



**ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ТКАНИН
ЗУБО-ЩЕЛЕПОВОЇ СИСТЕМИ ТА ЩЕЛЕПОВО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ
КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА СПОСОБИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ
ПОСТРАЖДАЛИМ ІЗ ТРАВМАТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ
М'ЯКИХ ТКАНИН, ЗУБІВ ТА ЩЕЛЕПОВИХ КІСТОК**

**лекція для лікарів-стоматологів
передатестаційного циклу “Загальна стоматологія”**

**КАФЕДРА ХІРУРГІЧНОЇ ТА ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ
ФАКУЛЬТЕТУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені Данила Галицького**



Загальна характеристика провідних клінічних та рентгенологічних ознак травматичних пошкоджень тканин ЗЦС

Синдром загальних змін організму

1. Головний біль, біль у шийній ділянці
2. Відсутній сон, апетит
3. Депресія, ейфорія, психомоторне збудження
4. Менінгеальна симптоматика (нудота, головокружіння, запаморочення, блювання)



6. Асфіксія
7. Шок

Місцеві синдроми

1. Синдром *морфо-функціонального дефекту* та деформації тканин ЗЦС і ЩЛД (зовнішньоротові ознаки – асиметрія, диспропорція обличчя, внутрішньоротові ознаки – порушення форми розташування зубної дуги, верхньої та нижньої щелеп, затруднене ковтання, обмежене відкривання рота, біль при жуванні, втрата відчуття звичайної оклюзії, шум в скронево-нижньощелеповому суглобі)
2. Синдром *посттравматичного запалення* тканин (симптоми: посттравматичний біль, набряк і порушення функції тканин ЩЛД)
3. Синдром *патологічної рухомості* (наявна / відсутня ознака крепітації)
4. Синдром *порушення артикуляції та оклюзійних співвідношень у вертикальній, сагітальній, горизонтальній проекціях*

Рентгенологічний синдром

1. Ознаки характеру зламу → лінійний / уламковий } з діастазом / без діастазу
2. Ознака наявного і відсутнього зуба в щілині зламу
3. Ознака ступеню зміщення фрагментів зламу

Додаткові дані

1. Електроденситометрія (електроодонтодіагностика)
2. Концентрація лужної фосфатази крові.
3. Кількісні показники нейтрофілів крові.
4. Біолокація.
5. Ехоостеометрія.
6. Реографія.

Загальна класифікація травматичних пошкоджень тканинних структур ЗЩС і ЩЛД

I. Механічні пошкодження верхньої, середньої, нижньої та бічних ділянок ЗЩС і ЩЛД:

1. По локалізації:

A. Травми м'яких тканин з пошкодженням:

а. язика;

б. слинових залоз;

в. магістральних судин;

г. магістральних нервів.

Б. Травми зубів та тканин пародонту:

а. контузія;

б. сублюксація;

в. компресія;

г. інтрузія;

д. екструзія;

е. латеральна люксація;

є. екзартикуляція.

В. Травми кісткової тканини:

а. нижньої щелепи;

б. верхньої щелепи;

в. кісток носа;

г. виличних кісток і дуг;

д. вилично-орбітального комплексу;

е. двох кісток і більше.

2. По характеру поранення:

A. наскрізні, сліпі, дотичні;

Б. проникаючі або непроникаючі в ротову порожнину, порожнину носа, верхньощелепову пазуху.

3. По механізму походження:

A. травма мирного часу;

Б. травма при природніх катаклізмах, катастрофах, військових діях.

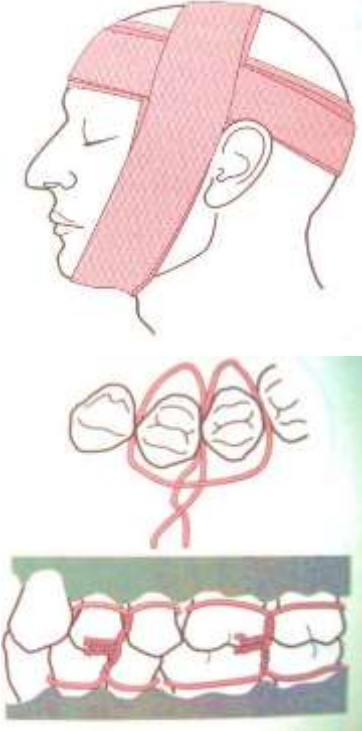
II. Опіки;

III. Відмороження;

IV. Комбіновані пошкодження;

V. Поєднані пошкодження.

Загальні принципи лікування травматичних пошкоджень тканин ЗЩС і ЩЛД

№ п/п	Напрямки лікувального процесу	Зміст проведених заходів
I	Нормалізація загальних порушень організму у зв'язку з пошкодженням тканинних структур організму	Боротьба з асфіксією, кровотечею та шоком (ургентно, в невідкладному порядку)
II	<p>Місцеве хірургічне лікування: 1. Первинна хірургічна обробка пошкоджених тканин</p> 	<p>1. Видалення нежиттєздатних тканинних структур.</p> <p style="text-align: center;"> Своєчасно Радикально Одномоментно </p> <p>2. Тимчасова ортопедична (транспортна, консервативна, імпровізована) репозиція, фіксація та імобілізація фрагментів рани.</p> <p>3. Постійна репозиція, фіксація та імобілізація фрагментів рани</p> <p style="text-align: center;"> Статична (в морфо-функціонально закріпленому положенні) Динамічна (в морфо-функціональному положенні, при якому застосовують дозовані компресійно-дистракційні сили згідно аксіом Ілізарова) </p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Функціонально-стабільна</p>



Характеристика вогнепальних уражень:

Зони вогнепального ураження:

1 зона – рановий канал як результат безпосереднього руйнування раннячим снарядом, який заповнений фрагментами уражених тканин, згустками крові, ексудатом.

