

ОСЛОЖНЕНИЯ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ. ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

«Осложнения – всякий присоединяющийся к основному страданию патологический процесс, который в своем возникновении связан с расстройствами, закономерно возникающими при основном страдании» (рис. 4.1) (БМЭ. Т. 22, с. 191.).

Рис. 4.1. Виды осложнений.

Непосредственные и ранние осложнения при травмах челюстно-лицевой области.

1. Асфиксия – нарушение проходимости воздуха по верхним дыхательным путям в силу различных причин.

Различают 5 видов или форм асфиксии:

- дислокационная – вызванная смещением поврежденных органов нижней челюсти, языка, гортани, верхней челюсти и мягкого неба;
- обтурационная – вызванная закупорками дыхательной трубки инородными телами (зубами, осколками костей, сгустками крови и тд);
- стенотическая – от сдвигания и сужения верхних дыхательных путей в результате отека, кровоизлияния, эмфиземы глотки, шеи и языка;
- клапанная – за счет образования клапана из лоскутов разорванного мягкого неба, режущих мягких тканей лица;
- аспирационная – от засасывания и затекания в дыхательные пути крови, слизи, рвотных масс и пр.

Лечение травматической асфиксии зависит от механизма возникновения и требует немедленного устранения причины, препятствующей акту дыхания. Если это не удается, производят срочную трахеотомию.

2. Кровотечения.

- непосредственные или первичные кровотечения, которые возникли в момент травмы;
- ранние кровотечения, которые возникли от нескольких часов после травмы до 2-х суток.
- поздние или вторичные кровотечения, которые возникли через 8–10 дней после травмы.

Кроме того, различают:

- наружные кровотечения;
- внутренние кровотечения:
 - а) явные;
 - б) скрытые.

По характеру кровотечения:

- острые, которые могут оказаться настолько обильными или профузными, что могут быстро привести к смерти;
- хронические, когда происходит медленное, но длительное истечение крови из мелких сосудов, что также чрезвычайно опасно для жизни.

Лечение этого осложнения – это остановка кровотечения, которая бывает временной или окончательной.

3. Нарастающая дыхательная недостаточность

а) Расстройство дыхания по центральному типу

Такое осложнение встречается при сочетанных травмах с черепно-мозговыми травмами при непроходимости дыхательных путей. Таким больным показано дополнительное дыхание через рот или нос, воздуховоды или через маску аппарата.

б) Расстройство дыхания по периферическому типу

Такое осложнение может быть обусловлено как черепно-мозговой травмой в чистом виде, так и сочетанием с повреждениями других об-

ластей. Клиническим признаком такого состояния является стерторозное дыхание, то есть включение в активное движение вспомогательных мышц. Помощь заключается в очистке ротовой полости и носоглотки от рвотных масс, интубации трахеи и искусственной вентиляции легких. В дальнейшем может возникнуть необходимость в наложении трахеостомы.

в) Расстройство дыхания по смешанному типу

Такое осложнение наиболее сложно для распознавания. Помощь при этом должна быть направлена на устранение окклюзии трахеобронхиального дерева и восстановление его проходимости.

4. Травматический. Шок и коллапс

Шок – это тяжелая острая недостаточность периферического кровообращения с ишемией жизненно важных органов (сердце, мозг, почки). Механизм развития шока – уменьшение сердечного выброса и падения периферического сосудистого тонуса на фоне перераздражения центральной и вегетативной нервной системы. Травматический коллапс также не отличается от обычного, он связан с перераспределением крови, падением тонуса периферических сосудов, снижением пульса в сторону его изменения, наполнения и напряжения. Помощь оказывается в обычном объеме, соответствующем перечню противошоковых мероприятий.

