

## **Випадок важкої травми нижньої третини обличчя і нижньої щелепи**

Пацієнтка П., 20 років, о 01.00 доставлена з місця ДТП каретою швидкої допомоги в край важкому стані з діагнозом «поєднана травма». Травматичний шок III ст. Хвора була переведена в операційну, де проводилися реанімаційні заходи.

Загальний стан край важкий завдяки характеру політравми, травматичного шоку III ст. Свідомість відсутня. Дихання поверхневе, переривчасте. Артеріальний тиск 50/20 мм рт. ст. Аускультативно пульс 130 уд./хв.

При огляді в нижній третині обличчя була велика рвана рана з розтрощенням нижньої щелепи, великими ранами м'яких тканин з переходом на підборіддя, підпідборіддя, піднижнещелепова ділянки і криво вниз на бічну поверхню шиї до надключичної ділянки. У центрі рани – язик.

У товщі м'яких тканин велика кількість чужорідних тіл у вигляді кісткових фрагментів, які лежать вільно, так і пов'язані з м'якими тканинами. Краї рани нерівні, різної товщини, місцями розтрощені.

Після стабілізації стану зроблена перша операція – трахеотомія. Далі, як елемент протишокових заходів, розпочата друга операція – первинна хірургічна обробка рани. Суть операції полягала в ретельному видаленні чужорідних тіл, антисептичній обробці рани і відновленні анатомічної конфігурації нижньої щелепи і нижньої третини обличчя.

Нижня щелепа була представлена 7 великими фрагментами, сполученими з м'якими тканинами і м'язами, а також 20 дріб-



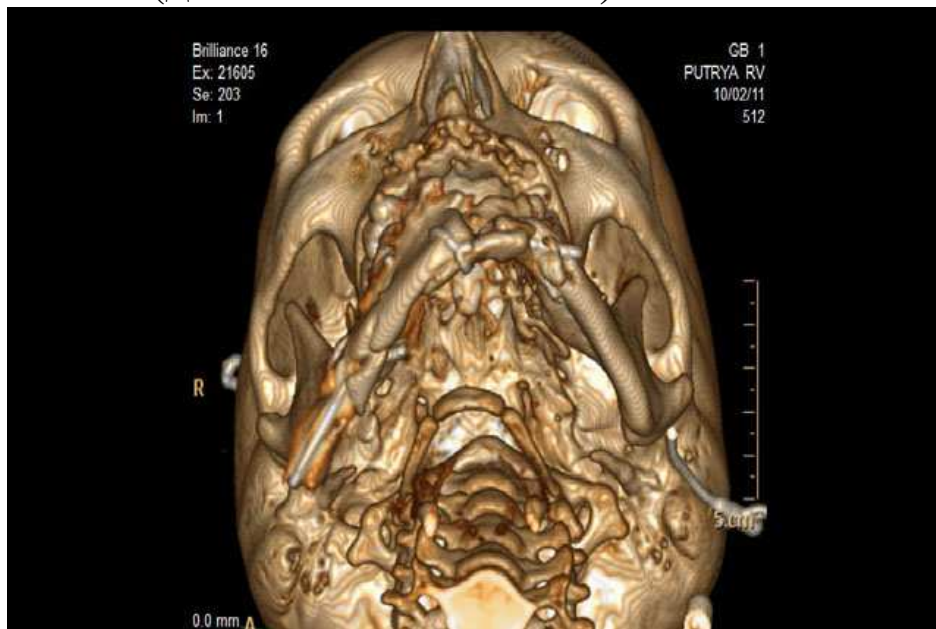
ними кістковими фрагментами, що лежать вільно (див. R-граму черепа – мал. 1 а, б).