2 зона – зона первинного некрозу довкола ранового каналу (зона контузії),

3 зона – зона бічного удару або вторинних некрозів,

4 зона – зона “молекулярних струсів”

При вогнепальній рані спостерігається порушення мікроциркуляції, протеолізу, кавітаційним, ударно-хвильовим ураженням клітин. Ударно-хвильовий механізм за межами ранового каналу надає новий зміст з обширними пошкодженнями тканин та їх подальший некроз.

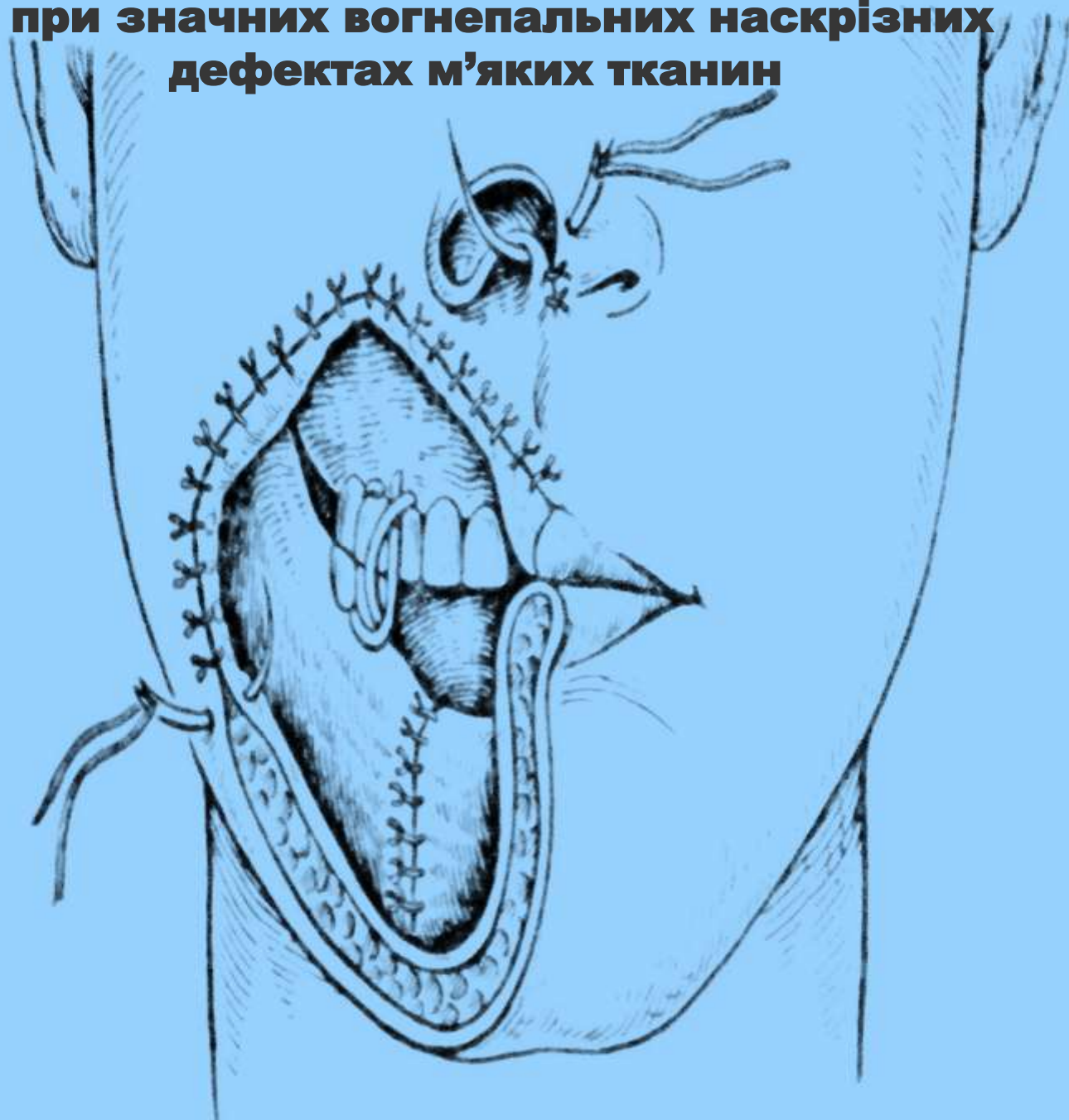
Принципи первинної хірургічної обробки раневих пошкоджень м'яких тканин (слизова, шкіра) ЗЩС

1. Радикальність. 2. Одномоментність. 3. Своєчасність.

Методика проведення первинної хірургічної обробки:

1. Повне, але економне видалення нежиттєздатних тканин, розпочинаючи з основи рани пошарово. Пошкоджені судини не висікаються, нервові стовбури видаляються тільки тоді, коли вони повністю пересічені. В ході обробки проводиться ревізія кожного закутка рани, кожна ранева порожнина розкривається та освіжується до життєздатних тканин.
2. При ранах, що обробляються в період 6 – 12 годин, накладають неперервний вузлуватий, вертикальний або горизонтальний адаптуючий шви без натягу. При розчавлених, рваних ранах з глибокими кишнями, вводять відсмоктуючий дренаж.
3. Якщо після поранення пройшло понад 12 годин, то ПХО завершується накладанням первинного шва після її дренивання.
4. Якщо після поранення пройшло понад 24 години, то після ПХО рана залишається відкритою, а коли впродовж 4 – 5 днів відсутні ознаки запалення, з'являється грануляційна тканина, то проводиться повторна ПХО.

