к вывороту нижнего века и смещению угла рта кнаружи с возможным некрозом скуловой кости.

Губы — подвижный отдел лица. Покровный эпителий их тонок и прозрачен. При ожогах губ красная кайма нередко некротизируется и не восстанавливается. Образующиеся корки травмируются, кровоточат, формирующиеся трещины вызывают боль и создают значительные трудности при приеме пищи. Вследствие отека красная кайма выворачивается, образуется “рыбий рот”. Ожоги губ могут привести также к образованию микростомы.

Вместе с нижней губой поражаются ткани подбородка. У мужчин корочки ожоговой раны прочно соединяются с волосами, что причиняет значительные неудобства пострадавшему и способствует формированию на этом участке рубца с неровной поверхностью.

Глубокие ожоги лба могут привести к повреждению лобной кости с последующим некрозом компактной наружной пластинки ее, развитием фронтита. Не исключена возможность распространения воспалительного процесса на твердую мозговую оболочку.

Веки меньше страдают, так как при ожоге лица рефлекторное сокращение мышц уменьшает площадь кожи век, подвергающихся термическому воздействию. Однако возможно тотальное поражение век с обнажением склеры и роговицы глаза и даже их ожогом. Отек век всегда значителен и уменьшается лишь к 5—6-му дню. Ресничные края часто некротизируются и покрываются гнойными корочками. Неправильное положение сохранившихся ресниц

приводит к травме роговицы и развитию кератита. Рубцовый выворот век сопровождается деформацией хрящевой пластинки.

Ожоги волосистой части головы бывают ограниченными и глубокими, реже — распространенными. Нередко их чередование. Волосистый покров головы может сохраняться длительно даже при ожогах III степени. При глубоких ожогах возможен некроз костей черепа.

Ожоги шеи нередко сочетаются с ожогами нижней трети лица и грудной клетки. Чаще наблюдаются ожоги передней поверхности шеи, реже — боковых, относительно редко — задней поверхности и циркулярные. Ожоги шеи сопровождаются развитием глубоких рубцов, приводящих к значительной деформации ее даже при ожогах III степени. Это обусловлено поражением расположенной под тонкой кожей подкожной мышцы шеи.

Ожоги лица часто сочетаются с ожогами верхних дыхательных путей. Клинически при таких ожогах определяются обгоревшие волоски носовых отверстий, гиперемия и отек слизистой оболочки. На этом фоне могут быть участки с серовато-белым налетом.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение больных с ожогами лица включает комплекс общих и местных воздействий на организм пострадавшего и пораженную область.

Первая медицинская помощь оказывается на месте происшествия. Прежде всего необходимо прекратить действие термического агента на ткани. Нельзя оставлять пострадавшего в вертикальном положении, так как оно способствует распространению пламени на лицо. Для уменьшения прогресса подлежащих тканей в первые 15—20 минут после термической травмы эффективен холод на обожженную поверхность. При немедленном охлаждении обожженной поверхности подкожная температура на глубине 1 см достигает исходной через 20 секунд, а без охлаждения — через 14 мин. Если нет возможности применить холод, обожженную поверхность следует оставить открытой для охлаждения воздухом. Перед транспортировкой пострадавшего рану желательно закрыть асептической повязкой.

Госпитализации подлежат больные с ожогами I—II степени более 10% поверхности тела, с глубокими ожогами, ожогами лица, шеи, органов дыхания, кисти, стопы, крупных суставов, промежности с комбинированными повреждениями. В госпитальных условиях в мероприятиях по жизненным показаниям могут нуждаться больные с ожогами лица, у которых поражены органы дыхания.

