

# Особенности травм мягких тканей челюстно-лицевой области



■ **И.М. Байриков**,  
д.м.н., проф.,  
заведующий  
кафедрой ЧЛХ  
и стоматологии  
СамГМУ



■ **Д.В. Монаков**,  
аспирант  
кафедрой ЧЛХ  
и стоматологии  
СамГМУ



■ **А.С. Самыкин**,  
ассистент  
кафедрой ЧЛХ  
и стоматологии  
СамГМУ

■ **О.В. Воронин**,  
аспирант кафедрой ЧЛХ и  
стоматологии СамГМУ

■ **Е.А. Головин**,  
к.м.н., ассистент кафедрой  
факультетской хирургии СамГМУ

**В последнее десятилетие наблюдается тенденция роста численности больных с травмами челюстно-лицевой области (ЧЛО). Выявлено, что в основном пациентами с такой травмой являются лица мужского пола в возрасте около 40 лет, рабочие, при этом три четверти травм ЧЛО носят бытовой характер.**

**В** структуре заболеваемости взрослого населения РФ травмы челюстно-лицевой области (ЧЛО) занимают 10-е место и составляют 1,7 – у мужчин, 0,6 – у женщин, 1,1 – оба пола на 1 000 населения. При анализе причин возникновения травм ЧЛО было выявлено, что производственные травмы ЧЛО составили  $23,0 \pm 1,54\%$ , бытовые травмы –  $77,0 \pm 1,52\%$  ( $p < 0,01$ ), из них в домашних условиях произошли  $43,2 \pm 1,59\%$  случаев, на улице –  $26,7 \pm 1,53\%$ , на транспорте –  $4,7 \pm 0,39\%$ , спортивные –  $2,4 \pm 0,45\%$ . Повреждения мягких тканей ЧЛО встречаются в 70% от всей челюстно-лицевой травмы. Механические повреждения ЧЛО подразделяют в зависимости от локализации на травмы мягких тканей лица, повреждения языка, слюнных желез, крупных нервов и сосудов; травмы костей: нижней челюсти, верхней челюсти, скуловых костей, костей носа, двух костей и более), по характеру ранения: сквозные, слепые, касательные, проникающие и непроникающие в полость рта, проникающие в полость верхнечелюстной пазухи или полость носа); по механизму повреждения: огнестрельные, неогнестрельные, открытые и закрытые, сочетанные и комбинированные. Все повреждающие факторы, приводящие к травме мягких тканей лица, подразделяют на тупые, твердыми предметами, острыми предметами, движущимся транспортом, высокой температурой (пламя) и прижигающими жидкостями, огнестрельным оружием и комбинированные повреждения. В практической челюстно-лицевой хирургии выделяют две основные группы травматических повреждений мягких тканей: **1)** изолированные повреж-

дения мягких тканей лица (без нарушения целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта) – ушибы, с нарушением целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта – ссадины, раны; **2)** сочетанные повреждения мягких тканей лица и костей лицевого черепа. Ранения мягких тканей острыми предметами подразделяются на: резаные, колотые, колото-резаные, рубленые. Резаные раны в области лица встречаются значительно чаще. Они могут быть получены опасной бритвой, лезвием безопасной бритвы, ножом, осколками стекла и другими режущими предметами.

### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

В клинику ЧЛХ СамГМУ обратился пациент Т., 45 лет, ИБ № 11630/498 с жалобами на наличие образования в поднижнечелюстной области справа (рис. 1). Визуально и пальпаторно определяется пульсация в глубине образования. В анамнезе резаная рана щеки области справа осколком диска угловой шлифовальной машины. Первичная хирургическая обработка (ПХО) раны проведена в районной ЦРБ.

Дополнительно проведено УЗИ щечной области справа (рис. 2). Установлено наличие жидкостного образования объемом 6 мл с вихревым движением жидкости в просвете и его связь с рядом расположенной артерией.

Проведена консультация ангиохирурга. Рекомендовано проведение операции при совместном участии. Выполнена операция иссечение аневризмы лицевой артерии. Послеоперационный период протекал без особенностей. Проведена антибактериальная терапия. Рана заживала первичным натяжением (рис. 3), швы сняты на 7 сутки.

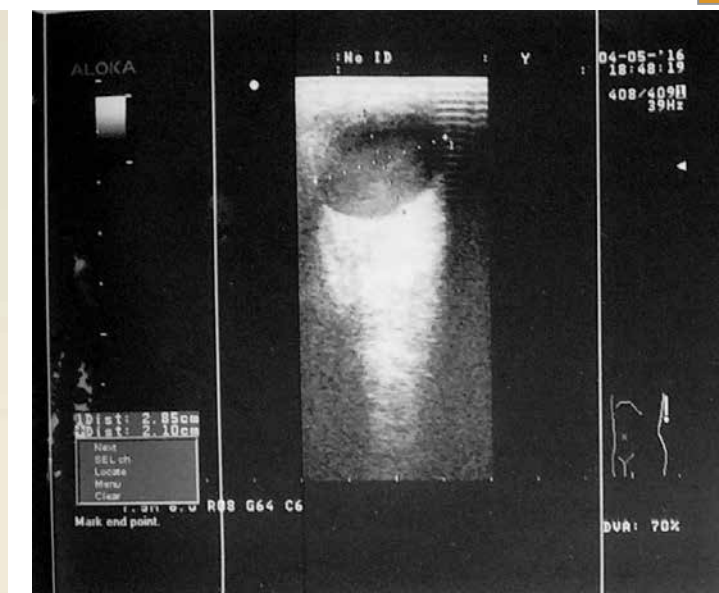
Таким образом, ПХО резаной раны должна проводиться с особым вниманием, направленно на выявление в ране инородных предметов, поврежденных сосудов и их прошивание.



**Рис. 1.** Больной Т., 45 лет, ИБ № 11630/498. Образование в поднижнечелюстной области справа



**Рис. 3.** Больной Т., 45 лет, ИБ № 11630/498. Состояние на 5 суток после операции: иссечение аневризмы лицевой артерии



**Рис. 2.** УЗИ щечной области справа. Заключение: ложная артериальная аневризма

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология. М., 2002. 480 с.
2. Байриков И.М., Трунин Д.А. Совершенствование травматологической помощи больным с механическими повреждениями челюстно-лицевой области // Технологии XXI века в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Тверь, 2008. С. 18–21.
3. Богатырева И.В. и соавт. Влияние естественных ритмов на возникновение тяжелых травм глаз, их течение и исходы // Медицина труда и промышленная экология. М., 2011. №11. С. 40–43.
4. Дыдыкин В.Ф. Оптимизация параметров наложения шва на раны челюстно-лицевой области. Автореф. ... к.м.н. Иркутск, 1998. 18 с.
5. Леонов С.А., Огрызко Е.В., Андреева Т.М. Динамика основных показателей автодорожного травматизма в Российской Федерации // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2009. №3. С. 86–91.
6. Статистика СНГ / Статистический бюллетень, март 2011 г. №3 (498). С. 54–101.
7. Чудаков О.П., Людчик Т.Б., Маргунская В.А., Мойсейчик Л.Е., Мулик С.П. Травматические повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение: Учебно-методическое пособие. Минск: БГМУ, 2002. 52 с.
8. Шапошникова В.И., Таймазов В.А. Хронобиология и спорт. М.: Советский спорт, 2005. – 180 с.