Схема ушивання країв шкіри та слизової ротової порожнини і носа при значних вогнепальних наскрізних дефектах м'яких тканин



Контузія, вивихи, екструзія, інтрузія зубів

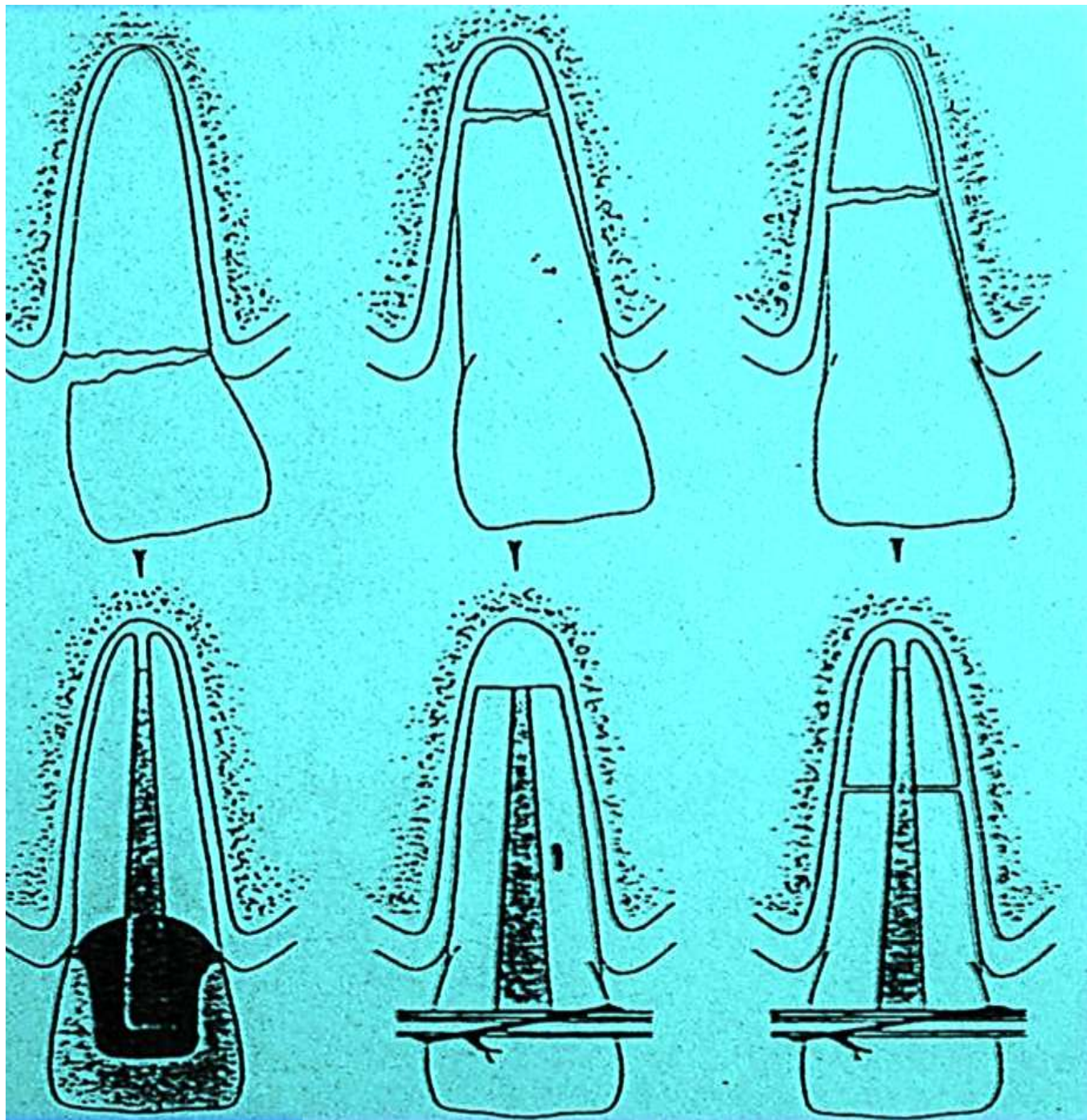
Загальна інформація: складні травми уражають переважно десмодонт та пульпу зуба.

Неписане правило: збереження життєздатності пульпи зуба краще прогнозоване при незавершеному рості кореня (НРК)- („відкрита верхівка”), ніж при завершеному (ЗРК).

Етіологія: травми внаслідок падіння, травми внаслідок бійки;

Протипоказання до проведення реплантації

- молочний зуб;
- зруйнування кісткової тканини комірки зуба;
- технічна неможливість вправлення;
- скупченість, недостатність місця в зубній дузі;
- зруйнування десмодонтальної тканини:
 - прогресуюче пародонтальне захворювання,
 - збільшений екстраальвеолярний період, передовсім у дітей до 13 років.



Класифікація та клінічні ознаки зламів коміркових відростків щелепових кісток

№ п/п	Різновиди зламів	Клініко-рентгенологічні ознаки
1	Повні	Дві вертикальні лінії, об'єднані однією горизонтальною, проходять через всю товщину кістки коміркового відростка. Виявляються злами без зміщення і зі зміщенням (до зовні, до середини та вниз). При зміщенні спостерігається порушення форми зубної дуги чи прикусу.
2	Неповні	Лінія зламу проходить через всю товщину коміркового відростка у вигляді тріщини, а зміщення уламку не виявляється.
3	Уламкові	Лінії зламів пересікаються в декількох напрямках. Відзначається симптом патологічної рухомості.
4	З дефектом (дефектами)	Спостерігається відрив коміркового відростка. Відзначається деформація коміркового відростка.