*Мал. 1а*

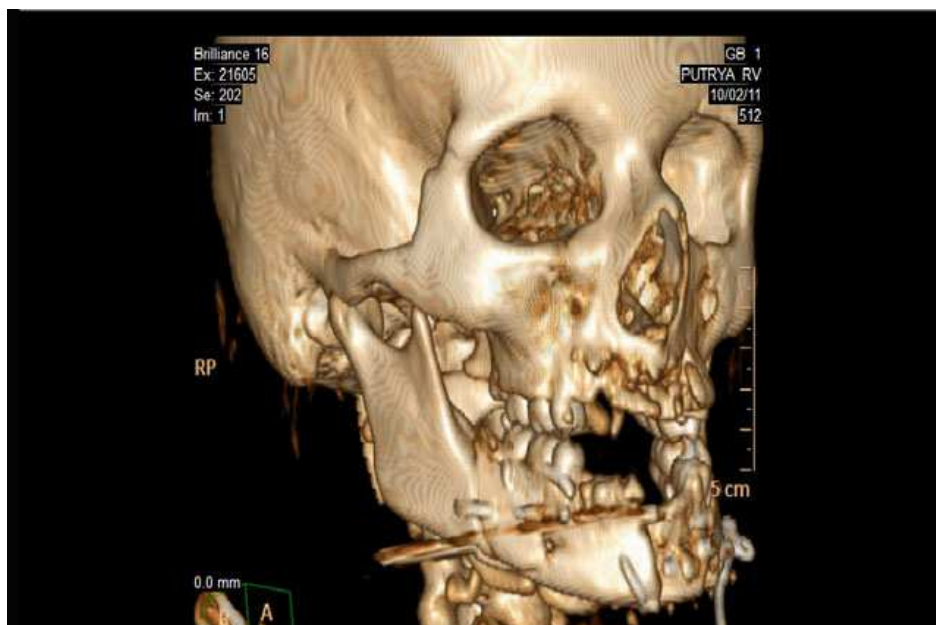


Мал. 1б

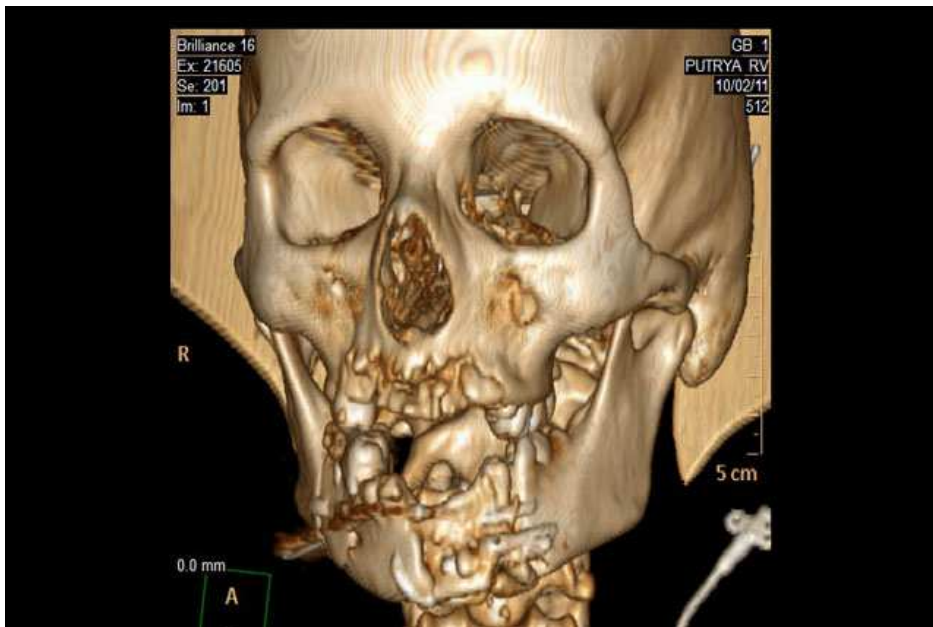
Відновлені тканини дна порожнини рота, під'язикова і підборідна ділянки, нижня губа на всьому своєму протязі і анатомічній глибині (див. КТ – мал. 2 а – в).



Мал. 2а



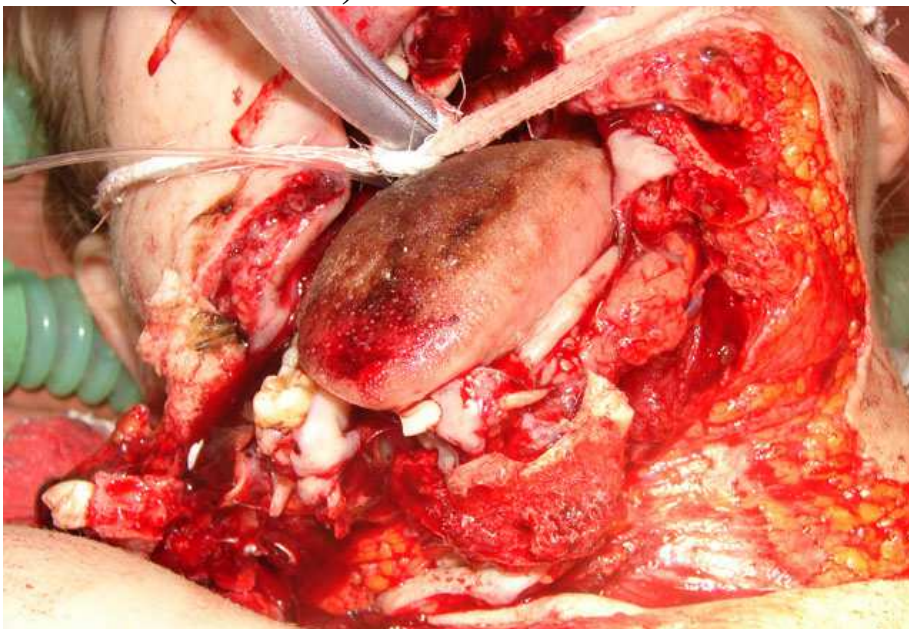
Мал. 2б



*Мал. 2в*

Рани на обличчі зашивалися вузловими швами, оскільки, з урахуванням тяжкості стану хворої, а також характеру ушкодження м'яких тканин, питання про накладання косметичних швів на той момент не стояло. В процесі формування нижньої щелепи були використані комбіновані методи фіксації фрагментів як кістковими швами, так і спицями Кішнера.

Методи фіксації вибрані з урахуванням тяжкості загального стану постраждалої. Відновлені анатомічна конфігурація нижньої щелепи, присінку порожнини рота, піднижнещелепної, підпідборідної, підборідної ділянок, нижньої третини обличчя і передньої поверхні шиї, що дозволило запобігти таким ускладненням, як розвитку гнійних процесів м'яких тканин і нижньої щелепи, і забезпечити адекватне післяопераційне живлення (мал. 3-8).



*Мал. 3*



*Мал. 4*



*Мал. 5*



*Мал. 6*



*Мал. 7*



*Мал. 8*

Цей приклад показує, що при таких великих ушкодженнях обличчя і щелеп можливе відновлення анатомічної цілісності, що вимагає згодом незначної корекції, дозволяє забезпечити адекватне післяопераційне живлення, лікування і реабілітацію хворого, а також запобігає розвиток гнійно-запальних процесів, які можуть являти серйозну загрозу для життя хворого.

Надалі через 5-6 місяців хворій необхідно провести 2-3 коригуючих операції, спрямованих на видиме усунення післяопераційних рубців, корекцію альвеолярного відростка нижньої щелепи.

Автори: В. Г. Елібеков, щелепно-лицьовий хірург, завідуючий щелепно-лицьовим хірургічним відділенням;

А. А. Поліщук, щелепно-лицьовий хірург, стоматолог-хірург.