

# Уход при повреждениях челюстно-лицевой области

**Общий уход.** При повреждениях челюстно-лицевой области большое значение имеет не только своевременное проведение лечебных манипуляций, но и общий уход за пострадавшим.

При неогнестрельных и особенно при огнестрельных переломах верхней челюсти необходимо следить за состоянием носового дыхания, характером выделений из носовых ходов, освобождать носовую полость от кровяных сгустков и корок. В носовые ходы надо вводить 3—5% раствор протаргола, эмульсию стрептоцида (на вазелиновом или растительном масле).

В первые дни пострадавший должен находиться в постели в полусидячем положении; при этом устраняются застойные явления в легких и, кроме того, уменьшается опасность попадания в дыхательные пути (аспирации) содержимого полости рта (слюны, слизи, остатков пищи, гнойного и гнилостного отделяемого ран) и возникновения воспалительных легочных осложнений. Пострадавшего с более тяжелыми повреждениями, если позволяет его состояние, следует периодически переворачивать с боку на бок, что также уменьшает застойные явления в легких.

Если нарушена целостность стенок ротовой полости, что сопровождается постоянным вытеканием изо рта слюны и пищи, грудь пострадавшего необходимо закрывать клеенчатым нагрудником или же подвязывать под подбородок клеенчатый или резиновый мешок-слюноприемник. Таким больным для уменьшения слюноотделения назначают три раза в день по 5—8 капель настойки белладонны (T-rae Belladon-pae). Некоторые авторы (Д. А. Энтин) рекомендовали применять для уменьшения слюноотделения аэрон. Аэрон дают два раза в день по одной таблетке (каждая таблетка аэрона содержит 0,0004 г камфарнокислого гиосдиамина и 0,0001 г скополамина), растворяя их предварительно в воде.

**Уход за полостью рта.** При ряде повреждений челюстей и мягких тканей челюстно-лицевой области в значительной степени страдает жевательная функция, а часто и подвижность языка, вследствие чего нарушается самоочищение полости рта. В результате этого в отдельных участках рта скапливаются гнойные выделения из ран, задерживаются остатки пищи. Все это приводит к сильному загрязнению полости рта и служит одной из причин возникновения воспалительных осложнений.

Назначение полосканий рта в таких случаях нецелесообразно, так как необходимые для очистки рта энергичные движения мягких тканей губ и щек невозможны. Поэтому при повреждениях челюстей и прилежащих мягких тканей следует регулярно производить промывания рта из кружки Эсмарха. Можно пользоваться также для этой цели большим шприцем или резиновым баллоном, но такое промывание дает меньший эффект. Обычно для промывания применяют слабый теплый раствор марганцовокислого калия 1 : 1000—1 : 2000 (один кристаллик на стакан воды). Этот раствор обладает известным дезодорирующим действием и устраняет на некоторое время неприятный запах изо рта.

Иногда для более энергичного смывания слизи со слизистой оболочки полости рта прибегают к теплым щелочным промываниям (1—2% раствор двууглекислой соды или раствор нашатырного спирта 1:400—1:600). Перед промыванием рта снимают повязку, закрывающую рану, и подвязывают больному на шею большой клеенчатый передник. Если больной может сидеть, он наклоняет голову вперед и промывание делают над большим тазом или ведром. Голову лежащего больного поворачивают набок, подставляя под нижний угол рта лоток. Кружку Эсмарха поднимают над головой больного приблизительно на высоту 1 м. Отодвигают шпателем губы и щеки, вводят в рот надетый на конец резиновой трубки наконечник (стерилизованный) и струей жидкости промывают преддверие, а затем и полость рта (рис. 319).



Чтобы больной не захлебнулся, промывания необходимо делать с перерывами. С этой же целью следует рекомендовать больному во время промывания рта производить выдох. По окончании выдоха промывание прерывают.

При наличии межчелюстного скрепления и, следовательно, неподвижности нижней челюсти полость рта промывают через дефекты зубного ряда или же направляют струю жидкости в полость рта через промежуток позади последних больших коренных зубов, вводя наконечник глубоко в преддверие полости рта попеременно справа и слева. Одновременно промывают струей жидкости сообщающиеся с полостью рта раны мягких тканей.