1. Закрита репозиція і фіксація у випадках:

- прості злами;
- злами без зміщення;
- медичні і/чи анестезіологічні протипокази відкритої репозиції.

2. Відкрита репозиція і фіксація у випадках:

- нестабілізовані (неіммобілізовані) злами;
- потреба в ранній чи негайній функції;
- неможливість здійснення закритої репозиції;
- пошкодження поєднане з м'якими та іншими кістковими тканинами;
- відсутність достатньої кількості зубів (неможливість застосування шини)

3. Видалення зубів;

мозкове роз'єднання).

IV. Переломи виличної кістки й дуги:

виличної кістки;

виличної кістки та дуги;

виличної дуги;

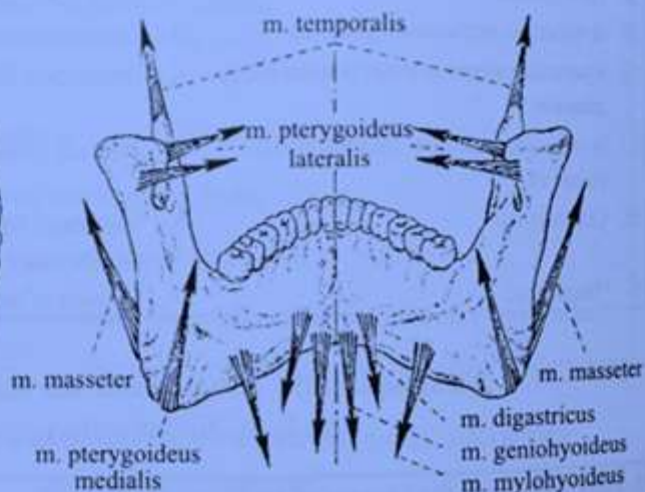
} з ушкодженням стінок гайморової пазухи чи без ушкодження.

V. Перелом кісток носа (зі зміщенням чи без зміщення відламків).

VI. Поєднані ушкодження декількох кісток лиця (обох щелеп, нижньої щелепи та виличної кістки й ін.).



Локалізація типових переломів верхньої та нижньої щелеп



Напрямок тягової сили м'язів, які прикріплюються до нижньої щелепи

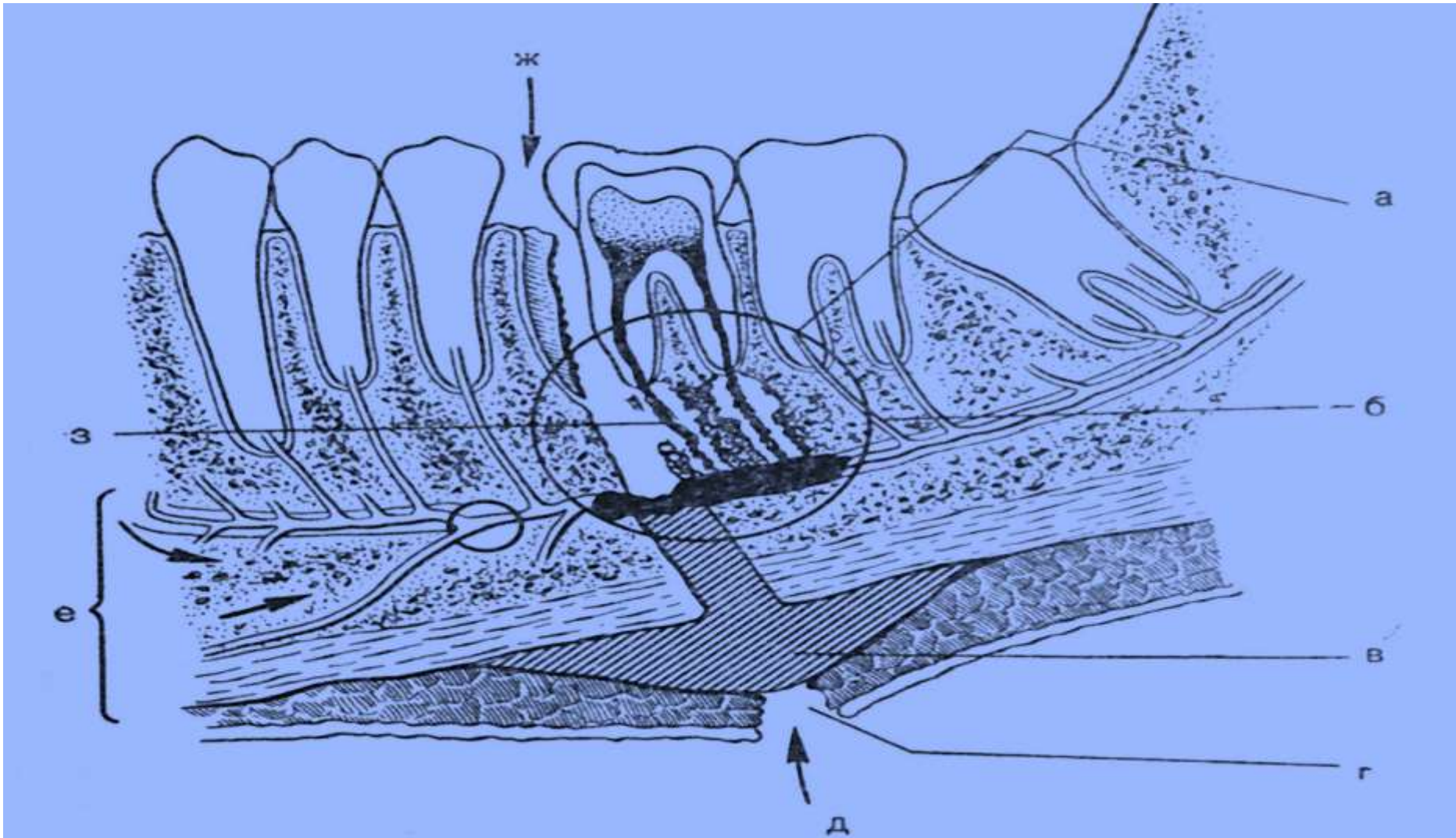
7.5. Класифікація невогнепальних переломів нижньої щелепи (за П. З. Аржанцевим)

