СПБПМА

 Кафедра детской хирургии

 Зав. кафедрой проф. Ульрих Э. В.

 Преподаватель кмн Ковалева Н. Н.

 РЕФЕРАТ

 РАНЫ ЛИЦА

Группа 644

 Раны лица

Открытым повреждением, или раной, называется зияющее

нарушение целости покровов (кожи, слизистых оболочек) с возможным

разрушением глубжележащих тканей.

Опасностями раны являются: а) кровотечение с развитием острой

анемии; б) шок, сопровождающийся нарушением функций жизненно

важных органов; в) развитие инфекции; г) возможность нарушения

целости жизненно важных органов.

Классификация ран

Существует несколько классификаций ран.

1. По характеру повреждения тканей различают раны колотые,

резаные, рубленые, ушибленные, рваные, укушенные,

отравленные, огнестрельные.

2. Раны бывают единичные и множественные

2. По причине повреждения раны делят на операционные

(преднамеренные) и случайные.

3. По инфицированности выделяют раны асептические,

свежеинфициро ванные и гнойные.

4. По отношению к полостям тела (полости черепа, груди, живота,

суставов и др.) различают проникающие; и непроникающие раны.

Проникающие раны представляют значительно большую опасность в

связи с возможностью повреждения или вовлечения в воспалительный

процесс оболочек полостей и расположенных в них органов.

5. Выделяют изолированные раны, когда имеется повреждение

только мягких тканей и сочетанные, когда повреждения мягких тканей

сочетаются с повреждением костей лицевого черепа и зубов.

Особенности ран лица:

1) Обезображивание лица.

2) Нарушается функция речи, прием пищи.

3) Не всегда вид пострадавшего соответствует тяжести повреждения.

4) Близость жизненно важных органов (глаз, головного мозга,органа

слуха, верхних дыхательных путей, крупные кровеносные сосуды).

5) Наличие зубов, которые будучи кариозными являться

дополнительным инфекционным фактором а иногда и ранящим

предметом.

6) При ранах лица больной нуждается в специальном уходе и питании.

Питание осуществляется из поильника, при крайне тяжелых

состояниях через зонд.

7) Повышенная регенераторная способность тканей лица,

резистентность к микробному загрязнению обусловленные богатством

кровоснабжения и инервации. При повреждениях приротовой области

несмотря на вытекание слюны и попадании пищи раны регенерируют

хорошо за счет наличия в приротовой области значительного

количества соединительной ткани с низко дифференцированными

клеточными элементами, являющимися потенциалом регенерации

тканей.

Течение раневого процесса

Развитие изменений в ране определяется происходящими в ней

процессами и общей реакцией организма. В любой ране имеются

погибающие ткани, крова- и лимфоизлияния. Кроме того, в раны, даже

чистые, операционные; попадает то или иное количество микробов.

При заживлении ран происходит рассасывание мертвых клеток, крови,

лимфы и вследствие воспалительной реакции осуществляется процесс

очищения раны. Приближенные друг к другу стенки раны склеиваются

(первичная склейка). Наряду с этими процессами в ране происходит

размножение соединительнотканных клеток, которые претерпевают ряд

преобразований и превращаются в волокнистую соединительную ткань -

рубец. С обеих сторон раны идут встречные процессы новообразования

сосудов, которые врастают в фибринный сгусток, склеивающий стенки

раны. Одновременно с образованием рубца и сосудов происходит

размножение эпителия, клетки которого разрастаются с обеих сторон

раны и постепенно покрывают рубец тонким слоем эпидермиса; в

дальнейшем полностью восстанавливается весь слой эпителия. Так

происходит без развития инфекции при сближенных стенках раны

первичное заживление. Наличие значительного расстояния между

стенками или развитие гнойной инфекции ведет к заживлению раны

через стадию грануляций, или к вторичному заживлению

Стадии раневого процесса:

1) Период чистой раны

24 часа в общей хирургии; на лице до 36 часов. В эти сроки можно

делать первичную хирургическую обработку с наложением первичного

глухого шва.

2) Период воспаления-7 суток.

Рана ведется открытым способом под отсасывающей повязкой. На 8

сутки накладывается первичный отсроченный шов.

3) Период грануляции-2 недели. Накладывают вторичный шов.

4) Стадия рубцевания-6 месяцев. Проводится физиотерапия, массаж,

гимнастика.

Клиническая картина ран складывается из местных и общих

симптомов. К местным симптомам относятся боль, кровотечение,

зияние, к общим - симптомы, характерные для того или иного

осложнения раны (острая анемия, шок, инфекция и др.).

Боль в момент ранения вызывается повреждением рецепторов и

нервных стволов. Ее интенсивность зависит: 1) от количества нервных

элементов в зоне повреждения; 2) от реактивности организма

пострадавшего, его нервно- психического состояния. Известно, что люди

по-разному реагируют на болевые ощущения. Так, при страхе,

неожиданной травме и т. д. сила болевых ощущений больше; 3) от

характера ранящего оружия и быстроты нанесения травмы: чем острее

оружие, тем меньше количество клеток и нервных элементов

подвергается разрушению, а следовательно, и боль меньше. Чем

быстрее наносится травма, тем меньше болевых ощущений.

