

**НЕВОГНЕПАЛЬНІ
ПОШКОДЖЕННЯ
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ
ДІЛЯНКИ**

Полтава – 2012

**Міністерство Охорони здоров'я України
Центральний методичний кабінет з вищої освіти
Вищий Державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»**

УДК 616. 716. 8-001. 089

НЕВОГНЕПАЛЬНІ ПОШКОДЖЕННЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

**Навчальний посібник для самостійної роботи студентів
стоматологічних факультетів вищих медичних закладів
освіти III – IV рівнів акредитації
за загальною редакцією проф. Рибалова О.В.**

Полтава – 2012

Автори: доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ВДНЗУ «УМСА», кандидат медичних наук **Яценко Ігор Володленович**; доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ВДНЗУ «УМСА», кандидат медичних наук **Саяпіна Лада Михайлівна**; доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ВДНЗУ «УМСА», кандидат медичних наук **Волошина Людмила Іванівна**; асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ВДНЗУ «УМСА», кандидат медичних наук **Ахмеров Вячеслав Джаудатович**; під загальною редакцією завідувача кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ВДНЗУ «УМСА», професора, доктора медичних наук **Рибалова Олега Васильовича**.

Навчальний посібник присвячений актуальній проблемі сучасної хірургічної стоматології та щелепно-лицевій хірургії – діагностиці та лікуванню невогнепальних травматичних ушкоджень м'яких тканин та кісток щелепно-лицевої ділянки. В практикум увійшли питання з особливостей хірургічної анатомії щелепно-лицевої ділянки, морфологічні зміни, які відбуваються в ділянці травми, алгоритми дій лікаря при діагностиці та лікуванні конкретного виду травми. Крім того мається перелік необхідного матеріально-технічного забезпечення при лікуванні цього контингенту хворих. Матеріали посібника відповідають навчальній програмі з предмету та розраховані на студентів та інтернів стоматологічного фаху.

Зміст посібника для самостійної роботи орієнтований на вимоги ОКЗ та ОПП з фаху «стоматологія» щодо набуття практичних навичок з діагностики та лікування постраждалих з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки.

РЕЦЕНЗЕНТИ:

– в.о. завідувача кафедри хірургічної стоматології Харківського національного медичного університету д. мед. н., професор **Г.П.Рuzін**

– завідувач кафедри загальної стоматології факультету інтернатури та післядипломної освіти Донецького національного медичного університету ім. М.Горького МОЗ України д. мед. н., професор **С.П.Ярова**

ISBN 978-966-8892-78-3

З М І С Т

ВСТУП	1
РОЗДІЛ 1. Хірургічна анатомія щелепно-лицевої ділянки.....	2
РОЗДІЛ 2. Механічні невогнепальні пошкодження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.....	37
2.1. Самостійна робота з діагностики пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.....	38
2.2. Самостійна робота в розділі лікування пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.....	48
РОЗДІЛ 3. Механічні невогнепальні пошкодження зубів та альвеолярних відростків.....	53
3.1. Самостійна робота з діагностики пошкоджень зубів та альвеолярних відростків щелеп.....	54
3.2. Самостійна робота з лікування пошкоджень зубів та альвеолярних відростків щелеп.....	70
РОЗДІЛ 4. Механічні невогнепальні пошкодження нижньої щелепи.....	83
4.1. Самостійна робота з діагностики пошкоджень нижньої щелепи.....	85
4.2. Самостійна робота з лікування вивихів та переломів нижньої щелепи.....	130
РОЗДІЛ 5. Механічні невогнепальні пошкодження кісток середньої зони обличчя.....	155
5.1. Пошкодження верхньої щелепи.....	155
5.1.1. Самостійна робота з діагностики пошкоджень верхньої щелепи.....	156
5.1.2. Самостійна робота з лікування переломів верхньої щелепи.....	170
5.2. Механічні невогнепальні пошкодження виличної кістки та дуги.....	177
5.2.1. Самостійна робота з діагностики пошкоджень вилицевої кістки та дуги.....	179
5.2.2. Самостійна робота з лікування переломів вилицевої кістки та вилицевої дуги.....	181
5.3. Механічні невогнепальні пошкодження кісток носа.....	184
5.3.1. Самостійна робота з діагностики ушкоджень кісток носа.....	186
5.3.2. Самостійна робота з лікування перелом кісток носа.....	187
РОЗДІЛ 6. Харчування і догляд за постраждалими з травмою щелепно-лицевої ділянки.....	189
6.1. Методи харчування постраждалих з щелепно-лицевою травмою....	189
6.2. Загальний і спеціалізований догляд за постраждалими.....	193
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	203

ВСТУП

Одним з головних напрямків у програмі підготовки лікаря-стоматолога є вивчення розділу травматології щелепно-лицевої ділянки. Це обумовлено тим, що лікарям-стоматологам будь-якого профілю, припадає в тієї або іншій мірі займатися обстеженням і лікуванням хворих з травмою лица та органів порожнини рота або з її наслідками.

Достатньо сказати, що на сьогоднішній день від 30% до 50% хворих щелепно-лицевих стаціонарів - це пацієнти з ушкодженнями м'яких тканин обличчя та щелеп. При цьому в їхньому лікуванні беруть участь не тільки щелепно-лицеві хірурги, але і стоматологи-терапевти, стоматологи-ортопеди.

З огляду на вимоги до кваліфікаційної характеристики лікаря-стоматолога, з побажань випускників академії, з багаторічного досвіду кафедри по викладанню травматології щелепно-лицевої ділянки ми спробували висвітлити цей програмний матеріал у вигляді практичних рекомендацій стосовно до окремих видів найбільш поширених ушкоджень.

На перше місце при цьому поставлений принцип своєчасного кваліфікованого надання невідкладної та спеціалізованої допомоги постраждалим, від чого в загалі залежать найближчі та віддалені результати лікування.

Сподіваємося, що цей навчальний посібник допоможе студентам, інтернам, магістрантам, клінічним ординаторам стоматологічного фаху на практиці відтворити прийоми і методи діагностики та лікування хворих з ушкодженнями щелепно-лицевої локалізації.

РОЗДІЛ 1

ХІРУРГІЧНА АНАТОМІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Кожна травма (механічна, фізична, хімічна) супроводжується порушенням цілісності тканин організму. Глибина і площа поразки залежать від характеру предмета, що ранить, напрямку сили його дії, анатомічної області, де прикладена сила, будівлі тканин, що були пошкоджені.

Чітке знання топографічних взаємовідносин м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки, лицевих кісток дозволить лікарю стоматологу в екстремальних ситуаціях зробити первинну хірургічну обробку ран м'яких тканин, репозицію, фіксацію та іммобілізацію пошкоджених кісткових структур.

