

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

ТЕМА ЛЕКЦІЇ: ТРАВМАТИЧНІ
ПОШКОДЖЕННЯ
ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ
У ДІТЕЙ

Лектор: доцент кафедри дитячої хірургічної
стоматології, к. мед .н. Лохматова Наталія Михайлівна

Контакти: 0505831063 (Viber, Telegram)

ПРИЧИНИ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ:

- Дорожньо-транспортна травма 41,3%
- Побутова травма 39,6%
- Спортивна травма 13%
- Інші причини 6,1%
- Необхідно окремо виділити травму новонароджених (1%), яка є результатом штучної родопомочі.



ТРАВМАТИЧНІ УШКОДЖЕННЯ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ:

- Ушкодження м'яких тканин.
- Ушкодження твердих тканин: кісток, зубів.
- Поєднані ушкодження - твердих і м'яких тканин: ушкодження різних відділів щелепно-лицьової області; переломи щелеп, поєднані із забитими ранами, гематомами, ранами з дефектом тканин, з переломами кісток носа.
- Комбіновані (змішані, міксти) ушкодження - з черепномозковою травмою, травмою ока, ЛОР-органів і т. п.



ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ:

- рясне кровопостачання;
- хороша іннервація;
- виражений місцевий імунітет;
- високі регенераторні можливості;
- значна кількість рихлої сполучної тканини є потенціалом регенерації тканин;
- рани слизової оболонки порожнини рота зволожені слиною, в якій міститься лізоцим;
- мікрофлора порожнини рота, носа, верхньощелепної пазухи сприяє інфікуванню рани;
- значна кількість жирової тканини (грудка Биша) захищає кістки обличчя від ушкоджень; але і сприяє розвитку значних травматичних набряків і гематом.

МЕХАНІЧНА ТРАВМА - СКЛАДНИЙ ПРОЦЕС ВЗАЄМОВІДНОШЕННЯ ОРГАНІЗМУ З ПРЕДМЕТОМ, ЯКИЙ СКЛАДАЄТЬСЯ З ДВОХ ГОЛОВНИХ КОМПОНЕНТІВ: ЗМІН ПОВ'ЯЗАНИХ БЕЗПОСЕРЕДНЬО З УШКОДЖЕННЯМ ТКАНИН, І ТИХ, ЯКІ Є РЕАКЦІЄЮ ОРГАНІЗМУ НА ЦЕ УШКОДЖЕННЯ.

- **Пряма дія:** утворення некротизованих пошкоджених тканин, кровотеча, ушкодження нервового апарату і так далі.
- **Непряма дія** полягає у впливі місцевого вогнища на ЦНС, зміні її функціонального стану і як результат цього у відбитих трофічних впливах, як на область травми, так і на інші органи і системи.
- **Рана** - порушення цілісності шкіри або слизової оболонки на усю товщу викликане механічною дією.

КЛАСИФІКАЦІЯ УШКОДЖЕНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ:

За характером ушкоджень:

- Без порушення цілісності шкірних покривів (забив);
- З порушеннями цілісності шкірних покривів (садно, рани);
- З дефектом і без дефекту тканин;
- Вогнепальні і невогнепальні.

Залежно від виду дії на тканині:

- Рани:
- -забиті;
- -скальповані;
- -рвані;
- -різані;
- -разможенні.

Опіки:

- -термічні (I, II, III A/B, IV, вогнем, парою, розчинами, високою температурою);
- -хімічні (кислотами, лугами, солями важких металів);
- -електроопіки.

Відмороження.

По кількості ушкоджених анатомо-топографічних ділянок :

- -поодиникі;
- -множинні.

За характером перебігу:

- Неускладнені.
- Ускладнені:
 - -запальним процесом;
 - -проникаючі в ротову і носову порожнину, очну ямку, трахею, стравохід, вухо.
 - -наявність чужорідного тіла.

За топографо-анатомічною ознакою:

- - позадищелепна ділянка;
- -підщелепна ділянка;
- -околовушно-жувальна ділянка;
- - щічна ділянка;
- - область підборіддя;
- - вилицева ділянка;
- - підочномкова ділянка;
- - лобова ділянка;
- -нос (кінчик, крила, скати, спинка), шия.

ВЛАСНЕ РАНЕВИЙ ПРОЦЕС РОЗДІЛЯЮТЬ НА ТРИ ОСНОВНІ ПЕРІОДИ:

- розплавлення некротизованих мас і очищення від них раневого дефекту через запалення. Тривалість цього періоду складає 3-4 дні.
- проліферація сполученотканинних елементів з формуванням грануляційної тканини, яка виповнює рану. На 2-3 день після поранення починається розвиток грануляційної тканини, що поступово виповнює раневий дефект.
- фіброзування грануляційної тканини з формуванням рубця і його епітелізацією, яка закінчується на 7-10 день, а через 10-15 днів після поранення зменшується товщина новоутвореного епітелію.



ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ РАН М'ЯКИХ ТКАНИН ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХ ЛОКАЛІЗАЦІЇ.

- При ушкодженні м'яких тканин ЩЛД спостерігається невідповідність розмірів рани на шкірі (великих розмірів) і слизової оболонки (менших розмірів).
- При ушкодженні тканин приротової області слизова оболонка травмується гострими краями зубів і ортодонтичних і ортопедичних конструкцій. Рани сильно кровоточать і завжди інфіковані.
- При дефектах слизової оболонки внутрішньої і зовнішньої поверхні альвеолярного відростка тіла щелепи, а також твердого піднебіння зблизити краї рани немає можливості, оскільки слизова оболонка щільно спаяна з окістям.



ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ РАН М'ЯКИХ ТКАНИН ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХ ЛОКАЛІЗАЦІЇ.

- Поранення слизової оболонки ретромоллярної області або дна порожнини рота викликає сильну кровотечу і швидкий розвиток набряку. Можливий розвиток інфекційного ускладнення - флегмони.
- Рани язика мають зяючий або рваний вигляд, різко болісні. Через 10-12 годин рани покриваються нашаруванням фібрину, з рота з'являється неприємний запах.
- При ушкодженні верхньої і нижньої губ відзначається зіяння країв рани, при ушкодженні кругового м'яза відсутнє герметичне зімкнення губ.
- Поранення м'яких тканин поднижнещелепної ділянки супроводжується сильною кровотечею, можливе ушкодження поднижнещелепної залози, а також гілки лицьового нерва.

ПЕРВИННА ХІРУРГІЧНА ОБРОБКА РАНИ

- надання необхідного максимального знеболення;
- промивання рани антисептичним розчином;
- ретельний гемостаз;
- видалення чужорідних тіл, згустків крові, нежиттєздатних тканин та ін.;
- пошарове ушивання рани з глибини;
- профілактика правця, сказу.



ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ОБРОБКИ РАН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ:

- має бути проведена в максимальному об'ємі в найбільш ранні терміни;
- видаляти лише нежиттєздатні (некротизовані) тканини;
- проникаючи в порожнину рота рани необхідно ізолювати від ротової порожнини за допомогою накладення глухих швів на слизову оболонку з подальшим пошаровим ушиванням (м'язи, шкіра);
- при пораненні губ спочатку зіставити і зшити червону облямівку (лінія Купідона);
- чужорідні тіла підлягають обов'язковому видаленню; виключенням є тільки чужорідні тіла, які знаходяться у важкодоступних місцях;
- при пораненні червоної облямівки губ, в деяких випадках, шкіру і слизову оболонку необхідно мобілізувати, щоб попередити ретракцію тканин.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ОБРОБКИ РАН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ:

- при пораненні паренхіми слиних залоз необхідно зшити капсулу залози; при ушкодженні протоки - зшити його або створити протоку;
- рани зашивають глухим швом; дренують рани при їх інфікуванні (пізня хірургічна обробка);
- у випадках вираженого набряку і широкої розбіжності країв рани, для попередження прорізування швів застосовують П-образний шов;
- за наявності великих наскрізних дефектів м'яких тканин області щоки хірургічну обробку закінчують зшиванням шкіри із слизовою оболонкою порожнини рота;
- післяопераційне ведення рани здійснюється відкритим методом, без накладення пов'язок на другий і подальші дні лікування;
- не слід прагнути до раннього зняття швів, з метою запобігання розбіжності їх лінії.

УКУШЕНА РАНА ОБЛИЧЧЯ



- Частота укушених ран серед усіх травматичних ушкоджень складає від 7% до 12%.
- У структурі травм ЩЛД - до 34,5%.
- За 2018 рік в Полтавській дитячій міській клінічній лікарні з травмами м'яких тканин ЧЛО було госпіталізовано 34 дитини, з них 6 з укушеними ранами.
- За статистичними даними до 20% дітей за життя піддавалися укусам тварин.