кістковими швами

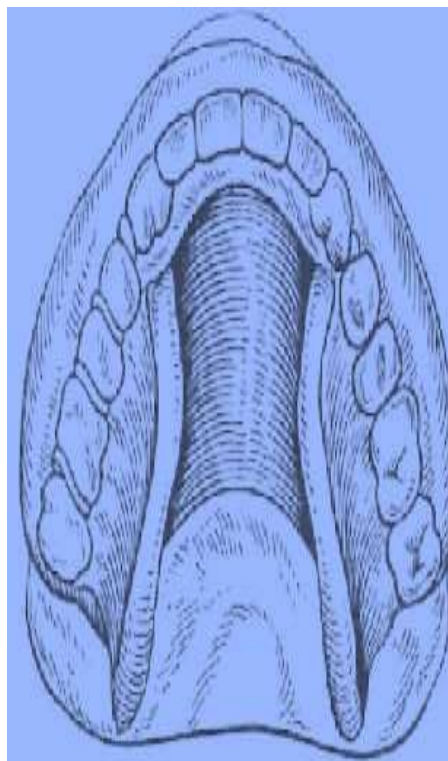
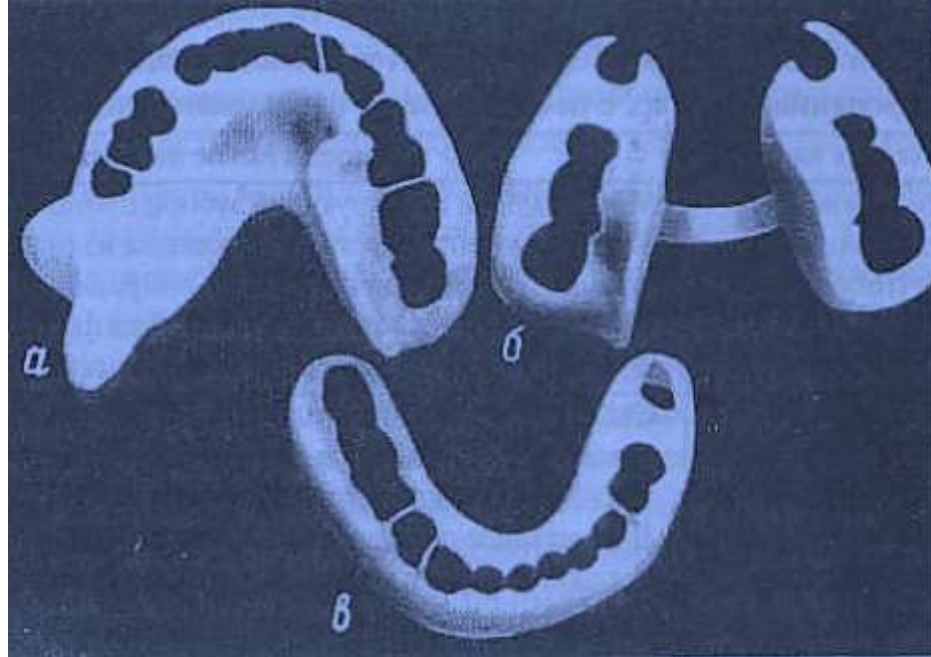


7.6. Достовірні

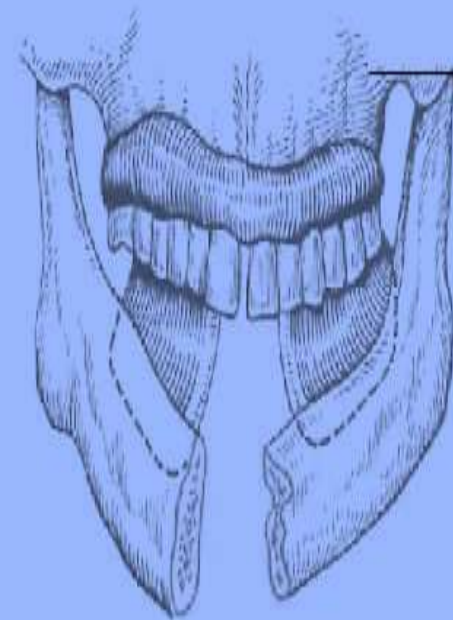
Біль у ділянці перелому
Покрутити ротом
Порушення прокусу