Полость рта орошают 3—5% раствором гидрокарбоната натрия, антисептическими растворами. Если ранее не была введена противостолбнячная сыворотка, то вводят ее. Начинают антибиотикотерапию. Аккуратно и щадяще обрабатывают ожоговую рану. Здоровую кожу вокруг пораженных участков протирают бензином, 96% этиловым спиртом или 0,5% раствором нашатырного спирта, можно вымыть кожу водой с мылом. Имеющиеся пузыри орошают раствором фурацилина или другого антисептика. Обрывки эпидермиса удаляют. Пузырь подсекают для удаления жидкости из него. Отслоившийся эпидермис, прилипая к раневой поверхности, выполняет роль биологической повязки, ускоряющей эпителизацию лица лечат открытым, реже — закрытым способом. Препарат для местного лечения ожогов должен создавать условия для роста эпителия, обладать бактериостатическими свойствами. Главное требование к нему: он не должен тормозить эпителизацию раны. При ожогах I степени применяют увлажняющий крем из ланолина, персикового масла и дистиллированной воды в равных количествах; 2% борный вазелин; преднизолоновую или другую мазь, содержащую кортикостероидные гормоны; смесь окиси цинка, талька, глицерина поровну и дистиллированной воды. Допускается обработка обожженной кожи спиртом или спиртосодержащими жидкостями (одеколоном), детским кремом. Раны на лице, если их лечат открытым способом, смазывают мазью или эмульсией 3—4 раза в сутки. Для этого можно использовать 10% синтомициновую эмульсию, 1% гентамициновую, 0,5% фурацилиновую, 10% анестезиновую или 10% сульфамилоновую мази. Хорошим действием обладает 1% раствор сульфадиазина се ребра (крем на водорастворимой основе).

В лечении ожогов IIIa—IV степени, сопровождающихся омертвением дермы, основной задачей является сначала формирование сухого струпа, а затем ускорение его отторжения. Это создает оптимальные условия для эпителизации раны или развития здоровых грануляций на раневой поверхности, дающих возможность провести аутодермопластику (при ожогах IIIb—IV степени). Эта задача лучше и быстрее достигается, если рану лечить закрытым способом (под влажно-высыхающей повязкой с антисептиками или антибиотиками). После отторжения струпа при ожоге IIIa степени для ускорения эпителизации можно накладывать масляно-бальзамические повязки, производить УФ-облучение раны. При глубоких ожогах лица первичную и раннюю некрэктомию не применяют, так как приживление свободного трансплантата возможно лишь при условии иссечения некротической ткани в пределах абсолютно неповрежденной. На лице соблюсти это условие не представляется

возможным. Кроме того, реальна опасность повреждения лицевого и других нервов, а также выраженного кровотечения. Поэтому раневую поверхность при глубоких ожогах подготавливают к пластическому закрытию постепенно в процессе консервативного лечения. Отторгающиеся в процессе лечения участки струпа аккуратно срезают ножницами, не травмируя жизнеспособные ткани. Гранулирующая рана на лице готова к аутодермопластике, если некротические ткани полностью отторглись, нет признаков гнойного воспаления в ней, грануляции мелкозернистые и розового цвета с узкой каймой молодого эпителия по краям. Толщина кожного трансплантата должна быть 0,3—0,4 мм. При ожогах лица используют только сплошные кожные лоскуты, взятые дерматомом с любого доступного участка тела.

При ожогах век и роговицы I—II степени пораженные участки следует промыть 1 % раствором новокаина, закапывать в глаза 30% раствор альбуцида по 2 капли каждые 3—4 ч. Кроме того, в конъюнктивальные мешки необходимо закладывать 2 раза в сутки гидрокортизоновую, тетрациклиновую, левомецетиновую глазные мази. При болях закапывают 0,25% раствор дикаина.

При ожогах ушных раковин, когда выпот между надхрящницей и хрящом еще не нагноился и хрящ сохраняет жизнеспособность, можно аспирировать выпот с помощью шприца и иглы и тем самым предупредить развитие острого хондрита. Если выпот нагнаивается, то гнойник необходимо вскрыть и рану дренировать. Это чаще всего приводит к выраженной деформации ушной раковины, иногда к полной ее утрате. Возможно заращение наружного слухового прохода, что сопряжено со снижением слуха.

При наличии глубоких ожогов волосистой части головы волосы вокруг раны выбривают в радиусе 5—7 см. Через 1—2 дня погибшую надкостницу черепа иссекают. Если же она не погибла, ее закрывают влажными повязками для предупреждения от высыхания. При глубоких ожогах может поражаться наружная компактная пластинка костей черепа. Ее следует удалить, не дожидаясь самостоятельного отторжения погибшего участка. Губчатое вещество кости покрывается со временем грануляционной тканью, на которую пересаживают кожный ауто трансплантат.