УКУШЕНА РАНА ОБЛИЧЧЯ



- Найчастіше укуси наносять собаки (80-95,6%) :
 - з яких 91,7% - домашні собаки,
 - 8,3% чужі і бездомні (Любимий В. В.).
- По етіології, згідно з даними опитування
- спровоковані - 84,6%,
 - безпричинні - 15,4% укусів.
- По локалізації:
- переважають рани в області губ і щік (35% і 29% відповідно),
 - укуси в області носа (5%), повік (2%) і вушних раковин (1,8%),
 - множинні ушкодження зустрічаються в 27,2% хворих.
 - За формою - переважають рвані (78%) і колені (20,8%) рани.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ УКУШЕНИХ РАН



- Хірургічне лікування укусених ран обличчя і шиї має характерні особливості з урахуванням форми, локалізації, характеру і тяжкості ушкодження.
- Місцеву обробку рани необхідно проводити негайно: раневу поверхню рясно промивають водою з милом (чи детергентом), а краї дефекту обробляють 70% спиртом або 5% настоянкою йоду. Враховуючи схильність до інфікування, необхідно проводити антисептичну обробку рани з обов'язковою антибактеріальною терапією.
- Ушивання рани має бути пошаровим, з точним зіставленням напряму мускульних волокон, видаленням нежиттєздатних ділянок тканин і дренируванням. Шви накладають на шкіру з урахуванням ліній напруги Лангера, довгі лінійні рани перетворюють, по можливості, в Z - подібні.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ УКУШЕНИХ РАН

При хірургічному лікуванні по можливості слід уникати накладення швів на укушені рани. Ушивання показане в таких випадках:

- при великих ранах (декілька направляючих швів після хірургічної обробки);
- за косметичними показаннями;
- прошивка посудин з метою зупинки кровотечі.

Комплексне лікування укушених ран обов'язково включає:

- призначення антибактеріальних препаратів широкого спектру дії;
- проведення симптоматичної терапії (знеболюючі, седативні препарати);
- щеплення проти правця дітям, які раніше не були щеплені по вікових термінах.



ПАЦІЄНТ 6 РОКІВ. Множинні укушені рани голови та обличчя. Втрата лівого ока



ПАЦІЄНТКА 10 РОКІВ. Множинні укушені рани голови та
обличчя



ПРОФІЛАКТИКА СКАЗУ.



- Після місцевої обробки рани негайно починають лікувально-профілактичні заходи специфічної профілактики, які регламентуються наказами МОЗ України
- **Препарати що використовуються:**
- **Антирабічна вакцина:**
- Індібар
- Рабівакс-С
- Верораб
- Рабіпур
- **Антирабічні імуноглобуліни**
- Кінський
- Людський (Рєбінолін)

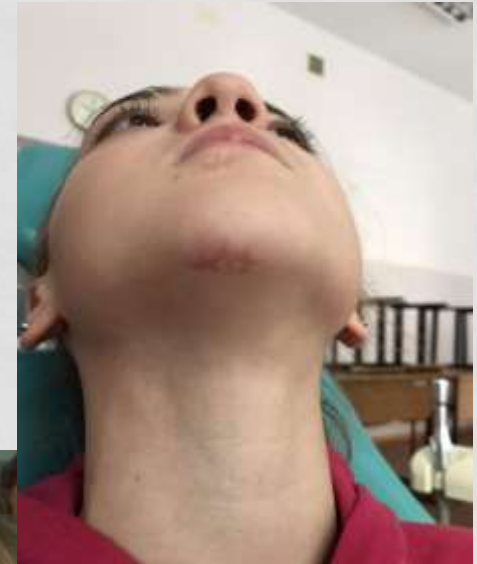
ПРОФІЛАКТИКА СКАЗУ.

- Для пасивної профілактики за наявності показань застосовують антирабічний у-глобулін, який використовують безпосередньо перед накладенням швів. Гетерологічний кінський АІГ призначається дозою 40 МО на 1 кг маси тіла, гомологічний (людський) АІГ - по 20 МО на 1 кг маси тіла.
- Як можна велику частину призначеної дози АІГ слід вводити шляхом зрошування рани і інфільтрації тканин навколо неї. Якщо анатомічне розташування ушкодження не дозволяє ввести усю дозу АІГ в тканини навколо рани, то залишок вводять внутрішньом'язово.
- Локалізація введення АІГ повинна відрізнятися від місця інокуляції вакцини (сідничні м'язи, верхня частина лопатки).
- Дози і схеми імунізації однакові для дітей і дорослих. Курс лікування призначають незалежно від терміну звернення по допомогу, навіть через декілька місяців після контакту з хворим, підозрілим на сказ, або невідомою твариною. Спостереження упродовж 10 діб призначають тільки за собаками і кішками.
- Для людей, які отримали раніше повний курс лікувально-профілактичних або профілактичних щеплень, після закінчення якого минуло менше 1 року, призначають ін'єкції вакцини по 1,0 мл на 0-й, 3-й, 7-й день. Якщо минув 1 рік і більше або був проведений неповний курс імунізації, то вводять по 1,0 мл на 0-й, 3-й, 7-й, 14-й, 30-й і 90-й день. По показанням - комбіноване застосування АІГ і вакцини.
- Вакцинований повинен знаходитися під медичним наглядом не менше 30 хвилин. Місця для проведення щеплень мають бути оснащені засобами протишокової терапії. Після курсу імунотерапії видається довідка з вказівкою типу і серії препаратів, курсу щеплень, поствакцинальних реакцій.

