

10. ТРАВМАТОЛОГИЯ ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

УДК 617.52 – 001/.3

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРМИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Артюшкевич А. С., Артюшкевич В. С.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования», кафедра челюстно-лицевой хирургии;
«Государственный комитет судебных экспертиз
Республики Беларусь», г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. В последние десятилетия отмечена тенденция к увеличению травм челюстно-лицевой области. При этом известно, что ожоговая травма в различных странах является одним из самых распространенных видов поражений мирного времени.

Цель работы – определить клинико-морфологические особенности термических и химических повреждений мягких тканей челюстно-лицевой области.

Объекты и методы. Осуществлен анализ источников специальной литературы и профессионального опыта авторов по вопросу термических и химических повреждений мягких тканей челюстно-лицевой области.

Результаты. В статье приведены данные о клинической картине и морфологических признаках ожогов, обморожений, химических повреждений кожных покровов и слизистых оболочек челюстно-лицевой области.

Заключение. Таким образом, термические и химические травмы мягких тканей лица, полости рта имеют свои клинические и морфологические особенности. Проведение дифференциальной диагностики позволяет выбрать адекватное и своевременное лечение данных состояний.

Ключевые слова: термические воздействия; химические ожоги; небо; стенки глотки.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF THERMAL AND CHEMICAL DAMAGES OF SOFT TISSUES OF THE MAXILO-FACIAL AREA

Artyushkevich A. S., Artyushkevich V. S.

*Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education;
The State Committee of Judicial Expertise of the Republic of Belarus,
Minsk, Republic of Belarus*

Introduction. In recent decades, there has been a tendency to increase injuries to the maxillofacial area. At the same time, it is known that burn

injury in various countries is one of the most common types of peacetime injuries.

The aim of the work is to determine the clinical and morphological features of thermal and chemical injuries of soft tissues of the maxillofacial region.

Objects and methods. The analysis of special literature and professional experience of the authors on the issue of thermal and chemical injuries of soft tissues of the maxillofacial region is carried out.

Results. The article presents data on the clinical picture and morphological signs of burns, frostbite, chemical damage to the skin and mucous membranes of the maxillofacial region.

Conclusion. Thus, thermal and chemical injuries of the soft tissues of the face and mouth have their own clinical and morphological features. Differential diagnostics allows you to choose an adequate and timely treatment of these conditions.

Keywords: thermal effects; chemical burns; skin; pharyngeal region.

Введение. В последние десятилетия отмечена тенденция к увеличению травм челюстно-лицевой области. При этом известно, что ожоговая травма в различных странах является одним из самых распространенных видов поражений мирного времени. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на термические травмы приходится 6% от общего числа травм, а число пострадавших в промышленно развитых странах постоянно увеличивается. В тоже время данным видам травматических повреждений челюстно-лицевой области в последние годы посвящено немного исследований.

Цель работы — определить клинико-морфологические особенности термических и химических повреждений мягких тканей челюстно-лицевой области.

Объекты и методы. Осуществлен анализ источников специальной литературы и профессионального опыта авторов по вопросу термических и химических повреждений мягких тканей челюстно-лицевой области. Применен описательный метод.

Результаты. Среди различных видов повреждения мягких тканей лица и челюстей встречаются термические и химические травмы, нередко в сочетании с механическими воздействиями [1].

При действии низких температур, чаще в сочетании с ветром наступает обморожение мягких тканей лица, обычно I-II степени с развитием морозной эритемы. Более глубокое и длительное охлаждение может закончиться некрозом тканей носа, ушей (III-IV степень).

Ожоги лица могут возникать от действия пламени, горячих жидкостей и паров, раскаленных предметов, солнечных лучей. В зависимости от глубины поражения кожи и подлежащих тканей различают четыре степени ожогов.

Ожоги I степени характеризуются гиперемией и умеренным отеком кожи, которые через 1-2 суток исчезают. Ожоги II степени сопровождаются развитием в коже острого экссудативного воспаления, отслойкой эпидермиса, образованием пузырей с серозным содержимым. При ожоге III степени образуется некроз всей толщи эпидермиса и частичное или полное омертвление дермы. Ожоговая поверхность имеет вид темно-коричневого (при действии пламени) или пепельно-серого (ожог горячей жидкостью) струпа. Ожоги IV степени сопровождаются гибелью не только кожи, но и глубже лежащих тканей (подкожной клетчатки, мышц, костей) [2, 3].

Глубина ожогов лица вследствие неровного его рельефа могут быть различными по глубине – от I до IV степени, поэтому клиническая картина бывает полиморфной.