При глубоких ожогах губ, подбородочной области, щек, когда предполагается образование дефекта тканей, следует заранее заготавливать и перемещать пластический материал для более быстрого устранения его. Для предупреждения рубцовых контрактур большое значение имеют функциональные методы лечения, правильное положение больного в постели. Наиболее тяжелые последствия вызывают ожоги IV степени. Устранение их требует проведения

многоэтапных реконструктивных оперативных вмешательств. Бесследно заживают лишь ожоги I и II степени.

Смертность при ожогах зависит от их обширности, глубины и возраста пострадавшего. Для прогноза исхода ожога пользуются правилом сотни. К возрасту больного следует прибавить общую площадь ожога в процентах. Прогноз неблагоприятный, если сумма равна 101 и выше, сомнительный — 81—100, относительно благоприятный — 61—80, благоприятный — 60.

ЭЛЕКТРООЖОГИ

Электроожоги возникают в месте контакта тканей с источником электрического тока, где электрическая энергия превращается в тепловую, создавая температуру до 3000—4000°C. Наряду с местными изменениями нарушаются функции различных органов и в первую очередь сердечно-сосудистой системы и дыхания. Даже при кратковременном воздействии электрического тока могут наступить остановка дыхания и фибрилляция сердечной мышцы. Электротравма сопровождается судорожным сокращением мышц без потери или с потерей сознания (I и II степень тяжести соответственно), потерей сознания и нарушением деятельности сердца (III степень) и приводит к клинической смерти (IV степень).

Если при поражении электротоком возникает ожог, то тяжесть электротравмы может быть не столь выраженной, так как обуглившиеся ткани становятся изолятором.

Атмосферное электричество (молния) обладает большей силой и напряжением и вызывает более тяжелое поражение, чем обычное “электричество”.

Электроожоги лица составляют 1,3% ожоговых ран. Они отличаются от обычных термических и в зависимости от площади контакта кожи с источником электроэнергии могут быть точечными (в виде «меток и знаков тока») или иметь значительные размеры. “Знаки тока” представлены сухими блестящими, безболезненными участками кожи беловато-серого или коричневого цвета. Они хорошо контурируют, приподнимаясь над поверхностью неповрежденной кожи. В последующем эти участки превращаются в плотный струп. При поражениях молнией “знаки тока” имеют вид красных линий ветвистой формы. Электроожоги чаще бывают глубокими с поражением не только подкожной жировой клетчатки, но и мышц и даже костей лицевого скелета. Особенностью их является также то, что поражение кожи может быть локальным, а подлежащих тканей — более распространенным по площади. Это связано с неодинаковой электропроводимостью различных тканей и развивающимися наруше-

ниями кровообращения. Известно, что кожа лица обладает наибольшим электрическим сопротивлением. Раневой процесс протекает так же, как и при термических ожогах. Однако из-за значительного разрушения подлежащих тканей имеются признаки выраженной интоксикации. В случае присоединения гнойной инфекции могут развиваться глубокие гнойники (абсцесс, флегмона). Возможно эрозивное кровотечение из крупных сосудов через 2—4 недели после электротравмы. Ожоговая поверхность лица, образовавшаяся вследствие контактного воздействия электрического тока, безболезненна или малоболезненна. Вокруг ожога нет отека тканей и гиперемии кожи. Рана устойчива к действию гнойной микрофлоры. Выражены трофические нарушения, что предопределяет замедление регенерации тканей.

Оказание первой помощи заключается, прежде всего, в прекращении действия электрического тока на пострадавшего любым доступным способом, исключающим поражение того, кто оказывает помощь. При отсутствии самостоятельного дыхания и сердечных сокращений следует проводить сердечно-легочную реанимацию (закрытый массаж сердца, искусственное дыхание по методу “изо рта в рот” или “изо рта в нос”). Транспортировать пострадавшего в стационар следует в горизонтальном положении и независимо от тяжести электротравмы госпитализировать в реанимационное отделение. Местное лечение электроожогов и глубоких термических ожогов не имеет существенных различий с уже изложенными.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ

Химические ожоги как следствие несчастных случаев в быту или на производстве возникают при попадании на кожу кислот (азотная, серная, соляная, фтористоводородная), щелочей (едкий натр, негашеная известь), солей тяжелых металлов (нитрат серебра, хлорид цинка). Глубина ожога зависит от концентрации химического вещества, его температуры, продолжительности его контакта с кожей.