КОМПЛЕКС ЗАХОДІВ ПО ПРОФІЛАКТИЦІ ГРУБОГО РУБЦЮВАННЯ :

- зовнішня мазева терапія після зняття швів еластопротекторами (цепан, ворен, контрактубекс) 3-4 р/д до 6 міс.;
- точковий масаж, що давить, на рубець через 7 днів після зняття швів;
- мімічна гімнастика (охоплює м'язи, розташовані в проекції рубців) через 7 днів після зняття швів;
- фізіотерапія (УВЧ і УФО на шви, електрофорез з лідазою після зняття швів).

Враховуючи той факт, що рубець формується близько 10-12 місяців, пацієнтам необхідно проводити цей комплекс 3-4 рази в рік курсом 10-15 процедур.



Зараз нами впроваджується в практику і вже показав добрий результат застосування ферментний комплекс з колагенолітичних протеаз "Ферменкол".

Фармакологічна дія:

- - руйнує компоненти рубця - колаген і гіалуронову кислоту;
- - проявляє виборчу активність по відношенню до патологічного колагену;
- - сприяє зменшенню товщини епідермісу і дерми рубцево-зміненої шкіри.

Застосовується "Ферменкол" у вигляді:

аплікацій (30-40 днів інтервал між курсами 10-14 днів),
фонофореза (10-12 процедур, інтервал між курсами 10-14 днів),
електофореза (10-15 процедур, інтервал між курсами 7-10 днів)

СКАЛЬПОВАНА РАНА НОСА



- Для правильного збереження відірваних (відкушених) тканин необхідно помістити їх в чистий поліетиленовий пакет і обкласти льодом, уникаючи безпосереднього контакту.
- Використати реплантат правильного транспортування і збереженні можна в строк до 24ч.
- Чим реплантат більше по площі, тим менше термін його зберігання.

РУБЦЕВІ ЗМІНИ ТКАНИН В РЕЗУЛЬТАТІ СКАЛЬПОВАНОЇ РАНИ НОСА

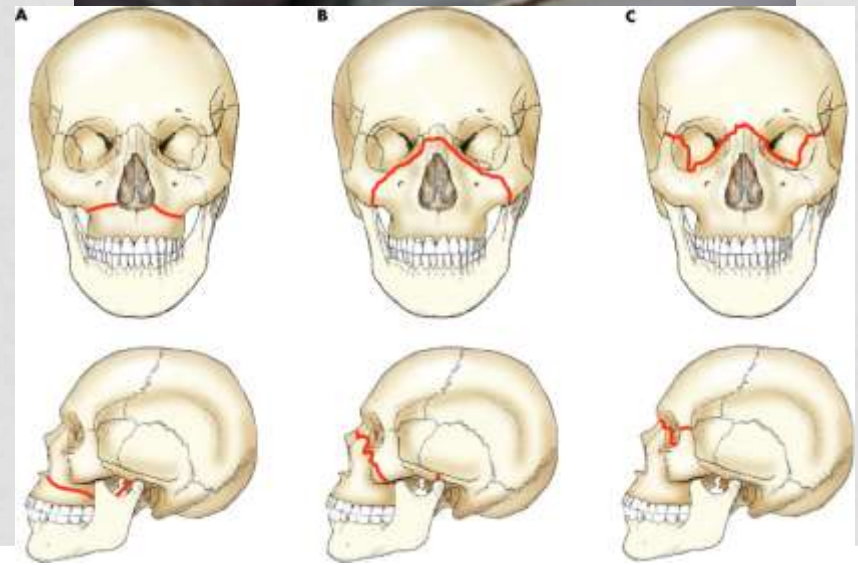


РУБЦЕВІ ЗМІНИ ТКАНИН В РЕЗУЛЬТАТІ СКАЛЬПОВАНОЇ РАНИ НОСА (ЧЕРЕЗ 3 РОКИ)