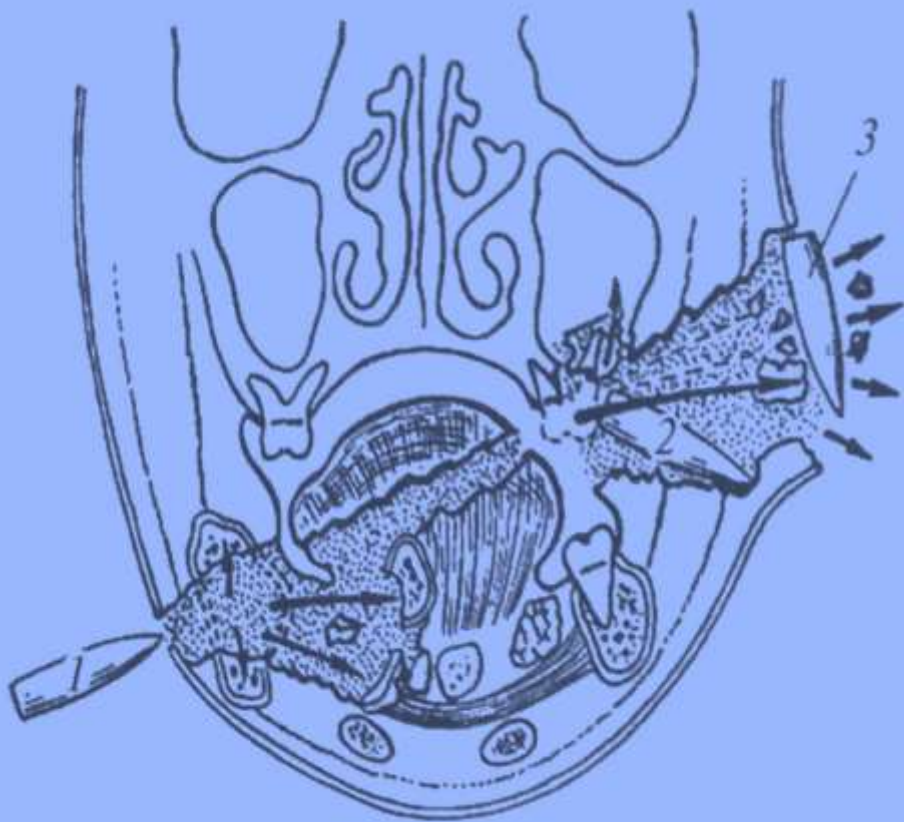
Шляхи інфікування зони зламу нижньої щелепи: а-інфікована пульпа, б-ретроградний тромбоз зубних судин, в-піднадкіснична гематома, г-рана м'яких тканин, д-позаротовий шлях інфікування, е-поширення інфекції по судинно-нервовим пучкам, ж-внутрішньоротовий шлях інфікування, з-зона некроза кістки