Химические ожоги отличаются от термических. Особенности их

зависят от характера химического агента. Кислоты являются свертывающими, а щелочи разжижающими веществами. Кислоты и Щелочи нарушают микроциркуляцию и трофику в здоровых тканях, окружающих зону ожога. Поэтому при химических ожогах заживление ран протекает значительно медленнее, чем при термических. Ожоги кислотами и солями тяжелых металлов протекают по типу коагуляционного (сухого) некроза. Они обуславливают распад белков и резкое обезвоживание тканей, что приводит к образованию участков коагулированных тканей. При ожогах серной кислотой пораженная кожа становится коричневой или черной, соляной — желтой, фтористоводородной — грязно-серой или белой. При ожогах щелочами развивается колликвационный (влажный) некроз. Щелочи расщепляют белки, образуя щелочные протеины, и омыляют жиры. При попадании на кожу они разрушают сначала эпидермис, что обуславливает появление ярко-розовых эрозий на ней. Затем щелочи проникают в глубже лежащие ткани, повреждая их. Ткани, подвергшиеся некрозу, в течение нескольких дней содержат щелочь, образуя хорошо всасывающиеся ядовитые альбуминаты. Щелочи действуют более медленно, продолжительнее и проникают в ткани глубже, чем кислоты. Поэтому глубина ожогов щелочами может быть установлена в более поздние сроки, чем при термических ожогах или ожогах кислотами.

При оказании помощи необходимо по возможности быстро удалить с кожи химическое вещество, уменьшить его концентрацию, охладить поврежденный участок тканей. Наиболее простым, доступным и достаточно эффективным является промывание зоны повреждения проточной водой в течение не менее 20—30 мин. Исключение составляют ожоги негашеной известью, концентрированной серной кислотой. Нельзя пользоваться водой при ожогах диэтилалюминия гидридом и триэтилалюминием, которые при соединении с ней воспламеняются.

При оказании первой помощи не всегда представляется возможным промывать ожоговую поверхность нейтрализующими растворами (слабые растворы гидрокарбоната натрия, 0,01 % раствор соляной кислоты, 1—2% раствор уксусной кислоты), так как их приготовление ведет к потере времени. В данной ситуации временной фактор имеет решающее значение для исхода: чем раньше удалено химическое вещество, тем меньше подвергнутся ткани деструкции. Кроме того, оказывающий первую помощь и сам пострадавший часто не знают химическую природу вещества, которое попало на кожу. Это также затрудняет использование нейтрализующих растворов вне

лечебного учреждения.

В стационаре, когда природа химического агента известна, нужно провести его нейтрализацию. Это связано с частичным проникновением кислоты или щелочи (чаще) в толщу кожи и в подкожную жировую клетчатку даже при струйном промывании водой при оказании первой помощи. Для нейтрализации кислот используют 2—5% раствор гидрокарбоната натрия в виде примочки, для нейтрализации щелочей - слабые растворы кислот (1—2% раствор уксусной, лимонной). Если пострадавший доставлен поздно, на ожоговую поверхность вкладывают пасты из соответствующих веществ.

При наличии признаков интоксикации химическими веществами вследствие их резорбтивного действия проводят дезинтоксикационную терапию, назначают соответствующие антидоты.

Местное лечение химических ожогов не отличается от терапии термических ожогов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бельченко В.А. Черепно-лицевая хирургия, М., МИА, 2006, 340 с.
2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, М., Медицинская литература, 2007, издание 3-е, перер. и доп. 416 с.
3. Пучковская Н.А., Якименко С.А., Непомнящая В.М. Ожоги глаз, М., Медицина, 2001, 272 с.
4. Филимонов А.А., Толстов А.В., Игнатьев Е.В. Актуальные вопросы диагностики и лечения электротермических ожогов в Самарском центре термических поражений за 11 лет. Научно-практический журнал «Комбустиология», номер 15, 2003.