ДІЛЯНКИ ОБЛИЧЧЯ

1. *Ділянка орбіти (regio orbitalis)* - парна, відповідає межах орбіт.
2. *Ділянка носа (regio nasalis)* - непарна, відповідає контурам зовнішнього носа.
3. *Підочна ділянка (regio infraorbitalis)* - парна, розташована зовні від носової ділянки, нижче очноямкової; позаду граничить із вилицевою ділянкою, а знизу - із щічною ділянкою.
4. *Вилицева ділянка (regio zigomatica)* - парна, відповідає контурам тіла вилицевої кістки.
5. *Щічна ділянка (regio buccalis)* - парна, відмежована від носової і ротової ділянок носогубною борозною, *sulcus nasolabialis*, задній край її досягає привушножувальної ділянки, а нижньою межею ділянки є край нижньої щелепи.
6. *Ділянка рота (regio oralis)* - непарна, граничить поверх із носовою, знизу - із підборідною, а з боків - із щічними ділянками.
7. *Підборідна ділянка (regio mentalis)* - непарна, відокремлюється від ротової ділянки підборідногубною борозною (*sulcus mentolabialis*).

8. *Привушно-жувальна ділянка (regio parotideomasseterica)* парна, обмежена зверху виличною дугою, попереду – щічною ділянкою, а знизу досягає кута нижньої щелепи.

9. *Підпідборідна ділянка (regio submentale)* - обмежена з боків передніми черевцями двочеревних м'язів, знизу – тілом під'язикової кістки.

10. *Піднижньощелепова ділянка (regio submandibulare)* - парна, обмежена краєм тіла нижньої щелепи та двома черевцями двочеревного м'язу.

11. *Защелепова ділянка (regio retromandibulare)* - парна, обмежена гілкою нижньої щелепи та соскоподібним відростком.

ДІЛЯНКИ ШИЇ

Розрізняють такі ділянки шиї:

1. *Передня ділянка шиї (regio cervicales anterior)* - відповідає передньому трикутнику шиї (*trigonum cervicale anterius*); обмежена краєм нижньої щелепи і грудниноключичнососцеподібним м'язом.

2. *Грудниноключичнососцеподібна ділянка (regio sternocleidomastoidea)* - парна, відповідає контурам однойменного м'яза.

3. *Мала надключична ямка (fossa supraclavicularis minor)* обмежується ніжками *m. sternocleidomastoidei* і відповідним краєм ключиці.

4. *Латеральна ділянка шиї (regio cervicalis lateralis)* задній трикутник шиї (*trigonum cervicale posteriu*) - парна, обмежена попереду заднім краєм *m. sternocleidomastoidei*, позаду - краєм *m. trapezii* і знизу - ключицею. У нижній частині цій області розташовується велика надключична ямка (*fossa supraclavicularis major*).

5. *Задня ділянка шиї (regio cervicalis posterior) (regio nuchalis)*, обмежена зовнішніми краями *mm. trapezii*, непарна.

КІСТКОВА СИСТЕМА

Кісткову основу обличчя складають 14 кісток, з яких більшість парні - верхньощелепні, носові, виличні, слізні, піднебінні та нижні носові раковини. Непарних кісток дві - нижня щелепа та леміш.

У лицевому скелеті виділяють три зони: верхню, середню та нижню, остання утворена нижньою щелепою, яка з'єднується з основою черепа за допомогою скронево-нижньощелепного суглоба.

Верхня щелепа (maxilla) - парна, знаходиться у верхньопередній ділянці лицевого черепа, у середині обличчя. У кістці розрізняють тіло і чотири відростка *лобний, вилицевий, альвеолярний піднебінний*.

Тіло верхньої щелепи (*corpus maxillae*) має чотири поверхні: *очноямкову, передню, носову і підскроневу*.

Розрізняють такі відростки кістки:

Очноямкова поверхня (facies orbitalis) гладка, має форму трикутника, утворює нижню стінку *орбіти (orbita)*. Її медіальний край з'єднується з переду зі слізною кісткою, створюючи *слізньо-верхньощелепний шов*, по заду від слізної кістки - з очноямковою платівкою гратчастої кістки - *градчасто-верхньощелепний шов* і далі по заду - з очноямковим відростком піднебінної кістки - *піднебінно-верхньощелепний шов*. Передній край очноямкової поверхні гладкий і утворює вільний *підочний край (margo infraorbitalis)*. Зовні він зазублений і переходить у виличний відросток. Медиально підочний край утворює вигин до гори, загострюється і переходить у лобовий відросток, по якому тягнеться подовжній *передній слізний гребінь (crista lacrimalis anterior)*. У місця переходу в лобовий відросток внутрішній край очноямкової поверхні утворює *слізню вирізку (incisura lacrimalis)*, що разом із слізним гачком слізної кістки обмежує верхній отвір носослізного каналу.

Задній край очноямкової поверхні разом з паралельним йому нижнім краєм очноямкової поверхні великих крил клиноподібної кістки утворює *нижню очноямкову щілину (fissura orbitalis inferior)*. У середній частині нижньої стінки щілини є жолобок - *підочна борозна (sulcus infraorbitalis)*, що прямує до

переду, стає глибше і поступово переходить у *підочний канал (canalis infraorbitalis.)* У борозні і каналі залягають підочний нерв, артерія і вена. Канал описує дугу і відчиняється на передній поверхні тіла верхньої щелепи.

Підскронева поверхня (facies infratemporalis) верхньої щелепи, звернена до *підскроневої ямки (fossa infratemporalis)* та *крилоподібно-піднебінної ямки (fossa pterygopalatina)*, нерівна, часто опукла, утворює *бугор верхньої щелепи (tuber maxillae)*.

Передня поверхня верхньої щелепи (facies anterior) незначно вигнута. Нижче підочного краю на ній відчиняється досить великий *підочний отвір (foramen infraorbitale)*, нижче якого є невеличке поглиблення - *іклова ямка (fossa canina)*. Тут бере початок м'яз, що піднімає кут рота (*m. levator anguli oris*).

Внизу передня поверхня без помітної межі переходить у передню (щічну) поверхню *альвеолярного відростка (processus alveolaris)*, на якому є ряд опуклостей - *альвеолярні узвишшя (juga alveolaria)*.

Внутрішньо та попереду в напрямку до носа передня поверхня тіла верхньої щелепи переходить у гострий край *носової вирізки (incisura nasalis)*. По нижньому краю вирізка закінчується *передньою носовою остю (spina nasalis anterior)*. Носові вирізки обох верхньощелепних кісток обмежують *грушоподібний отвір (apertura piriformis)*, що веде в порожнину носа.