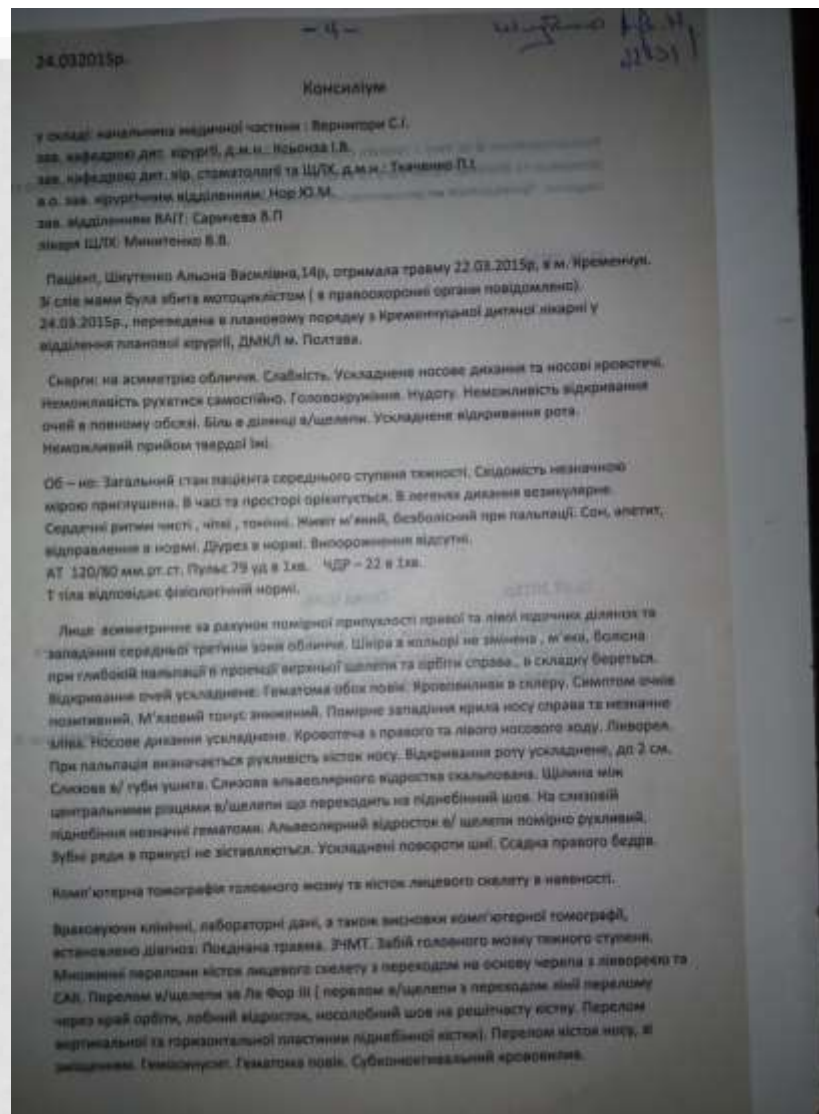


КЛАСИФІКАЦІЯ УШКОДЖЕНЬ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.

- Переломи альвеолярного відростка, які визначаються розмірами і локалізацією в області тих або інших зубів.
- Саггітальні переломи, тобто переломи, які розщеплюють обидві щелепи навпіл.
- Поперечні переломи, при яких відбувається повний відрив щелепи від основи черепа:
 - за нижнім типом (субнозальний)
 - за середнім типом (суборбітальний)
 - за верхнім типом (суббазальний)



КОМБІНОВАНА ТРАВМА



 ЭКСПЕРТ
национальный журнал о правах человека

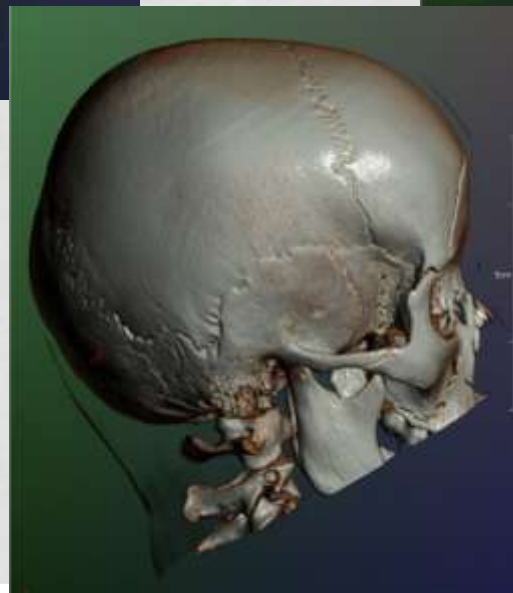
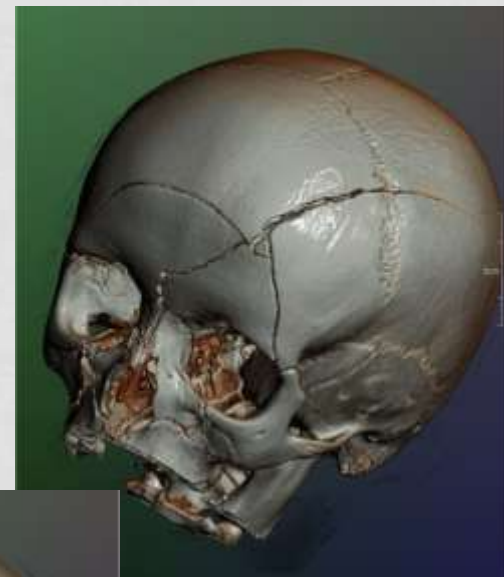
www.mcdonalds.in