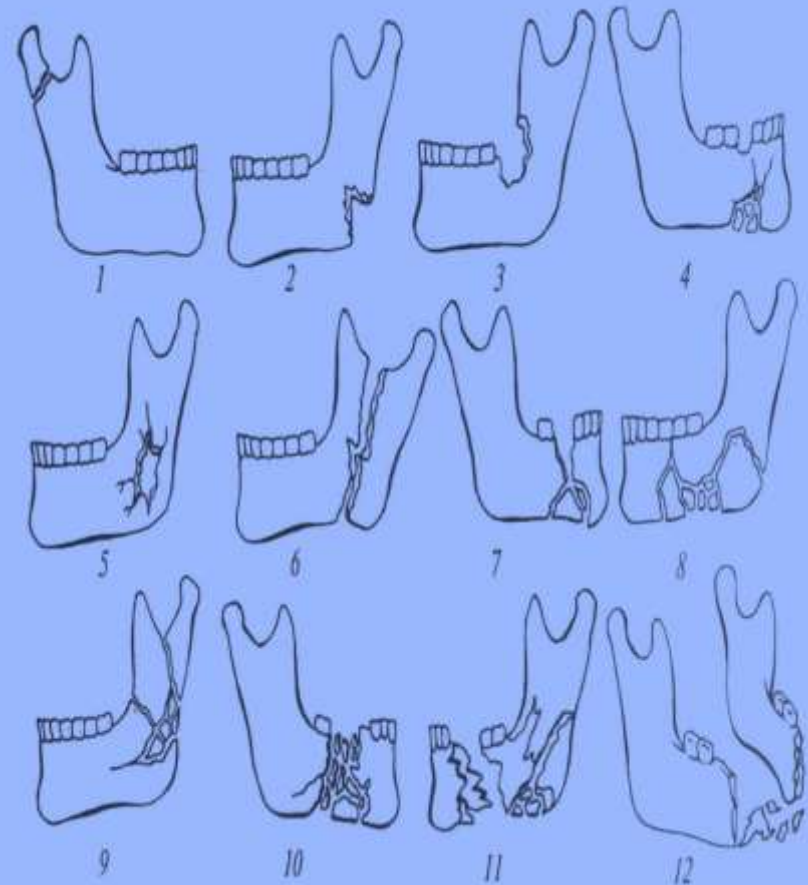
Шина М.М. Ванкевич



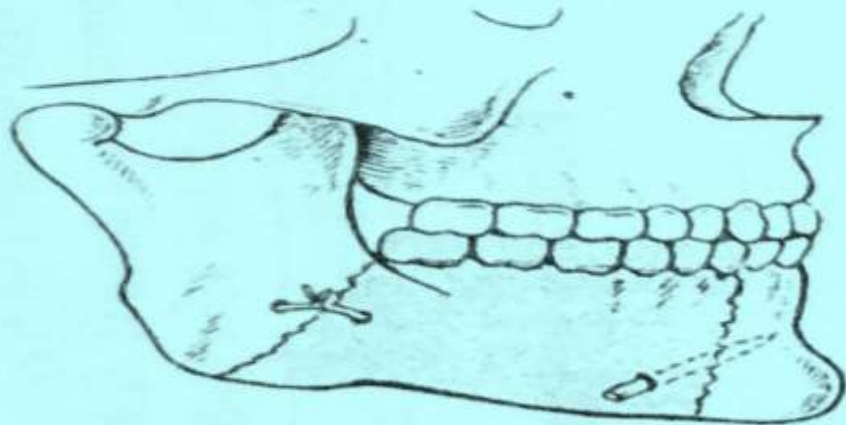
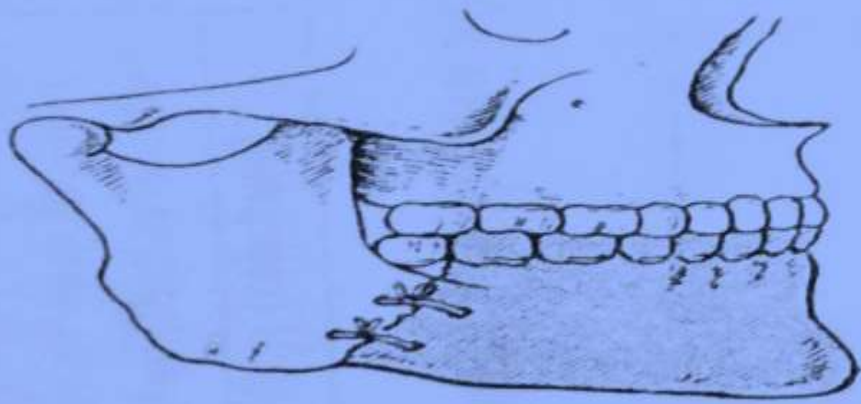
Вогнепальні пошкодження ЩЛД

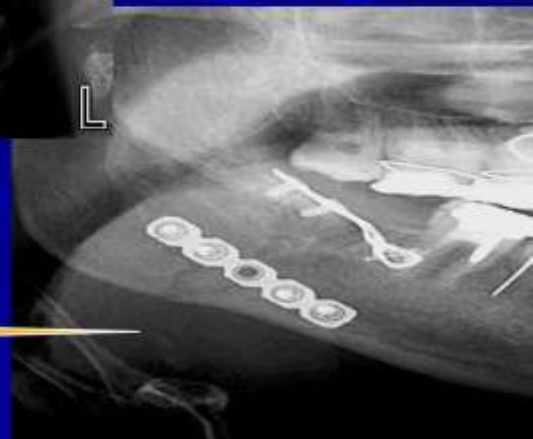
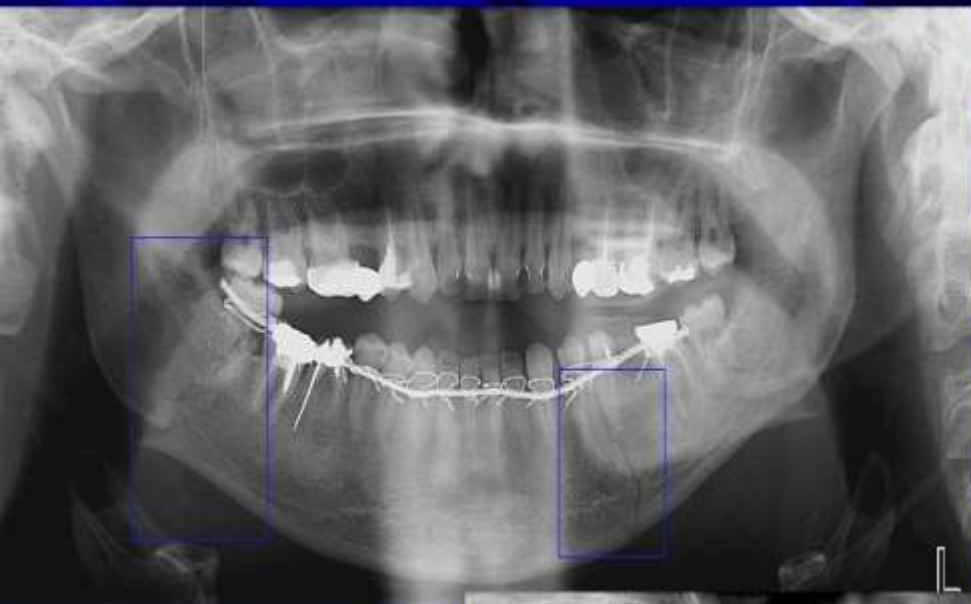


Наскрізний вогнепальний раньовий канал з пошкодженням нижньої, верхньої щелеп та м'яких тканин язика