При действии пламени на фоне закрывания лица в складках кожи вследствие зажмуривания глаз отмечаются поврежденные или менее поврежденные участки кожи.

Ожоги лица часто сочетаются с ожогами верхних дыхательных путей [5]. Диагноз ожога дыхательных путей подтверждается наличием опаленных волос в носу, ожогами губ, языка, твердого и мягкого неба, задней стенки глотки.

Наличие элементов копоти на слизистой оболочке носа, рта, носоглотки, гортани, трахеи свидетельствует об активном дыхании пострадавшего в очаге возгорания и задымления.

Химические ожоги отличаются от термических механизмом воздействия на ткани повреждающего фактора, морфологической и клинической картиной. В абсолютном большинстве наблюдений причиной химических ожогов является действие едких веществ (кислот и щелочей).

Морфологическая картина при отравлении различными кислотами, как правило, поступающими в организм перорально, имеет сходные черты: ожоги локализуются в области рта, в месте контакта тканей с кислотой в виде капель, пятен, потеков; пораженные ткани разрушаются, некротизируются, образуют струп [4].

Дифференциальная диагностика различными кислотами макроскопически базируется на оценке местного действия поражающего фактора, в том числе изменения цвета тканей в месте контакта их с кислотой.

При действии соляной кислоты кожа приобретает серовато-желтый цвет, слизистая оболочка полости рта становится серо-аспидального или черного цвета, отслаивается в виде серо-бурых, иногда зеленоватых пленок. При пероральном попадании азотной кислоты кожа в области ротового отверстия, слизистая оболочка губ, языка, полости рта вследствие ксантопротеиновой реакции окрашиваются в желтый цвет. Химические ожоги уксусной кислотой характеризуются подожженной кожей серого цвета в «свежих» ситуациях, который затем переходит в темно-красной, или бурой. Слизистая оболочка рта становится рыхлой, серовато-бурого цвета с множественными экхимозами. Едкие щелочи благодаря растворяющему действию и быстрому проникновению вызывают колликвационный некроз, границы которого выходят за пределы непосредственного контакта щелочи с тканями. Пораженные ткани становятся мягкими, набухшими. Возникающий струп вначале мягкий, белесовато-сероватый вскоре становится буроватым, темно-коричневым. Слизистая оболочка языка, полости рта набухшая, покрасневшая с сероватым или буроватым струпом. Распознаванию отравления щелочами помогает наличие на коже и слизистых оболочках суховатого струпа и характерного запаха.

При пероральном поступлении ядовитых веществ на губах, коже вокруг рта, щеках могут быть выявлены следы прижигающего действия едких веществ в виде пятен, потеков, представляющих участок пергаментного уплотнения красно-бурого цвета с образованием струпа. Слизистая оболочка губ, десен набухая, уплотняется, окрашивается в желтый, серый, коричневый, темно-красный, черный цвет.

Отравления ртутью и ее соединениями характеризуются отеками губ, десен, языка, кровоизлияниями в слизистую оболочку рта и глотки. Развиваются воспалительные изменения и очаговые некрозы в слизистой оболочке полости рта. При ртутном (гингиво-стоматите, который развивается на 20 день слизистая оболочка полости рта приобретает медно-красный цвет.

При отравлении солями тяжелых металлов (ртуть, свинец, висмут), на губах и слизистой оболочке десен образуется серая кайма.

Заключение. Таким образом, термические и химические травмы мягких тканей лица, полости рта имеют свои клинические и морфологические особенности. Проведение дифференциальной диагностики позволяет выбрать адекватное и своевременное лечение данных состояний.

Литература.

1. Артюшкевич, В. С. Патоморфология ран, причиненных острыми предметами / В. С. Артюшкевич // Медицинская панорама. – 2011. – № 4. – С. 59–61.
2. Калитиевский, П. Ф. Макроскопическая дифференциальная диагностика патологических процессов / П. Ф. Калитиевский. – М. : Фирма «Миклош» : Инженер, 1993. – 376 с.
3. Крат, А. И. О сроках заживления ссадин / А. И. Крат, В. М. Рубин // Материалы 2-го Всесоюз. съезда судебных медиков. – Минск, 1982. – С. 122–123.
4. Хохлов, В. В. Судебная медицина. Руководство / В. В. Хохлов, Л. Е. Кузнецов. – Смоленск, Минск : Гос. служба судеб.-мед. экспертизы при М-ве здравоохранения Респ. Беларусь, 1998. – 796 с.
5. Юденич, В. В. Лечение ожогов и их последствий / В. В. Юденич. – М. : Медицина, 1980. – 192 с.