Кома и синдром острого расстройства водно-электролитного баланса организма. Под коматозным состоянием подразумевают резкое торможение всей нервной деятельности, которое характеризуется глубокой потерей сознания и нарушением функций всех анализаторов: зрительного, слухового, кожного, дыхательного, обонятельного и даже внутренних органов. Синдром органов расстройства водно-электролитного баланса организма, т.е. расстройство равновесия воды и связанные с ним нарушения баланса электролитов является характерным для комы. Для выявления этого синдрома стоматологам необходимо выявление 3-х факторов: жажда, внешний вид языка и состояние наполнения наружной яремной вены. Спадание шейных вен в горизонтальном положении свидетельствует о том, что у пострадавшего резко уменьшен объем плазмы, и указывает на необходимость введения солевых растворов и применения других средств (после консультации с реаниматологом). В это время при неумелом (ошибочном) проведении трансфузионной терапии, особенно при вливании избыточного количества воды, мо-

жет развиваться водная интоксикация, которая станет одной из причин развития комы или ее усиления (так как кома может быть 3-х степеней).

Поздние осложнения

Травматический остеомиелит – гнойно-некротический процесс в зоне перелома челюстей, сопровождающийся образованием секвестров и регенерацией костной ткани. Его следует отличать от простого нагноения костной раны, а также вокруг свободных мелких костных отломков, которые могут находиться в зоне повреждения челюсти. После отхождения этих осколков воспалительный процесс завершается, и консолидация перелома наступает почти в обычные сроки. Травматический остеомиелит – качественно новая форма воспаления в кости, при которой возникает некроз участков кости, не имеющих внешних признаков повреждения, а самого очищения раны и излечения (без вмешательства специалиста) не происходит. Частота возникновения травматического остеомиелита по данным различных авторов от 10 до 20%.

Факторы, способствующие возникновению травматического остеомиелита:

- позднее оказание специализированной помощи пострадавшим, включая полноценную иммобилизацию отломков;
- наличие зубов и их корней в линии перелома челюсти;
- инфицирование зоны повреждения челюсти содержимым из полости рта.

Механизм развития травматического остеомиелита. Вследствие

указанных причин сначала возникает нагноение раневого субстрата в зоне повреждения кости, особенно вокруг свободных костных осколков и участков кости, частично отделенных от основного массива отломка. Затем нагноительный процесс распространяется и на поверхностные слои кости в щели перелома с образованием секвестров. В дальнейшем поражаются и более глубокие слои кости, особенно на участках, прилежащих и верхушками корней зубов в плоскости перелома. Начиная с 3-ей недели после травмы происходит образование демаркационной борозды между некротизированными и здоровыми слоями кости, которое завершается спустя месяц от начала заболевания.

Необходимо отметить, что образование замкнутых секвестральных полостей при этом не образуется, а гнойно-некротический процесс почти всегда носит краевой характер.

По клиническому течению различают следующие формы травматического остеомиелита:

- острые;

39

- подострые;

- хронические.

Клиника будет зависеть от формы травматического остеомиелита и практически соответствует одонтогенному остеомиелиту, хотя протекает несколько легче и в анамнезе заболевания будет иметь место перелом нижней челюсти.

Операция – секвестрэктомия проводится через 3–4 недели после стихания острых воспалительных явлений, когда выделение гноя из свища или раны не прекращается, несмотря на все предпринятые попытки. Вопрос об оперативном доступе решают индивидуально, но, соблюдая одно условие: место повреждения должно быть доступно для проведения тщательного обследования.

Удаляют грануляции, обнаруженные инородные тела (осколки зубов) и свободнолежащие костные осколки, освежают концы отломков до здоровых слоев кости. Зубы, корни которых оголены и находятся не только в линии перелома, а вблизи от линии удаляют, а лунки их тщательно выскабливают. При сохранении этих зубов всегда остается опасность рецидива процесса. Затем рана промывается растворами слабых антисептиков, после чего рана ушивается послойно, а у людей с вялым рецидивирующим течением остеомиелита предпочтительнее ведение раны с применением бактерицидного средства (Комплексон – пол. решение о выдаче патента КР 02/513 от 04.03.09 г.), мазевых или эмульсионных повязок и только после появления грануляций – отсроченное закрытие на замыкающее устройство (пол. решение о выдаче патента КР 02/2109 от 05.09.08 г.) или вторичных швов. При развитии травматического остеомиелита процесс сращения отломков несколько замедляется, а сроки иммобилизации отломков увеличиваются. В ходе операции рассекают и иссекают фиброзную капсулу, окружающую концы отломков, удаляют секвестры, обнажают и тщательно обследуют концы отломков, освежают концы отломков до здоровых слоев кости (появляется кровоточивость). При этом с язычной стороны фиброзная капсула иссекается очень бережливо с целью более быстрой консолидации перелома челюсти.