Носова поверхня (facies nasalis) верхньої щелепи більш складна. У верхньозадньому її куті є отвір - *верхньощелепна ущелина (hiatus maxillaris)*, яка веде у верхньощелепову пазуху. По заду від ущелини шорсткувата носова поверхня утворює шов із перпендикулярною платівкою піднебінної кістки. Тут по носовій поверхні верхньої щелепи вертикально проходить *велика піднебінна борозна (sulcus palatinus major)*. Вона складає одну зі стінок *великого піднебінного каналу (canalis palatinus major)*. По переду від верхньощелепової ущелини проходить *слізна борозна (sulcus lacrimalis)*, яка обмежена попереду заднім краєм лобового відростка верхньої щелепи. До слізної борозни прилягають угорі слізна кістка, насподі - слізний паросток нижньої носової

раковини. При цьому слізна борозна замикається в *носослізний канал (canalis nasolacrimalis)*.

Від верхнього краю носової поверхні відходить *лобовий відросток (processus frontalis)*. Він має медіальну (носову) і латеральну (лицеву) поверхні. Латеральну поверхню поділяє на дві ділянки - передню і задню *передній слізний гребінь (crista lacrimalis anterior)*. Задня ділянка донизу переходить у *слізну борозну (sulcus lacrimalis)*. Межею її зсередини служить *слізний край (margo lacrimalis)*, до якого прилягає слізна кістка, створюючи з ним *слізно-верхньощелеповий шов (sutura lacrimomaxillaris)*. На медіальній поверхні попереду проходить *гратчастий гребінь (crista ethmoidalis)*. Верхній край лобового відростка зазублений і з'єднується з носовою частиною лобової кістки, створюючи *лобноверхньощелеповий шов (sutura frontomaxillaris)*. Передній край лобового відростка з'єднується з носовою кісткою *носовверхньощелеповим швом (sutura nasomaxillaris)*.

Виличний відросток верхньої щелепи (processus zygomaticus) відходить від зовнішньовищелепного кута тіла. Шорсткуватий кінець виличного відростка і *вилічна кістка (os zygomaticum)* утворюють *вилічноверхньощелеповий шов (sutura zygomaticomaxillaris)*.

Піднебінний відросток (processus palatinus) являє собою горизонтально розташовану кісткову платівку, що відходить від внутрішнього нижнього краю носової поверхні тіла верхньої щелепи і разом із горизонтальною платівкою піднебінної кістки утворює кісткову перегородку між порожниною носа і порожниною рота. Внутрішніми шорсткуватими краями піднебінних відростків обидві верхньощелепні кістки з'єднуються, створюючи *серединний піднебінний шов (sutura palatina mediana)*. Справа і зліва від шва розташовується подовжній *піднебінний валик (torus palatinus)*.

У серединному піднебінному шві піднебінні відростки утворюють гострий крайовий виступ, спрямований убік порожнини носа, так називаний *носовий гребінь (crista nasalis)*, що прилягає до нижнього краю леміша і хрящової перегородки носа. Задній край піднебінного відростка стикається з

переднім краєм горизонтальної частини піднебінної кістки, створюючи з ним *поперечний піднебінний шов (sutura palatina transversa)*. Верхня поверхня піднебінних паростків гладка. Нижня поверхня шорсткувата, поблизу її заднього кінця є дві *піднебінні борозни (sulci palatini)*, що відокремлюються одна від іншої невеличкими *піднебінними остями (spinae palatinae)*. У борознах залягають судини і нерви. Правий і лівий піднебінні відростки у свого переднього краю утворюють овальної форми *різцеву ямку (fossa incisiva)*.

Альвеолярний відросток (processus alveolaris) відходить від нижнього краю тіла щелепи униз і описує дугу, спрямовану опуклістю вперед і зовні. Нижня поверхня цієї області - *альвеолярна дуга (arcus alveolaris)*. На ній є луночки - *зубні альвеоли (alveoli dentales)*, у яких знаходяться корені зубів. Обидва альвеолярних відростка з'єднуються й утворюють *міжверхньощелеповий шов (sutura intermaxillaris)*.

На верхній щелепі Le Fort виділено три лінії слабкого опору, де частіше зустрічаються переломи.

1. Лінія, яка починається від перенісся, потім проходить по внутрішній стінці очниці та по її дну до нижньоочничної щілини та по лобновилічному шву спускається на виличну кістку і звідси - на щелепний горб і крилоподібні відростки основної кістки.

2. Поперечна лінія, яка проходить в ділянці перенісся по внутрішній стінці орбіти та частково по її дну і крізь інфраорбітальний край вниз вертикально по щелепновилічному шву на альвеолярний відросток.

3. Лінія, яка проходить горизонтально на межі альвеолярного відростка та тіла щелепи від грушоподібної вирізки у напрямку до щелепного горба.

Верхня щелепа щільно межує з порожнинами черепа: зверху - з очною ямкою, з медіального боку - з порожниною носа, знизу - з порожниною рота. Задня поверхня горба верхньої щелепи бере участь в утворенні підскроневої та крилопіднебінної ямок.

Носова кістка (os nasale) парна, має форму чотирикутника, трохи подовжена і декілька опукла до переду. Її верхній край сполучений з носовою

частиною лобної кістки, латеральний - з переднім краєм лобного відростка верхньої щелепи.

Передня поверхня кістки гладка і продірявлена одним або декількома отворами. Задня поверхня злегка увігнута і має *гратчасту борозну (sulcus ethmoidalis)* - місце залягання переднього гратчастого нерва. Внутрішніми, злегка зазубленими краями, обидві носові кістки утворюють *міжносовий шов (sutura internasalis)*, на якому розташовується подовжній жолобок.

Обидві кістки своїми внутрішніми поверхнями прилягають до носової ості лобної кістки і перпендикулярної платівки гратчастої кістки.

Вилична кістка (os zygomaticum) парна, входить до складу бічних відділів середньої зони лицевого черепа. На ній розрізняють три поверхні. Зовні звернена *латеральна поверхня (facies lateralis)*, неправильно-чотирикутної форми, опукла, особливо в області виступаючого горба.

Спрямована внутрішньо та увігнута зпереду *очноюмкова поверхня (facies orbitalis)* входить до складу зовнішньої і нижньої стінок очниці; з бічною поверхнею сходиться гострим дугоподібним краєм, що доповнює насподі, *нідочний край (margo infraorbitalis)*.

