

*Семелева Жанна Александровна*

студентка

*Костригина Екатерина Дмитриевна*

ассистент кафедры

*Зюлькина Лариса Алексеевна*

канд. мед. наук, доцент, декан, заведующая кафедрой

Медицинский институт

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

г. Пенза, Пензенская область

## **ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ**

*Аннотация:* огнестрельные переломы в области нижней челюсти представляют собой большую опасность для жизни раненого, особенно в случае потери им сознания. Это объясняется тем, что нередко травма данной области сопровождается нарушением дыхательной функции. В результате смещения отломков нижней челюсти может произойти западение языка. Результатом этого будет перекрытие дыхательных путей, и может наступить смерть больного от дислокационной асфиксии. Также в результате огнестрельных переломов любого отдела нижней челюсти нарушаются функции жевания, глотания, речи.

*Ключевые слова:* огнестрельный перелом, ранение, нижняя челюсть, ткани, иммобилизация, помощь.

Степень тяжести огнестрельного перелома зависит от многих факторов: вида оружия, места и характера перелома, степени поражения мягких тканей в области перелома, своевременности и эффективности оказания первой помощи и др.

Чаще всего огнестрельные переломы носят многооскольчатый характер и захватывают несколько отделов нижней челюсти [2, с. 437]. Линейные, дырчатые и краевые переломы встречаются в очень редких случаях.

Клиническая картина при огнестрельном переломе нижней челюсти непостоянна, так как меняется в зависимости от промежутка времени, прошедшего с момента получения травмы.

Внешний вид больного сразу после ранения: наблюдается растерянное выражение лица, полуоткрытый рот, из которого вытекает слюна с кровью, имеется рана в области перелома со свисающими кожными и мышечными лоскутами, могут быть признаки дислокационной асфиксии. Через несколько часов повреждённые ткани пропитываются кровью и становятся отёчными. По истечении нескольких дней происходит некротизация тканей, расположенных около раневого канала. В более поздние сроки появляются признаки гнилостного процесса и распада тканей [3, с. 491]. Примерно через месяц воспалительные проявления стихают, могут появиться симптомы хронического остеомиелита, формироваться свищи, может происходить самопроизвольное отторжение некротизированных участков кости.

Первая помощь таким раненым оказывается непосредственно на месте получения огнестрельного ранения (чаще это поле боя во время военных конфликтов). Больному накладывают круговую бинтовую повязку для иммобилизации костных отломков. Важно, чтобы наложенная повязка дополнительно не смещала отломки и не ухудшала проходимость верхних дыхательных путей. Первичную хирургическую обработку данных травм осуществляют в специализированных госпиталях госпитальной базы фронта, где в полном объёме оказывают специализированную помощь. На операционном столе врач удаляет из раны инородные тела и осколки кости, полностью отделённые от мягких тканей [1, с. 53]. Осколки крупных размеров, сохранившие связь с мягкими тканями, сохраняют. Острые края кости экономно иссекают. Зубы, находящиеся в линиях переломов, подлежат удалению. После проведения перечисленного ряда вмешательств, производят иммобилизацию костных отломков, обрабатывают и ушивают слизистую оболочку ротовой полости, тем самым ликвидируют сообщение раны с полостью рта. После завершения всех манипуляций на костной ткани проводят

первичную хирургическую обработку мягких тканей, сближают их посредством наложения на них швов.

Однако, согласно современной концепции, которая учитывает особенности применяемого в наши дни оружия, некоторые моменты вышеизложенной методики необходимо подкорректировать. Так, например, часто наблюдается гибель крупных костных отломков, соединённых с мягкими тканями [2, с. 438]. Предполагают, что это связано с тем, что происходит разрушение внутрикостных канальцев в данном отломке. При нормальных условиях по этим канальцам протекает плазмоподобная жидкость, которая обеспечивает питание кости. При вытекании этой жидкости наружу нарушается трофика костных клеток, в результате чего развивается их гипоксия и гибель. Исходя из этого, наиболее рациональным будет не скусывать костные выступы, а опиливать их, тем самым обнажая жизнеспособные ткани.

### *Список литературы*

1. Афанасьев В.В. Военная стоматология и челюстно-лицевая хирургия / В.В. Афанасьев, А.А. Останин. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2008. – 240 с.
2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: Учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1996. – 688 с.
3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2002. – 1022 с.