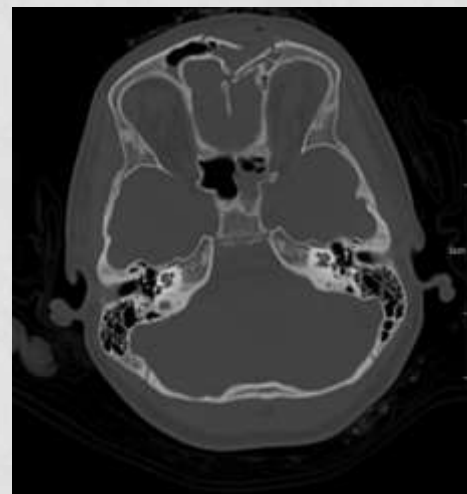
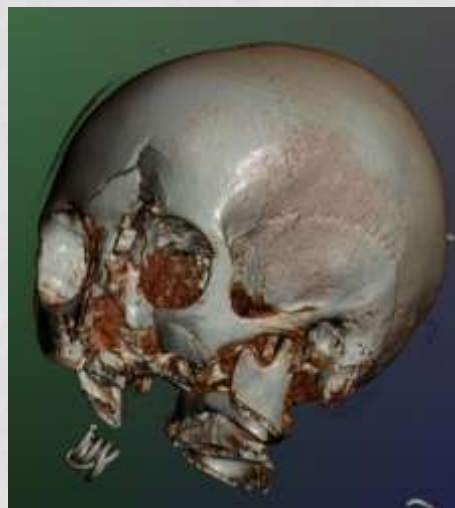
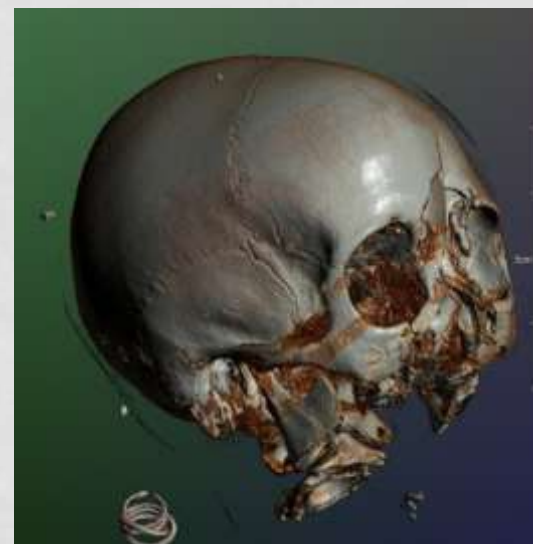
КОМБІНОВАНА ТРАВМА (ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНА ТРАВМА)



КОМБІНОВАНА ТРАВМА (ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНА ТРАВМА)



КОМБІНОВАНА ТРАВМА (ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНА ТРАВМА)



КЛАСИФІКАЦІЯ УШКОДЖЕНЬ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.

- Переломи альвеолярного відростка.



- Переломи тіла щелепи включно до кутів щелепи. Вони у свою чергу можуть бути вертикальні, косі і горизонтальні.
- Переломи висхідної гілки.
- Переломи суглобового відростка.
- Переломи вінцевого відростка.