Скронева поверхня (facies temporalis) виличної кістки звернена убік скроневої ямки. Від верхнього кута тіла кістки відходить *лобовий відросток (processus frontalis)*. Він з'єднується з виличним відростком лобної кістки, створюючи *лобновиличний шов (sutura frontozygomatica)*, а з великим крилом клиноподібної кістки утворює *клиноподібновиличний шов (sutura sphenozygomatica)*. По задньому краю верхньої третини лобового відростка виличної кістки розташовується *крайовий горбок (tuberculum marginale)*. На очноюмковій поверхні лобового відростка часто є добре виражене *очноюмкове узвишшя (eminentia orbitalis)*.

З'єднуючись із верхньою щелепою вилична кістка утворює *виличноверхньощелеповий шов (sutura zygomaticomaxillaris)*.

На очноюмковій поверхні кістки є *виличноочний отвір (foramen zygomaticoorbitale)*, який веде в канал, що роздвоюється усередині кістки. Одна

гілка цього каналу відчиняється на передній поверхні кістки у вигляді *випинчового отвору (foramen zygomaticofaciale)*, інша - на скроневої поверхні у вигляді *випинчового отвору (foramen zygomaticotemporale)*. Через ці канали проходять відповідні нерви.

Від заднього кута випинчної кістки відходить *скроневий відросток (processus temporalis)*. Він з'єднується з випинчним відростком скроневої кістки за допомогою *скронево-випинчного шва (sutura temporozygomatica)*, створюючи *випинчну дугу (arcus zygomaticus)*.

Найміцнішим контрфорсом є система випинчної дуги. Вона приймає силу тиску від другого малого та двох великих корінних зубів, тобто від головної робочої частини зубної дуги. Напруження, яке передається на випинчну дугу, нейтралізується опором кісток основи черепа. На них тиск передається різними шляхами: вздовж зовнішнього краю орбіти по тілу випинчної кістки, її лобноносовому відростку і переходить на випинчний відросток лобової кістки, по випинчній дузі на скроневу кістку та вздовж нижнього краю орбіти вгору всередину та амортизується опором середніх відділів лобової кістки.

Крім цього основного випинчного контрфорсу є ще кілька другорядних. Лобноносовий контрфорс, який відповідає верхнім фронтальним зубам, знизу спирається на потовщені стінки третіх зубів (ікол) та передає напруження вгору по краю носового отвору до зовнішніх країв носових відростків лобових кісток. Крилопіднебінний контрфорс відповідає кінцям альвеолярних відростків. Він утворений крилоподібним відростком основної кістки та висхідними платівками піднебінних кісток. Сили напруження тут передаються до задньої поверхні горба верхньої щелепи.

Слізна кістка (os lacrimale) парна, розташовується в передньому відділі медіальної стінки очниці, має форму довгастої чотирикутної платівки. Верхній край її з'єднується з очноямковою частиною лобової кістки, створюючи *лобнослізний шов (sutura frontolacrimalis)*, задній - з переднім краєм очноямкової платівки гратчастої кістки й утворює *гратчастослізний шов (sutura ethmoidolacrimalis)*. Нижній край слізної кістки на межі з очноямковою

поверхнею верхньої щелепи утворює *слізноверхньощелеповий шов (sutura lacrimomaxillaris)*, а зі слізним відростком нижньої раковини - *слізнораковинний шов (sutura lacrimoconchalis)*. По переду кістка з'єднується з лобовим відростком верхньої щелепи, створюючи *слізноверхньощелеповий шов (sutura lacrimomaxillaris)*.

Кістка прикриває передні осередки гратчастої кістки і несе на своїй латеральній поверхні *задній слізний гребінь (crista lacrimalis posterior)*, що поділяє її на задній відділ - більший, і передній - менший. Гребінь закінчується виступом - *слізним гачком (hamulus lacrimalis)*. Останній спрямований до слізної борозни на лобовому відростку верхньої щелепи. Задній відділ (сплющений) і передній (увігнутий) утворюють *слізну борозну (sulcus lacrimalis)*. Ця борозна разом із *слізною борозною верхньої щелепи (sulcus lacrimalis maxillae)* утворює *ямку слізного мішка (fossa sacci lacrimalis)*, що продовжується в *носослізний канал (canalis nasolacrimalis)*. Канал відчиняється в *нижній носовий хід (meatus nasalis inferior)*.

Піднебінна кістка (os palatinum) - парна. Вона являє собою вигнуту платівку, що лежить у задньому відділі носової порожнини, укладаючи частину дна цієї порожнини - *кісткове піднебіння (palatum osseum)* і її бічну стінку. У ній розрізняють *горизонтальну і перпендикулярну платівки*.

Горизонтальна платівка (lamina horizontails) кожній із піднебінних кісток, з'єднуючись разом по серединній лінії кісткового піднебіння, бере участь в утворенні задньої частини серединного піднебінного шва, а з'єднуючись із двома, лежачими по переду, піднебінними відростками верхньощелепових кісток, утворює *поперечний піднебінний шов (sutura palatina transversa)*.

Верхня, *носова, поверхня (fades nasalis)* горизонтальної платівки звернена в порожнину носа, а нижня - *піднебінна поверхня (fades palatina)*, є частиною *кісткового піднебіння (palatum osseum)* - верхньою стінкою власне порожнини рота (*cavitas oris propria*).

На задньомедіальному краю горизонтальної платівки є *задня носова ость* (*spina nasalis posterior*), по медіальному краю - *носовий гребінь* (*crista nasalis*). Верхня поверхня кожної горизонтальної платівки злегка увігнута і гладка, нижня - шорсткувата.

Від зовнішнього відділу основи перпендикулярної платівки відходить товстий *пірамідальний відросток* (*processus pyramidalis*). На нижній поверхні пірамідального відростка є 1-2 отвори - *малі піднебінні отвори* (*foramina palatina minora*), входи в *малі піднебінні канали* (*canales palatini minores*), у яких проходять однойменні нерви. По переду від них, по латеральному краю горизонтальної платівки, на нижній її стороні нижній край великої піднебінної борозни утворює із таким же краєм борозни на верхній щелепі *великий піднебінний отвір* (*foramen palatinum majore*), що розташовується в піднебінноверхньощелеповому шві.

Перпендикулярна платівка (*lamina perpendicularis*) піднебінної кістки утворює прямий кут із горизонтальною платівкою. Ця тонка кісткова платівка прилягає до переднього краю медіальної поверхні крилоподібного відростка і до заднього відділу носової поверхні тіла верхньої щелепи. На *верхньощелеповій поверхні* (*facies maxillaris*) є *велика піднебінна борозна* (*sulcus palatinus major*), що з однойменною борозною верхньої щелепи і крилоподібним відростком утворює *великий піднебінний канал* (*canalis palatinus major*), що відчиняється на кістковому піднебінні *великим піднебінним отвором* (*foramen palatinum majore*).