При дефектах кости 2 и более сантиметров показана костная пластика челюсти или в ходе операции, сразу после секвестрэктомии, либо в более поздние сроки.

Травматический гайморит

При повреждениях стенок гайморовой пазухи, особенно передней, когда вместе с кровью в пазуху попадают осколки кости (свободные или связанные с надкостницей), в дальнейшем может развиваться хронический гайморит травматической этиологии. Тогда больные жалуются на головные боли, «закладывание носа», затрудненное носовое дыхание, выделение из носа сначала серозно-кровоянистого, а затем и кровенисто-

гнойного содержимого. При травматическом гайморите показана операция – радикальная гайморотомия. При этом после удаления передней стенки пазухи иссекают рубцовые и фиброзно-измененные ткани, заполняющие пазуху, удаляют осколки кости, инородные тела, секвестры. Отдельные полости соединяют в единую полость и накладывают широкое соустье между верхнечелюстной пазухой и нижним носовым ходом. Полипозно измененные участки слизистой подлежат иссечению. После промывания и высушивания пазухи, последнюю тампонируют йодоформной турундой, смоченной вазелиновым маслом, конец которой выводят наружу через соустье и укладывают в нижнем носовом ходу. Рану слизистой оболочки со стороны полости рта ушивают наглухо.

Свищи слюнных желез

Слюнные свищи образуются в результате ранения или повреждения околоушной железы. Чаще возникают свищи околоушной слюнной железы и реже поднижнечелюстной слюнной железы. Наиболее стойкие свищи развиваются после повреждения (разрыва) главного выводного протока железы и менее стойкие или так называемые неполные свищи – при разрыве паренхимы слюнной железы. Диагностика свищей слюнных желез особых затруднений не вызывает. Больные обычно жалуются на постоянное истечение слюны из свища на поверхность кожи лица, которое увеличивается при приеме пищи. Вследствие постоянного слюнотечения кожа вокруг свища постепенно мацерируется. Для дифференциальной диагностики полного слюнного свища от неполного необходимо проведение рентгенологического исследования с контрастированием свищевого хода (сиалодохография), или сиалография для контрастирования главного протока и долей железы в целом.

Все методы лечения свищей слюнных желез можно условно разделить на три группы:

1. Хирургические методы – выведение культи слюнного протока в полость рта.
2. Уменьшение слюноотделения путем прижигания свищевого хода или впрыскивание в свищ прижигающих веществ, вызывающих воспалительный адгезивный процесс.
3. Подавление функции околоушной слюнной железы ее денервацией или лучевой терапией.

41

Стойкая контрактура жевательных мышц

Такое осложнение возникает в результате изменений в тканях, возникающих вне ВНЧС. При этом характерно наличие небольших движений нижней челюсти в вертикальном и боковом направлениях при попытке открыть рот. Стойкие контрактуры бывают различной степени – от умеренного ограничения открывания полости рта до почти полной неподвижности нижней челюсти. И в далеко зашедших случаях может наступить оссификация рубцовой ткани и сращение внешнего отростка нижней челюсти со скуловой дугой и костью, особенно при неправильно сросшихся переломах последних. На ранних стадиях рубцовой контрактуры показано консервативное лечение в виде механотерапии в сочетании инъекций пирогенала и аппликаций парафина. Если консервативное лечение безуспешно, то показано хирургическое лечение, заключающееся в рассечении рубцовой ткани и замещении образовавшихся дефектов тканей аутоотканями (широкая фасция тканей бедра, клетчатка и т.д.) или имплантатами из силикона и т.д.

Поражения ветвей тройничного нерва (парестезии, гиперэстезии и т.д.), которые в поздних сроках требуют нейрохирургического лечения.