ПЕРІОДИ РОЗВИТКУ ВЛАСНЕ КІСТКИ І ЗАЧАТКІВ ЗУБІВ



- / період - від народження до 6 міс. - характеризується наявністю в щелепах зачатків переважно тимчасових зубів.
- // період - від 6 міс. до 2,5 року. До 2,5 років усі тимчасові зуби верхньої і нижньої щелеп вже прорізалися, проте корені їх ще не сформовані, лунки зубів недостатньо мінералізовані, кругова зв'язка рихла. Вже до кінця 2-го року життя в товщі кістки з'являються фолікули із зачатками першого малого корінного зуба.
- У III періоді (від 2,6 року до 7 років) виділяють дві фази: 1-а - від 2,6 року до 5 років, 2-а - від 5 до 7 років. У 1-у фазу розвитку зачатків постійних зубів структура щелепи ослаблена за рахунок їх фолікулів і відсутності процесу розсмоктування коренів молочних зубів. У 2-у фазу відбувається внутрішня перебудова кістки нижньої щелепи, здійснювана завдяки процесу розсмоктування коренів тимчасових різців, прискорення росту постійних зубів і, відповідно, інтенсивного росту альвеолярного відростка і тіла кістки.
- IV період (7-12 років) - завершення заміни усіх тимчасових зубів на постійні (іноді окрім іклів). Тому до 13 років щелепи набувають стійкості, оскільки зникають усі "слабкі місця", де раніше були зубні зачатки.

ДЛЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ

ХАРАКТЕРНІ:

- Забиття кістки і окістя. Вони протікають за типом закритої травми (без садн, подряпин, ран на шкірі) і призводять до розвитку асептичного запалення з подальшим формуванням гіперостозу.
- Перелом за типом "зеленої гілки" або "вербової лозини", що пояснюється гнучкістю кісток у дітей. При цьому виді перелому окістя і зовнішній шар кістки піддаються розриву і перелому, а по внутрішній, увігнутій поверхні кістка зберігає нормальну структуру.
- Підокісний перелом - відбувається перелом кістки, при цьому зберігається цілісність окістя. Підокісні переломи частіше зустрічаються у дітей молодших вікових груп і особливо характерні для перших трьох років життя.
- Діагностика ускладнена із-за поширених набряків і гематом, які можуть розповсюджуватися на дно порожнини рота і викликати порушення мови, ковтання і жування.
- Головні ознаки перелому: біль, деформація, патологічна рухливість, крепітація, порушення артикуляції.

ЗАГОЄННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПІСЛЯ УШКОДЖЕННЯ

- Перша фаза - виникає безпосередньо після появи перелому і характеризується розвитком запальних явищ, які закінчуються до кінця першого тижня.
- У другій фазі - відбувається розмноження клітин ендооста і періоста, намічається утворення кісткового мозоля.
- Третя фаза - характеризується диференціюванням кісткового мозоля - первинна консолідація.
- Четверта фаза - характеризується утворення щільного кісткового мозоля (3-4 тижні) - може до 6-8 тижнів.
- П'ята фаза - завершує новоутворення кістки, що веде до виникнення кісткового рубця (1,5-2 місяці).
- Якщо процес загоєння затримується на другому етапі, між відламками виникає фіброзна спайка, що іноді веде до утворення несправжнього суглоба.

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ



- Двущелепне шинування по Тігерштедту

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ



- Двущелепне шинування за допомогою сплінт-системи

УСКЛАДНЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ



- Посттравматичний остеомієліт верхньої щелепи
- Секвестри верхньої щелепи

РЕЗУЛЬТАТАМИ ТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ МОЖУТЬ БУТИ:

- вторинна адентія, викликана втратою зубів в результаті травми або при видаленні з потреби при вирішенні питання про вибір способу фіксації фрагментів;
- травматичні гіперостози, що проявляються деформацією щелепи (переважно нижньою), що повторно деформують остеоартрози, анкілози СНЩС.
- Ушкодження зон росту щелеп може бути причиною затримки і неправильного розвитку тих або інших відділів обличчя.
- Профілактика цих ускладнень зводиться до своєчасної і вичерпної первинної хірургічної обробки, раціональної медикаментозної терапії, фізіотерапії.

УСКЛАДНЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ



УСКЛАДНЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ



УСКЛАДНЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ

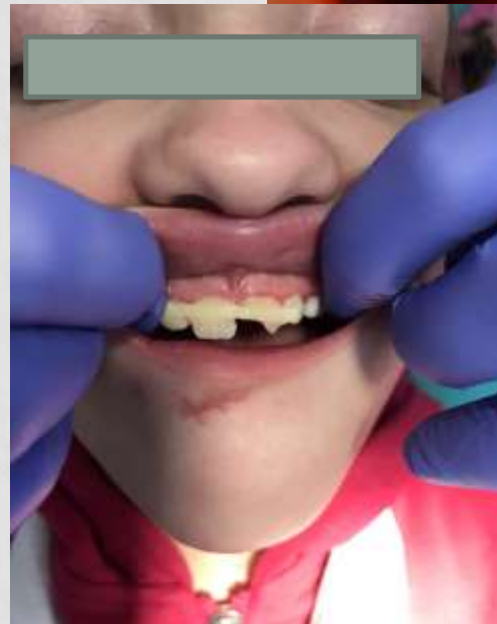


КЛАСИФІКАЦІЯ ТРАВМ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ (ВООЗ).