На *носовій поверхні* (*facies nasalis*) перпендикулярної платівки піднебінної кістки є *раковинний гребінь* (*crista conchalis*) - слід зрощення з заднім відділом нижньої носової раковини.

Верхній край перпендикулярної платівки закінчується двома відростками: *очнюмковим відростком* (*processus orbitalis*) і *клиноподібним відростком* (*processus sphenoidalis*), що один від іншого відокремлює *клиноподібнопіднебінна вирізка* (*incisura sphenopalatina*). Остання з

прилягаючим тут тілом клиноподібної кістки утворює *клиноподібнопіднебінний отвір (foramen sphenopalatinum)*.

Очноямковий відросток (processus orbitalis) прилягає до очноямкової поверхні верхньої щелепи; на ньому часто зустрічається осередок, що з'єднується з задніми осередками гратчастої кістки.

Клиноподібний відросток (processus sphenoidalis), підходить до нижньої поверхні тіла клиноподібної кістки, її раковині і крилам леміша.

Нижня носова раковина (concha nasalis inferior), парна, являє собою вигнуту кісткову платівку і має три відростка: верхньощелепний, слізний і гратчастий.

Верхньощелепний відросток (processus maxillaris) утворює із кісткою гострий кут; у цей кут входить нижній край верхньощелепної ущелини.

Слізний відросток (processus lacrimalis) з'єднує нижню носову раковину зі слізною кісткою.

Гратчастий відросток (processus ethmoidalis) відходить від місця з'єднання щелепного відростка з тілом кістки і виступає у верхньощелепову пазуху.

Леміш (vomer) являє собою непарну, витягнуту у вигляді ромба, платівку, що утворює задній відділ носової перегородки.

Верхній край леміша товщий за інші. Його розділяє *борозна (sulcus vomeris)* на два відігнутих відростка – *крила леміша (alae vomeris)*. Вони прилягають до нижньої поверхні тіла клиноподібної кістки й охоплюють її дзьоб, створюючи *клиноподібнолемішевий шов (sutura sphenovomeriana)*. Ця ділянка - *клиноподібна частина леміша (pars cuneiformis vomeris)*.

Задній край кістки - *хоанний гребінь (crista choanalis vomeris)*, трохи загострений, розділяє задні отвори носової порожнини – *хоани (choanae)*.

Передній і нижній краї шорсткуваті. Нижній край з'єднується з носовим гребенем верхньої щелепи і піднебінної кістки, а передній (скошений) - угорі з перпендикулярною платівкою гратчастої кістки, насподі - із хрящем перегородки носа.

Нижня щелепа (*mandibula*) непарна. У кістці розрізняють *тіло* і два відростка, називаних *гілками*, які йдуть від заднього кінця тіла нагору.

Тіло нижньої щелепи (*corpus*) утворюється з двох половин, що з'єднуються по середній лінії та зростаються у одну кістку на першому році життя. На тілі розрізняють нижній край – *основу нижньої щелепи* (*basis mandibulae*) і верхній - *альвеолярну частину* (*pars alveolaris*).

На зовнішній поверхні тіла, у середніх її відділах, знаходиться невеличкий *підборідний виступ* (*protuberantia mentalis*), зовні від котрого відразу ж виступає *підборідний горбок* (*tuberculum mentale*). До гори і зовні від цього бугорка лежить *підборідний отвір* (*foramen mentale*) - місце виходу судин і підборідного нерва. Позаду від підборідного отвору направляється до гори *коса лінія* (*linea obliqua*), що переходить у передній край гілки нижньої щелепи.

Вгорі нижня щелепа обмежена дугоподібним вільним краєм - *альвеолярною дугою* (*arcus alveolaris*). У альвеолярній дузі 16 (по 8 із кожної сторони) *зубних альвеол* (*alveoli dentales*), відділених одна від іншої *межалвеолярними перегородками* (*septa interalveolaria*).

На внутрішній поверхні тіла нижньої щелепи, поблизу серединної лінії, знаходиться одиночна або роздвоєна *підборідна ость* (*spina mentalis*) - місце початку підборідно-під'язикового і підборідно-язикового м'язів. У нижнього краю її є поглиблення - *двочеревна ямка* (*fossa digastrica*), місце прикріплення двочеревного м'яза. На латеральних ділянках внутрішньої поверхні з кожної сторони в напрямку до гілки нижньої щелепи косо проходить *щелепно-під'язикова лінія* (*linea mylohyoidea*).

Вище щелепнопід'язикової лінії, ближче до під'язичкової ості, знаходиться *під'язикова ямка* (*fovea sublingualis*) - слід прилягаючої під'язикової залози, а нижче і позаду від цієї лінії - часто слабо виражена *піднижньощелепова ямка* (*fovea submandibularis*) - слід прилягання піднижньощелепової залози.

Гілка нижньої щелепи (*ramus mandibulae*) являє собою широку кісткову платівку, що піднімається від заднього кінця тіла нижньої щелепи нагору і

косо, створюючи з нижнім краєм тіла *кут нижньої щелепи (angulus mandibulae)*.

На зовнішній поверхні гілки, в області її кута, знаходиться шорсткувата поверхня - *жувальна горбистість (tuberositas masseterica)* - місце прикріплення однойменного м'яза. На внутрішній стороні, відповідно жувальної горбистості, знаходиться менша шорсткість - *крилоподібна горбистість (tuberositas pterygoidea)* - місце прикріплення медіального крилоподібного м'яза.

На середині внутрішньої поверхні гілки є *отвір нижньої щелепи (foramen mandibulae)*, обмежений з середини і попереду невеличким кістковим виступом - *язичком нижньої щелепи (lingula mandibulae)*. Цей отвір веде в *канал нижньої щелепи (canalis mandibulae)*, у якому проходять судини і нерви. Канал залягає в товщі губчастої речовини кістки. На передній поверхні тіла нижньої щелепи він має вихід - *підборідний отвір (foramen mentale)*.

Від отвору нижньої щелепи униз і вперед, по верхній межі крилоподібної горбистості, проходить *щелепноід'язикова борозна (sulcus mylohyoideus)* - слід залягання однойменних судин і нервів. Іноді ця борозна або частина її прикривається кістковою платівкою, перетворюючись у канал. Декілька вище і по переду від отвору нижньої щелепи розташовується *нижньощелеповий валик (torus mandibularis)*.

На верхньому кінці гілки нижньої щелепи є два відростка, які розділяє *вирізка нижньої щелепи (incisura mandibulae)*. Передній, *вінцевий відросток (processus coronoideus)* на внутрішній поверхні часто має шорсткість, обумовлену прикріпленням скроневого м'яза. Задній, *мищелковий відросток (processus condylaris)* закінчується *голівкою нижньої щелепи (caput mandibulae)*. Остання має еліпсоподібну суглобну поверхню, що бере участь разом із скроневою кісткою черепа в утворенні *скронево-нижньощелепового суглоба (articulatio temporomandibularis)*.