Больным с проникающими ранениями промывание рта и смену повязок производят 2—3 раза в день по указанию врача. Более частое промывание и необходимая при этом смена повязки слишком утомляют больного. При проникающих ранениях содержимое рта постоянно вытекает из раны, поэтому необходимо следить за состоянием кожи в окружности ранения. Если под влиянием постоянного смачивания появляется раздражение кожи, окружность раны следует смазать цинковой мазью (*Ung. Zinci oxydati*) или 10% раствором медного купороса (*Sol. Cupri sulfurici 10%*), а затем покрыть слоем вазелина.

После промывания рта удаляют пинцетом оставшиеся кусочки пищи, отторгающиеся участки тканей и костные осколки. При наличии шин проверяют состояние лигатур, прикрепляющих шину к зубам, правильность ее положения (хорошо ли прилегает к зубам, не сместилась ли на слизистую оболочку десны). Если имеется межчелюстное скрепление, контролируют состояние резиновых колечек. В случае необходимости подтягивают или сменяют лопнувшие лигатуры, заменяют резиновые колечки.

**Питание.** Питание больных с повреждением челюстно-лицевой области имеет свои особенности. Ввиду нарушения у таких больных функции жевания, а иногда и глотания они должны получать пищу в измельченном, кашицеобразном, а иногда и в полужидком виде.

Для введения полужидкой пищи пользуются поильником, на носик которого надевают дренажную трубку длиной 20—25 см. Конец резиновой трубки вводят в полость рта. При межчелюстном скреплении трубку проводят через дефект зубного ряда, а при наличии всех зубов ее продвигают в преддверие полости рта за последний большой коренной зуб. Приподнимая поильник и несколько наклоняя его, вливают в полость рта небольшими порциями полужидкую пищу (рис. 320).



Рис. 320. Кормление больного с челюстно-лицевым повреждением из поильника (из книги Д. А. Энтина).

В первые дни, чтобы больной, не приучившийся пользоваться поильником, не захлебнулся, следует периодически сжимать пальцами резиновую трубку, надетую на носик поильника. Таким путем можно обеспечить поступление в рот количества пищи, необходимого для глотка. В дальнейшем больные сами сжимают пальцами трубку, регулируя поступление пищи.

Некоторые больные вводят в рот измельченную или кашицеобразную пищу с помощью чайной ложки и засасывают ее через промежутки в зубном ряду.

При обширных повреждениях челюстно-лицевой области или присоединяющихся воспалительных процессах, обуславливающих невозможность глотания пищи, приходится в течение некоторого времени вводить пищу с помощью зонда через рот, а иногда через носовые ходы или же через прямую кишку. Следует, однако, подчеркнуть необходимость быстрого перехода на питание с помощью поильника, что значительно улучшает состояние пострадавшего, угнетенного невозможностью приема пищи обычным путем. Кроме того, это облегчает уход за больными.

В тех случаях, когда больной не может глотать, пищу вводят при помощи нетолстого желудочного зонда или резинового катетера с достаточным просветом, надетого на воронку. Зонд вводят в верхнюю треть пищевода на глубину около 25 см от уровня передних зубов или же носового отверстия. Необходимо проверять, не попал ли конец зонда в гортань и трахею. С этой целью вливают через воронку небольшое количество жидкости (не более 2—3 столовых ложек); если жидкость проходит свободно и не появляется кашель, значит зонд введен правильно. Тогда постепенно вливают в воронку жидкую пищу, которую получают больные, питающиеся с помощью поильника.

Кормление через зонд проводится 3—4 раза в день.

Через прямую кишку хорошо всасываются вода и некоторые вещества — ряд солей (хлористый натрий, хлористый кальций), углеводы (сахар, глюкоза), алкоголь. Жиры и белки, даже содержащиеся в молоке и яйцах, всасываются плохо и в небольших количествах. Следовательно, питание через прямую кишку не может быть полноценным. Поэтому введение жидкости и питательных веществ таким путем -следует рассматривать лишь как вспомогательный и временный способ питания больного.

Соли и углеводы следует вводить в изотоническом растворе (хлористый натрий — в виде 0,85—0,9% раствора, глюкозу — в 5,4% растворе, тростниковый сахар — в 8,5% растворе).

Кишечник перед введением питательной или капельной клизмы должен быть очищен. Поэтому за час до питательной клизмы делают очистительную клизму. Питательную клизму вводят подогретой до температуры тела; количество вводимой жидкости колеблется от 300 до 400 мл. При пользовании капельной клизмой (60—90 капель в минуту) количество жидкости, вводимой за один прием, можно довести до 1—1,5 л.