

- **Ушибы:** дифференцируются от гематомы при заболеваниях крови.
 - Сходные симптомы: наличие кровоподтёка синюшно-красного цвета.
 - Отличительные симптомы: отсутствие в анамнезе травмы, боли.
- **Ссадины:** дифференцируются от царапин.
 - Сходные симптомы: нарушение целостности поверхностных слоев кожи, несильная боль.
 - Отличительные симптомы: тонкие линейные повреждения поверхностных слоев кожи.
- **Резаная рана:** дифференцируется от рубленой раны.
 - Сходные симптомы: повреждение кожи или слизистой оболочки и подлежащих тканей, кровотечение, боль.
 - Отличительные симптомы: обширное повреждение мягких тканей, кровоизлияние в окружающие ткани, рана глубокая, часто сопровождается повреждением лицевого скелета.
- **Рваная рана:** дифференцируется от укушенной раны.
 - Сходные симптомы: наличие раны неправильной формы, разволокнённые неровные, фестончатые края, могут образоваться лоскуты или дефекты мягких тканей, кровотечение, боль.
 - Отличительные симптомы: ранящим оружием являются зубы животного и человека, их отпечатки могут оставаться на коже в виде синяков.
- **Резаная рана:** дифференцируется от колотой раны.
 - Сходные симптомы: повреждение целостности кожи или слизистой оболочки, кровотечение, боль.
 - Отличительные симптомы: наличие небольшого, иногда точечного входного отверстия и длинного глубокого раневого канала.

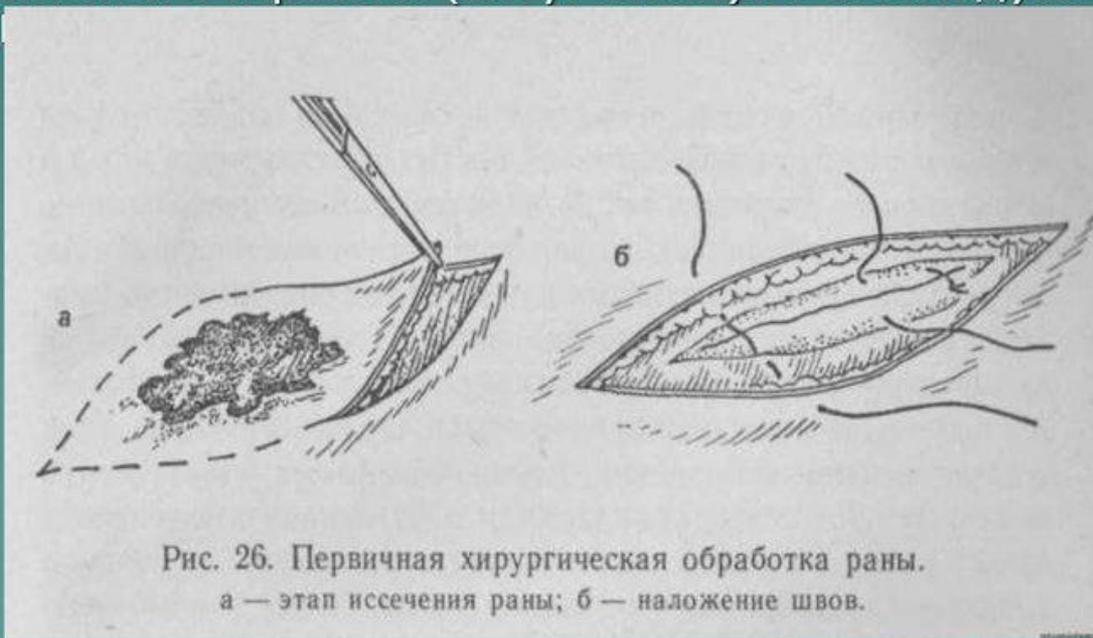
Отличие огнестрельных ран от ран другого происхождения:

- • наличие зоны некротических тканей вокруг раневого канала;
- • образование новых (дополнительных) очагов некроза в ближайшие часы и дни после ранения;
- • неравномерная протяженность поврежденных и омертвевших тканей за пределами раневого канала вследствие сложности его архитектоники;
- • возможное присутствие в тканях, окружающих раневой канал, инородных тел (деформированных пуль, осколков, обрывков тканей одежды и др.).

Зоны огнестрельного повреждения:

- 1. Зона раневого канала. В этой зоне находятся кровь, инородные тела, вовлеченные движением снаряда (обрывки одежды, щепки и т.д.).
- 2. Зона первичного травматического некроза формируется в результате механического и термического повреждения тканей ранящим снарядом и обычно инфицирована.
- 3. Зона молекулярного сотрясения отдалена от раневого канала и не инфицирована. Жизнеспособность тканей снижена из-за функциональных нарушений (региональной ишемии и протеолиза), что может привести к формированию очагов вторичного некроза.
- В настоящее время выделяют четвертую – реактивную зону, которая характеризуется расстройством трофики, иннервации и параличом сосудов.