Голівка переходить у *шийку нижньої щелепи (collum mandibulae)*, на внутрішній стороні якої помітна *крилоподібна ямка (fovea pterygoidea)* - місце прикріплення латерального крилоподібного м'яза.

Скронево-нижньощелепний суглоб належить до блокоподібних. Обидва суглоби функціонують одночасно і тому становлять одне комбіноване з'єднання. В ньому можливі такі рухи: піднімання та опускання нижньої щелепи з одночасним закриванням або відкриванням рота; зміщення щелепи вперед та назад; бокові рухи праворуч та ліворуч.

На нижній щелепі до слабких місць належать:

1. Середня лінія від нижньощелепного краю до альвеолярного відростка в ділянці центральних різців.
2. Ділянка підборідного отвору між іклом і першим малим корінним зубом.
3. Ділянка кута щелепи між нижнім краєм щелепи та ямкою третього великого корінного зуба.
4. Ділянка шийки суглобового відростка.

М'ЯЗИ ШИЇ

М'язи шиї (mm. colii) утворюють два прошарки - поверхневий і глибокий. У кожному прошарку м'язів можна виділити бічну і серединну групи.

ПОВЕРХНЕВІ М'ЯЗИ ШИЇ

До бічної групи відносяться:

Підшкірний м'яз шиї (m. platysma) у вигляді тонкої м'язової пластини розташовується під шкірою шиї, щільно зростаючись із нею. М'язові пучки цього м'яза починаються в грудній ділянці на рівні II ребра, направляються нагору і медіально. У краю нижньої щелепи медіальні пучки м'яза переплітаються з пучками однойменного м'яза протилежної сторони і прикріплюються до краю нижньої щелепи; латеральні пучки м'яза переходять на обличчя, де вплітаються в привушножувальну фасцію і досягають кута рота.

Функція м'язу: натягує шкіру шиї, опускає нижню щелепу і відтягає кут рота ззовні і донизу.

Іннервація: n. colli (гілка n. facialis).

Кровообіг: a. cervicalis superficialis, a. facialis.

Грудниноключичнососкоподібний м'яз (m. sternocleidomastoideus)

розташовується під m. platysma, косо спіралеподібно перетинає область шиї від соскоподібного відростку до грудниноключичного зчленування. М'яз починається двома ніжками: латеральною ніжкою – від груднинного кінця ключиці і медіальною ніжкою – від передньої поверхні ручки груднини. Обидві ніжки з'єднуються під гострим кутом таким чином, що пучки медіальної ніжки розташовуються більш поверхово. М'язове черевце, що утворилося, направляє догори та назад і прикріплюється до соскоподібного відростку скроневої кістки і верхньої вийної лінії.

Між медіальною і латеральною ніжками m. sternocleidomastoidei утворюється невеличке поглиблення - *мала надключична ямка (fossa supraclavicularis minor)*, а між медіальними ніжками лівого і правого грудниноключичнососкоподібних м'язів, над яремної вирізкою ручки груднини – яремна ямка (fossa jugularis).

Функція м'язу: одностороннє скорочення м'язу нахилиє голову у свій бік, а обличчя при цьому повертається в протилежну сторону; при двосторонньому скороченні м'язу голова закидається доверху і декілька висувається уперед; при укріпленій голові м'яз тягне нагору ключицю і груднину.

Іннервація: n. externus, n. accessori, n. cervicalis (C_{II}-C_{IV}).

Кровообіг: aa. occipitalis, sternocleidomastoidea, thyroidea superior.

До серединної групи належать:

Група підпід'язикових м'язів.

Груднинопід'язиковий м'яз (m. sternohyoideus) починається від задньої поверхні ключиці, суглобової капсули грудниноключичного суглобу і ручки груднини. Прямуючи нагору, м'яз досягає тіла під'язикової кістки, де прикріплюється нижче m. mylohyoidei.

Функція м'язу: тягне під'язикову кістку донизу.

Іннервація: radix superior ansae cervicalis (C_I-C_{III}).

Груднинощитоподібний м'яз (*m. sternothyroideus*) розташовується за попереднім м'язом. Починається від задньої поверхні хряща I ребра і ручки груднини, прямує нагору і прикріплюється до косої лінії на боковій поверхні щитоподібного хряща гортані.

Функція м'язу: тягне гортань донизу.

Іннервація: radix superior ansae cervicalis (C_I-C_{III}).

Щитопід'язиковий м'яз (*m. thyrohyoideus*) є як би продовженням попереднього м'язу. Починається від косої лінії щитоподібного хряща, йде нагору і прикріплюється по краю великого рога під'язикової кістки.

Функція м'язу: наближає під'язикову кістку до гортані; при фіксованій під'язиковій кістці піднімає гортань.

Іннервація: n. thyrohyoideus ansae cervicalis (C_I-C_{II}).

М'яз, що піднімає щитоподібну залозу (*m. levator gl. thyroideae*), непостійний, являє собою тонкий м'язовий пучок, протягнений по медіальному краю щитопід'язикового м'язу від тіла під'язикової кістки або від щитоподібного хряща до капсули щитоподібної залози.

Функція м'язу: підтягає капсулу і з нею щитоподібну залозу.

Лопатковопід'язиковий м'яз (*m. omohyoideus*) має два черевця –верхнє та нижнє, що приблизно на середині довжини м'язу з'єднуються сухожильною перетинкою. *Верхнє черевце* (*venter superior*) починається від нижнього краю тіла під'язикової кістки, ззовні від прикріплення *m. sternohyoidei*, і прямує униз уздовж зовнішнього краю цього м'язу. Потім, відхиляясь до заду, розташовується за *m. sternocleidomastoidei*, де переходить у сухожильну перетинку. *Нижнє черевце* (*venter inferior*) починаясь від сухожильної перетинки, виходить з-під зовнішнього краю *m. sternocleidomastoidei* і направляється дозаду і трохи донизу і досягає вирізки лопатки, де прикріплюється до верхнього краю лопатки і *lig. transversum scapulae superius*.

Функція м'язу: при фіксованій лопатці тягне під'язикову кістку донизу і назовні.

Іннервація: radix superior ansae cervicalis (C_I-C_{III}).

Кровообіг усіх м'язів, що лежать нижче під'язикової кістки, забезпечується кров'ю з aa. thyroidea inferior, cervicalis superficialis.

ГЛИБОКІ М'ЯЗИ ШИЇ

До бічної групи належать:

Передній сходовий м'яз (*m. scalenus anterior*) починається від передніх бугорків III-VI шийних хребців, прямує униз і вперед і прикріплюється до tuberculum m. scaleni anterioris I ребра.