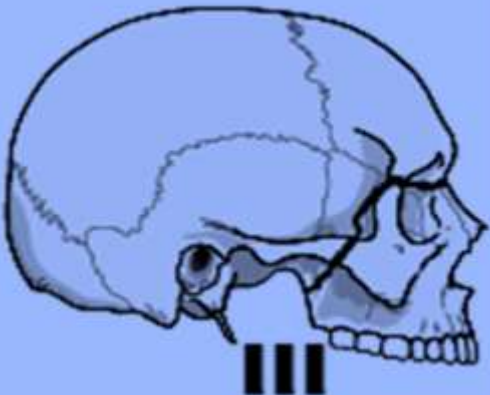
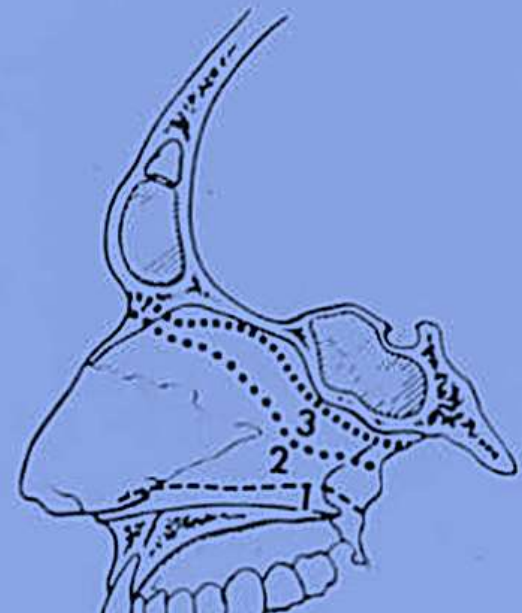
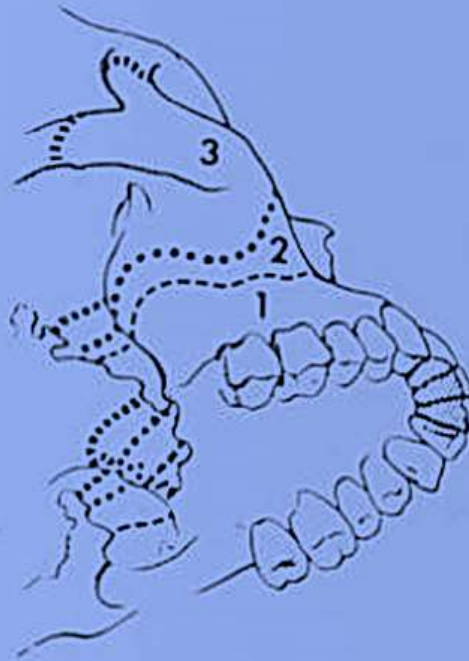
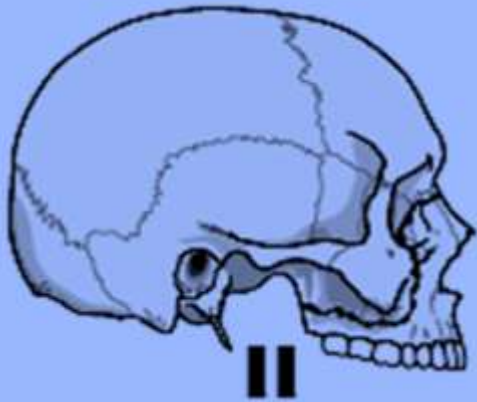
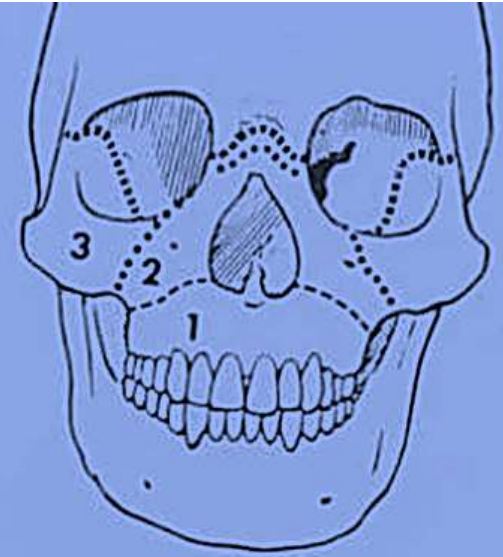
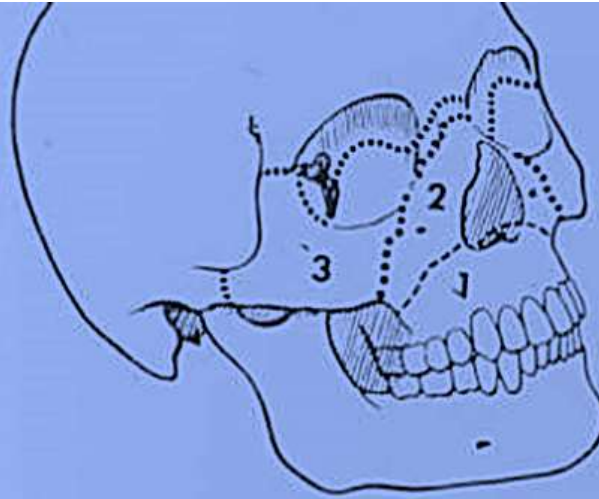
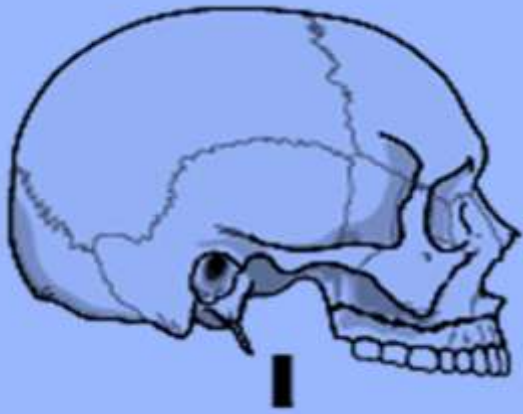


Схеми вогнепальних пошкоджень нижньої щелепи: 1-лінійні, 2,3,4-крайові, 5-дірчатий, 6-повздожній перелом гілки, 7,8,9-великоуламкові, 10,11-з дефектами, 12-відстріл частини щелепи.





ЛІНІЇ ЗЛАМІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗА LE-FORT



Переломи виличної кістки за Низовою:

1 - перелом виличної кістки; 2 - перелом виличної дуги; 3 – одночасний перелом виличної кістки і дуги з крупноуламковим ушкодженням стінок верхньощелепної пазухи; 4 - перелом виличної кістки та дуги з дрібно-уламковим ушкодженням стінок верхньощелепної пазухи.