Кровотечение зависит от характера и количества разрушенных при

ранении сосудов. Наиболее интенсивное кровотечение бывает при

разрушении крупных артериальных стволов.

Зияние раны определяется ее величиной, глубиной и нарушением

эластических волокон кожи. Степень зияния раны связана также с

характером тканей. Раны, располагающиеся поперек направления

эластических волокон кожи обычно отличаются большим зиянием, чем

раны, идущие параллельно им.

Виды заживления ран

Различают первичное заживление, когда при сближенных,

соприкасающихся краях и стенках раны процессы заживления идут

быстро, без осложнений, и вторичное заживление, когда имеется

большая полость раны, много погибших тканей, развилась гнойная

инфекция и процессы регенерации протекают медленно, путем

образования грануляций.

Заживление гнойных ран, как правило, происходит вторичным

натяжением. Вторичным натяжением заживают и незашитые раны с

расхождением краев и стенок, раны, заполненные сгустками крови, с

наличием в них инородных тел или некротизированных тканей. Наличие

у больного общих заболеваний, ухудшающих процессы регенерации

(авитаминозы, кахексия при злокачественных опухолях, сифилис и др.),

также нередко приводит к вторичному заживлению не только случайных,

но и операционных ран.

Процессы заживления гнойных ран протекают в следующей

последовательности. Вначале рана очищается от некротизированных

тканей, клеток, сгустков крови и др. Далее на отдельных участках стенок

гнойной полости появляются разрастания клеток в виде красных

узелков, которые, постепенно увеличиваясь в количестве и размере,

покрывают все стенки и дно раны. Эти красные узелки состоят из

молодых мезенхимных клеток (фибробластов), ретикулярных и

коллагеновых волокон, новообразованных сосудов и называются

грануляционной тканью, которая выполняет всю полость гнойного очага

до кожи. Затем кожный эпителий, разрастаясь, покрывает грануляции,

клетки которой (фибробласты) постепенно образуют волокнистую

соединительную ткань - так образуется рубец.

Принципы лечения ран строятся с учетом биологических процессов,

происходящих в ране. Лечебные мероприятия должны улучшать

процессы регенерации и создавать неблагоприятные условия для

развития микроорганизмов в ране. В комплекс лечебных мероприятий

включают средства, действующие местно на рану, и общие,

действующие на весь организм. И те, и другие должны способствовать

улучшению условий естественного течения раневого процесса. Они

должны быть различны при свежих и гнойных ранах, в разных фазах

течения раневого процесса, а также при разной выраженности процесса

(гип-, норм- и гиперергический).

Общими задачами лечения ран являются: 1) умение предвидеть и

предупредить опасности раны; 2) уменьшение количества и

вирулентности инфекции; 3) удаление мертвых тканей; 4) усиление

процессов регенерации.

Обработка ран на лице зависит от локализации, характера, времени

обращения. При обработки ран лица должен соблюдаться щадящий

принцип в отношении всех тканей.

В первые 36 часов после получения раны ,при применении антибиотиков

проводится первичная хирургическая обработка раны. Перед обработкой

необходимо сделать рентгенографию костей лицевого черепа для

диагностики перелома. Хирургическая обработка заключается в

остановке кровотечения,удалении инородных тел , свободно лежащих

обломков костей, зубов и иссечении явно нежизнеспособных тканей.

При осмотре полости рта необходимо определить размер повреждения

слизистой, определить есть ли повреждения языка.

Колотая рана должна быть рассечена до её дна.

Раны полости рта, языка, при ротовой области, углов рта, углов глаза,

крыльев носа зашиваются без иссечения. Иссекают только в случае

сильного размозженния. Накладывают первичный глухой шов, что даёт

хорошие результаты и предотвращает смещение и выворот.

Раны околоушной и подчелюстной области экономно иссекают и

послойно ушивают до дренажа.

Если рана без дефекта, её ушивают простым сближением краёв.

При дефектах можно провести первичную пластику с использованием

близлежащих тканей путем перемещения лоскута на ножке или методом

встречных треугольников. При больших лоскутных ранах можно

наложить пластиночные разгрузочные швы. При очень больших

сквозных дефектах следует «обшить» рану, т.е. соединить швами края

кожи и слизистой оболочки полости рта. Этим достигается быстрая

эпитализация краёв раны и предупреждает образование рубцов. Раны

проникающие в полость рта зашивают со стороны слизистой.

Накладывают швы на кожу полиамидной нитью или конским волосом.

Нельзя сближать края раны пластырем так как пропитываясь кровью и

раневым содержимым он не удерживает края раны, они расходятся и в

последствии образуется грубый рубец. Косметические соображения при

обработке ран лица диктуют применение бережных хирургических

приёмов.

Литература:

1 Лекция по детской хирургии

2 Методические разработки к практическим занятиям по стоматологии

под редакцией

 проф. Г. A. Баирова

3 Стоматология детского возраста под редакцией А.A Колесова

4 Клиническая оперативная челюстно лицевая хирургия под редакцией

Н.M. Александрова