Функція м'язу: при фіксованому хребцевому стовпі тягне I ребро вгору; при укріпленій грудній клітці й однобічному скороченні нахиляє шийний відділ хребта у свою сторону, а при двобічному скороченні – уперед.

Іннервація: nn. cervicales (C_V-C_{VII}).

Кровообіг: aa. cervicalis ascendens, thyroidea inferior.

Середній сходовий м'яз (*m. scalenus medius*) починається від передніх бугорків шести верхніх шийних хребців, прямує униз за переднім сходовим м'язом і прикріплюється до верхньої поверхні I ребра за борозною підключичної артерії. Над зазначеною борозною, між переднім і середнім сходовими м'язами, є трикутна щілина, у якій залягають підключична артерія (*a. subclavia*) і нервові стовбури плечового сплетення (*n. plexus brachialis*).

Функція м'язу: при фіксованому хребті піднімає I ребро; при фіксованій грудній клітці нахиляє шийний відділ хребта вперед.

Іннервація: nn. cervicales (C_{III}-C_{VIII}).

Кровообіг: aa. vertebralis, cervicalis profunda.

Задній сходовий м'яз (*m. scalenus posterior*) починається від задніх бугорків V-VI (іноді виступаючих) шийних хребців, прямує униз за середнім сходовим м'язом і прикріплюється до зовнішньої поверхні II ребра.

Функція м'язу: при фіксованому хребті піднімає II ребро; при фіксованій грудній клітці і двобічному скороченні нахиляє шийний відділ хребта вперед.

Іннервація: nn. cervicales (C_{VII}-C_{VIII}).

Кровопостачання: aa. cervicalis profunda et transversa colli, intercostalis posterior I (truncus costocervicalis).

Найменший сходовий м'яз (m. scalenus minimus) непостійний, розташовується декілька досередини від m. scalenus anterior. Починається від поперечного відростка III шийного хребця і прикріплюється на внутрішньому краї I ребра перед tuberculum m. scaleni anterioris і до купола плеври.

Функція м'язу: при укріпленому хребті тягне в гору I ребро і купол плеври.

Іннервація: nn. cervicales (C_V-C_{VII}).

Кровопостачання: a. cervicalis ascendens.

До серединної групи належать:

Довгий м'яз шиї (**m. longus colli**), який займає передньобічну поверхню тіл хребців – від атланта до III-IV грудних хребців. Середні відділи м'язу дещо розширені. М'язові пучки мають різноманітну довжину, тому в м'язі розрізняють три частини: а) медіальновертикальна частина починається від тіл хребців від V шийного до III грудного і йде нагору і медіально, прикріплюється до передньої поверхні тіл III-II шийних хребців і tuberculum anterius atlantis; б) верхня коса частина йде від передніх горбиків ребернопоперечних відростків II-V шийних хребців до тіла II шийного хребця і tuberculum anterius atlantis; в) нижня коса частина починається від тіл трьох верхніх грудних хребців, направляється нагору і латерально і прикріплюється до передніх горбиків ребернопоперечних відростків трьох нижніх шийних хребців (V-VII).

Функція м'язу: нахилає шийний відділ хребта вперед і у свій бік.

Іннервація: nn. cervicales (C_{III}-C_{VIII}).

Кровопостачання: aa. vertebralis, cervicalis ascendens et cervicalis profunda.

Довгий м'яз голови (m. longus capitis) починається від передніх горбиків III-VI шийних хребців, прямує нагору і прикріплюється до нижньої поверхні базилярної частини потиличної кістки дещо до заду від глоткового горбика.

Функція м'язу: нахилиє голову і шийний відділ хребта вперед.

Іннервація: nn. cervicales (C_I-C_{IV}).

Кровопостачання: aa. vertebralis, cervicalis profunda.

М'язи піднижньощелепової ділянки

Двочеревний м'яз (m. digastricus) має два черевця – переднє та заднє.

Переднє черевце (venter anterior) починається від двочеревної ямки нижньої щелепи, йде назад й униз і переходить у сухожилля, що відростком предтрахеальної платівки фасції шиї укріплено до тіла під'язикової кістки. Це сухожилля, загинаючись назад й у гору, переходить у *заднє черевце (venter posterior)*, що прикріплюється до соскоподібної вирізки скроневої кістки. Між обома черевцями і краєм нижньої щелепи знаходиться поглиблення – *піднижньощелеповий трикутник (trigonum submandibulare)*, у якому залягає піднижньощелепова залоза (gl. submandibularis).

Функція м'язу: при фіксованій під'язиковій кістці опускає нижню щелепу; при фіксованій нижній щелепі – тягне під'язикову кістку догори.

Іннервація: переднє черевце – n. mylohyoideus, n. trigeminus; заднє – n. digastricus (гілка n. facialis).

Кровопостачання: переднє черевце – a. submentalis; заднє – aa. occipitalis, auricularis posterior.

Шилопід'язиковий м'яз (m. stylohyoideus) починається від шилоподібного відростка скроневої кістки, йде вперед і униз та розташовується уздовж передньої поверхні заднього черевця двочеревного м'яза. Дистальний кінець м'язу розщеплюється і, охоплюючи двома ніжками сухожилля двочеревного м'язу, прикріплюється до тіла і великого рога під'язикової кістки.

Функція м'язу: тягне під'язикову кістку до заду, догори і назовні.

Іннервація: n. stylohyoideus (гілка n. facialis).

Кровопостачання: aa. occipitalis, facialis, suprahyoideus, lingualis.

Щелепнопід'язиковий м'яз (m. mylohyoideus) має неправильну трикутну форму. Починається від щелепнопід'язикової лінії нижньої щелепи. Пучки м'язу

направляються зверху донизу і декілька ззаду наперед і на серединній лінії зустрічаються з пучками однойменного м'язу протилежної сторони, створюючи шов щелепнопід'язикового м'язу. Задні пучки м'язу прикріплюються до передньої поверхні тіла під'язикової кістки. Обидва щелепнопід'язикових м'яза беруть участь в утворенні дна порожнини рота і мають назву – діафрагма рота.

Функція м'язу: при фіксованій нижній щелепі м'яз тягне під'язикову кістку нагору і до переду; при фіксованій під'язиковій кістці бере участь в опусканні нижньої щелепи.

Іннервація: n. mylohyoideus (гілка n. trigeminus).

Кровопостачання: aa. sublingualis, submentalіs.

Підборіднопід'язиковий м'яз (m. geniohyoideus) починається від підборідної ості нижньої щелепи, йде униз і трохи дозад, розташовується над m. mylohyoideus і прикріплюється до передньої поверхні тіла під'язикової кістки.