- ◆ Ранняя первичная хирургическая обработка – производится до 24 часов с момента нанесения раны. Обычно заканчивается наложением первичных швов. Особенностью сроков ранней хирургической обработки раны лица является то, что она может быть проведена в срок до 48 часов. Возможность проведения первичной хирургической обработки раны в более поздние сроки на лице связана с хорошим кровоснабжением и иннервацией.
- ◆ Отсроченная первичная хирургическая обработка – производится в течение 24-48 часов. Обязательно осуществляется на фоне введения антибиотиков. После проведения отсроченной первичной хирургической обработки рана остается открытой (не ушитой). В последующем накладывают



- ◆ Поздняя хирургическая обработка представляет собой оперативное вмешательство по поводу травмы, осложнившейся развитием раневой инфекции.
- ◆ Этапы поздней хирургической обработки раны:
 - ◆ раскрытие раневого канала,
 - ◆ удаление некротизированных тканей и раневого детрита,
 - ◆ создание условий для адекватного дренирования.
- ◆ Наложение глухого шва при данной обработке противопоказано, за исключением ран в области губ, век, крыльев носа, ушной раковины, в надбровной области и слизистой оболочки полости рта.

Вывихи зубов

- Вывих зуба – травматическое повреждение зуба, в результате которого нарушается его связь с лункой.
- Вывих зуба возникает чаще всего в результате удара по коронке зуба. Чаще других вывиху подвергаются фронтальные зубы на верхней челюсти и реже на нижней. Вывихи премоляров и моляров происходят чаще всего при неосторожном удалении соседних зубов с помощью элеватора.

Неполный вывих



Рис. 1. Неполный вывих

- При неполном вывихе разрывается часть волокон периодонта. Волокна, сохранившие непрерывность, как правило, растянуты в той или иной степени.
- Для неполного вывиха характерно изменение положения коронки зуба в зубном ряду и корня по отношению к стенкам альвеолы

Полный вывих

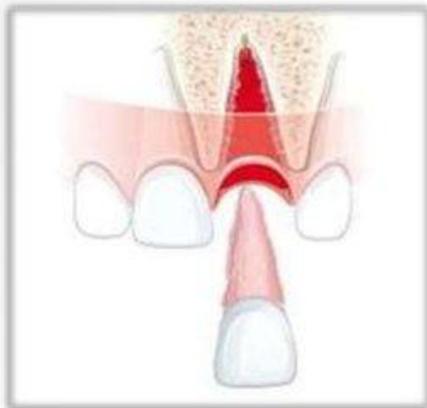


Рис. 2. Полный вывих

- При полном вывихе происходит разрыв тканей всего периодонта и круговой связки зуба. Это приводит к выпадению зуба из альвеолы под действием приложенной силы или собственного веса зуба. Сосудисто-нервный пучок всегда разрывается. Может произойти перелом края альвеолы. Иногда зуб удерживается в альвеоле единичными сохранившимися волокнами круговой связки зуба или за счет адгезивных свойств двух влажных поверхностей: корня зуба и стенки альвеолы

Вколоченный вывих



Рис. 3. Вколоченный вывих

- При вколоченном вывихе корень зуба внедряется в глубь альвеолярного отростка и тела челюсти. Это может произойти при ударе по режущему краю зуба в направлении его вертикальной оси. Для вколоченного вывиха характерен полный разрыв волокон периодонта и, как правило, разрывом сосудисто-нервного пучка.

Лечение вывихов

Лечение неполного вывиха включает:

- Репозицию зуба;
- Иммобилизация стекловолоконной лентой в сочетании со свето-отверждаемым композитным материалом на 4 недели либо фиксация каппой или гладкой шиной-скобой;
- Гигиена полости и щадящая диета;
- Осмотр через 1 месяц;
- при установлении гибели пульпы — ее экстирпацию и пломбирование канала.

Лечение полного вывиха включает:

- При полном вывихе зуба возможна его реплантация (не позже, чем через трое суток после травмы),
- экстирпация пульпы и пломбирование канала;
- реплантация;
- Иммобилизация на 4 недели каппой или гладкой шиной-скобой, стекловолоконной лентой в сочетании со светоотверждаемым композитным материалом;
- механически щадящую диету.

Лечение вколоченного вывиха включает:

- Репозиция и иммобилизация на 4 недели каппой или гладкой шиной-скобой, стекловолоконной лентой в сочетании со свето-отверждаемым композитным материалом;
- При невозможности репозиции – удаление зуба

Переломы зубов

Причинами перелома зуба в основном являются механические травмы, полученные в результате удара или падения. Фронтальные зубы верхней челюсти более подвержены переломам, чем зубы нижней челюсти, нередко переломы зубов сочетаются с их неполными вывихами.

Переломы зубов бывают :

- по виду: со вскрытием пульповой камеры и без вскрытия;
- по типу: поперечные, продольные и оскольчатые;
- по расположению: в области коронки, в области шейки зуба и корня.

Лечение больных **с переломом коронки зуба** проводят по правилам, принятым в терапевтической и ортопедической стоматологии: восстановление утраченных тканей коронки зуба без экстирпации пульпы или после ее удаления в зависимости от клинических признаков.