- Клас I. Забиття зуба з незначними структурними ушкодженнями (тріщини емалі).
- Клас II. Неускладнений перелом коронки зуба.
- Клас III. Ускладнений перелом коронки зуба.
- Клас IV. Повний перелом коронки зуба.
- Клас V. Коронково-кореневий подовжній перелом.
- Клас VI. Перелом кореня зуба.
- Клас VII. Повний вивих зуба.
- У змішаному і постійному прикусі пік травматизму приходить на 8-9 років. За даними літератури 60 % травм відбувається в осінньо-зимовий період, при цьому кількість хлопчиків в два рази більша, ніж дівчаток. У 67% випадків гостра травма зубів відбувається у дітей з порушеннями прикусу.

НЕПОВНИЙ ВИВИХ ЗУБА

- 1 – струс,
- 2 – підвивих,
- 3 – інтрузивний вивих,
- 4 – екструзивний вивих,
- 5 – бічний вивих.



ОПЕРАЦІЯ РЕПЛАНТАЦІЇ ЗУБА

- а) зуб помістити в теплий фізіологічний розчин хлориду натрію, обережно змити забруднення;
- б) виключити антисептичну обробку зуба;
- г) провести ендодонтичне лікування вивихнутого зуба (якщо корені несформовані і від моменту травми пройшла не більше 1 години, його можна не проводити), лікування закінчується промиванням каналу, пломбування доцільно провести через 3-4 тижні;
- в) видалити згусток з альвеоли;
- д) реплантувати зуб;
- е) шинувати терміном на 4-6 тижнів.

Результат реплантації постійних зубів з несформованими коренями передусім залежить від загального стану хворого, стану тканин порожнини рота, характеру патологічного процесу в ділянці майбутнього репланта і оточення, його периапикальних тканин і стану кісткової тканини в ділянці альвеолярного відростка.



ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ РЕПЛАНТАЦІЇ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ З
НЕСФОРМОВАНИМИ КОРЕНЯМИ У ДІТЕЙ.
СТАН ЧЕРЕЗ 3 МІСЯЦІ ПІСЛЯ РЕПЛАНТАЦІЇ 11, 21 ЗУБА У ХЛОПЧИКА
М. 8 РОКІВ, ЯКА БУЛА ПРОВЕДЕНА ЧЕРЕЗ 24 ГОДИНИ ПІСЛЯ ВТРАТИ
ЗУБІВ.



РЕНТГЕНОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ЧЕРЕЗ 3 МІСЯЦІ ПІСЛЯ
ЛІКУВАННЯ ПОКАЗАЛО РЕЗОРБЦІЮ КОРЕНІВ 11, 21 ЗУБІВ,
ДЕСТРУКЦІЮ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ З НЕЧІТКИМИ КОНТУРАМИ В
ДІЛЯНЦІ КОРЕНІВ 11, 21 ЗУБІВ.



ВИДАЛЕНІ 11, 21 ЗУБИ



ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА РАНА



ОПІКИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ



- Опік - це ушкодження тканин, яке розвивається в результаті місцевої дії високих температур, електричного струму, хімічних, радіаційних речовин і тому подібне.
- Залежно від етіологічного чинника розрізняють опіки:
- термічні;
- електричні;
- хімічні;
- променеві.

Опіки окропом серед дітей спостерігаються в 54%.

ОПІКИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ



ТЕРМІЧНІ ОПІКИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ



ХІМІЧНІ ОПІКИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ



ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ ЩЛД У ДІТЕЙ

- Лікар-стоматолог надає першу допомогу, яка передбачає знеболення і первинну антисептичну обробку.

У разі опіків, які охоплюють понад 10% поверхні тіла і 5% поверхонь тіла у дітей до 5 років, проводиться протишокова терапія:

- 1. Оксигенотерапія (дихання зволеним киснем).
- 2. Інфузійна терапія.
- 3. Знеболюючі, серцеві і інші засоби.
- 4. Вітамінотерапія.
- 5. Антибіотики широкого спектру дії.
- 6. Лужні води. Дієта запобігає бродінню і метеоризму.

Профілактикою вторинних післяопікових деформацій обличчя є своєчасне проведення пластичних оперативних втручань. Якщо утворилися деформуючі рубці або мікростома, через рік після опіку проводяться реконструктивні операції.

ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ ЩІД У ДІТЕЙ