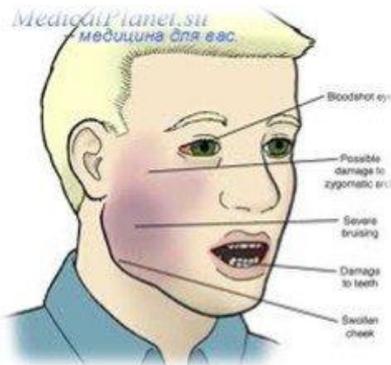
В случае **перелома зуба на уровне шейки** используют ортопедические методы восстановления утраченной коронки, если щель перелома проходит над зубодесневым прикреплением. Иногда целесообразно иссечь края слизистой оболочки для обнажения пришеечной части культи корня. При невозможности ортопедического лечения показано удаление корня.

При коронково-корневом переломе зуба последний, как правило, удаляют. М.М. Махов и Б.Р. Бахмудов предложили метод лечения коронково-корневых переломов жевательных зубов, при котором отломанные части зуба фиксируют проволочной лигатурой (рис. 17). Далее удаляют остатки пломбы из кариозной полости (если она имеется) и создают на отломанной части зуба в области экватора Т-образную полость, сообщающуюся с основной полостью. Пломбируют обе полости и далее препарируют зуб под искусственную коронку, после чего удаляют лигатурную проволоку. Снимают слепок и в течение суток изготавливают и фиксируют изготовленную коронку.

- Выбор методов лечение больных с переломом *корня* определяется:
 - - локализацией щели перелома,
 - - степенью смещения отломков,
 - - состоянием пульпы зуба.
- При переломе *корня* пульпа часто сохраняет жизнеспособность. При переломе *корня* зуба с разрывом пульпы на уровне щели перелома последняя гибнет в коронковой отломке, а в верхушечной - остается живой. Об этом следует помнить, определяя тактику лечения таких больных.
- Поперечный перелом *корня* вблизи шейки зуба является наименее благоприятным. Имобилизация коронковой части отломка даже при живой пульпе в корневом отделе, как правило, не приводит к срастанию фрагментов. Редко положительные результаты достигаются при введении стального штифта в канал после экстирпации пульпы (в том числе и живой) через трепанационное отверстие коронки. Штифт фиксируют фосфатцементом.

* **Вывих нижней челюсти** — это стойкое смещение суставных поверхностей в височно-нижнечелюстном суставе.

Вывих челюсти возникает при чрезмерном опускании нижней челюсти. При этом происходит соскальзывание суставной головки нижней челюсти на передний скат суставного бугорка височной кости.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВЫВИХЕ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- Речь больного невнятная, он жалуется на резкие боли в поврежденном суставе, рот открыт и не закрывается, подбородок смещен в сторону, противоположную повреждению, лицо асимметричное, щеки уплощены. При пальпации в области наружного слухового прохода определяется западение, образующееся в результате смещения вперед головки нижней челюсти, которая легко прощупывается под скуловой дугой.

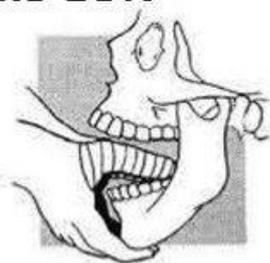
ПРИ ЗАДНИХ ВЫВИХАХ ВНЧС

- больные испытывают сильную боль в области суставов. Подбородок смещен кзади, зубы частично сжаты. Нижние резцы упираются в слизистую оболочку нёба. Движения нижней челюсти, жевание и речеобразование неосуществимы, глотание затруднено. Из-за смещения нижней челюсти и языка кзади возможно нарушение дыхания, из-за чего некоторые больные принимают вынужденное положение с опущенной кпереди головой. Может наблюдаться кровотечение из наружных слуховых проходов, которые сужены.
- Рентгенологическое обследование в таких случаях необходимо для исключения переломов мышелковых отростков нижней челюсти.

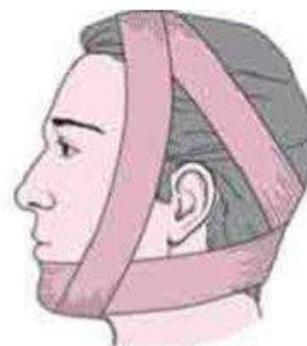


ЛЕЧЕНИЕ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- Вправление вывихов нижней челюсти проводится в условиях стоматологической клиники.
- Лечение свежих вывихов производят под местной анестезией, при застарелых вывихах применяют общее обезболивание.
- Для вправления двустороннего вывиха пострадавшего усаживают. Большие пальцы врач помещает на жевательных зубах, а остальными захватывает нижнюю челюсть снизу. К челюсти прикладывается усилие, направленное вниз, назад и кверху.
- После вправления вывиха пострадавшему накладывают подбородочную пращу (удерживающую повязку) на 3-5 дней. В этот период рекомендуется принимать мягкую пищу и не открывать широко рот.



Вправление вывиха
нижней челюсти



Подбородочная праща