Функція м'язу: тягне вперед і нагору під'язикову кістку; при фіксованій під'язиковій кістці бере участь в опусканні нижньої щелепи.

Іннервація: nn. cervicales (C_I-C_{II}).

Кровопостачання: aa. sublingualis, submentalіs.

М'ЯЗИ ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

М'язи обличчя, скорочуючись зміщують ділянки шкіри і тим самим надають обличчю різноманітного виразу – обумовлюють міміку, тому їх називають мімічними. ***Мімічні м'язи*** групуються переважно навколо природних отворів обличчя. Ці отвори під дією мімічних м'язів або зменшуються до повного закриття, або збільшуються, тобто розширюються.

Відповідно до цього всі мімічні м'язи поділяють на 3 групи:

м'язи, що оточують очну щілину;

м'язи, що оточують ротову щілину;

м'язи, що оточують ніздрі.

Жувальні м'язи (*mm. masticatores*) розвиваються з першої зябрової дуги. Скорочуючись, вони зміщують нижню щелепу і тим самим обумовлюють акт жування. Жувальні м'язи мають рухливу точку прикріплення на нижній щелепі, а нерухому (початок) – на кістках черепа.

Розрізняють чотири пари жувальних м'язів: 1) власне жувальний м'яз; 2) скроневий м'яз; 3) латеральний крилоподібний м'яз; 4) медіальний крилоподібний м'яз.

МІМІЧНІ М'ЯЗИ

М'ЯЗИ, ЩО ОТОЧУЮТЬ ОЧНУ ЩІЛИНУ:

М'яз, що зморщує брови (*m. corrugator supercilii*), бере початок від лобної кістки, прямує нагору по ходу надбрівної дуги і прикріплюється до шкіри брів. Тут пучки м'яза переплітаються з м'язовими пучками *venter frontalis m. occipitofrontalis*.

Функція м'язу: веде шкіру брів до серединної лінії, створюючи вертикальні зморшки в ділянці перенісся (у міжбрівному проміжку).

Кровопостачання: aa. *frontalis, supraorbitalis, temporalis superficialis*.

М'яз гордійв (*m. procerus*) починається на спинці носа від носової кістки або від апоневрозу носового м'яза і прикріплюється до шкіри над переніссям.

Функція м'язу: при скороченні м'язу по обидва боки кореня носа утворюються поперечні складки.

Кровопостачання: aa. *angularis, supraorbitalis*.

М'яз, що опускає брови (*m. depressor supercilii*), починається більш вузькою своєю частиною від верхньої третини бокової частини носової кістки, ззовні від попереднього м'язу, і, поступово розширюючись, прямує в гору; прикріплюється до шкіри медіальної ділянки брів.

Функція м'язу: опускає брову донизу і декілька до середини.

Кровопостачання: aa. *angularis, supraorbitalis*.

Круговий м'яз ока (*m. orbicularis oculi*) розташовується під шкірою, що прикриває передні відділи очниці. У м'язі розрізняють три частини:

очноямкову, повікову і слізну. Всі три частини м'язу беруть початок в області медіального кута ока. *Очноямкова частина (pars orbitalis)* починається від lig. palpebrale mediale, лобового відростку верхньої щелепи, носової частини лобової кістки і впливає уздовж верхнього і нижнього країв очниці, створюючи м'язову кільце. Внутрішні пучки м'язу в ділянці lig. palpebrale laterale утворюють *латеральний шов повік (raphe palpebralis lateralis)*. *Повікова частина (pars palpebralis)* є продовженням очноямкової частини і розташовується безпосередньо під шкірою повік. У ній, у свою чергу, виділяються дві частини – *верхня і нижня (partes palpebrales superior et inferior)*. Вони починаються відповідно від верхнього і нижнього країв lig. palpebrale mediale і прямують до латерального кута ока, де прикріплюються до lig. palpebrale laterale. *Слізна частина (pars lacrimalis)* починається від заднього гребеня слізної кістки і ділиться на дві частини, що охоплюють попереду і позаду слізний мішок (saccus lacrimalis) і губляться серед м'язових пучків повікової частини. Зовні слізна частина м'язу не видна.

Функція м'язу: pars orbitalis звужує очну щілину і розгладжує поперечні складки в області шкіри чола; pars palpebralis стуляє очну щілину; pars lacrimalis розширює слізний мішок.

Кровопостачання: aa. facialis, temporalis superficialis, infraorbitalis, supraorbitalis.

М'ЯЗИ, ЩО ОТОЧУЮТЬ РОТОВУ ЩІЛИНУ

М'язи, що оточують ротову щілину, діляться на дві групи. Одну групу складає круговий м'яз рота, скорочення якого звужує ротову щілину. У іншу групу входять м'язи, що розташовуються радіально стосовно ротової щілини; їхнє скорочення призводить до її розширення.

Круговий м'яз рота (m. orbicularis oris) утворений круговими м'язовими пучками, розташованими в товщі губів. М'язові пучки щільно зрощені зі шкірою. Поверхневі прошарки цього м'яза приймають у свій склад пучки м'язів, що підходять до ротової щілини. У м'язі розрізняють *крайову (pars marginalis)* і *губну частини (pars labialis)*.

Функція м'язу: звужує ротову щілину і витягає губи вперед.

Кровопостачання: aa. labiales superior et inferior, mentalis.

Великий виличний м'яз (*m. zygomaticus major*) починається від зовнішньої поверхні виличної кістки. Частина м'язових пучків є продовженням *m. orbicularis oculi*. Прямуючи униз і медіально, виличний м'яз переплітається з круговим м'язом рота і шкірою кута рота.

Функція м'язу: тягне кут рота нагору і зовні.

Кровопостачання: aa. infraorbitalis, buccalis.

Малий виличний м'яз (*m. zygomaticus minor*) починається від передньої поверхні виличної кістки. Медіальні пучки цього м'язу переплітаються з м'язовими пучками *m. orbicularis oculi*.

М'яз, що піднімає верхню губу (*m. levator labii superioris*), починається від підочного краю над підочним отвором.

М'яз, що піднімає верхню губу і крило носа (*m. levator labii superioris et alaeque nasi*), розташовується поруч із попереднім; починається від основи лобового відростка верхньої щелепи.

Останні три м'язи прямують униз, декілька конвергують і утворюють чотирикутну м'язову платівку, пучки якої переплітаються зі шкірою верхньої губи, частково входять в *m. orbicularis oris*, а також у шкіру крила носа.

Функція м'язу: піднімає верхню губу і підтягує крило носа.

Кровопостачання: aa. infraorbitalis, labialis superior, buccalis.

М'яз, що піднімає кут роту (*m. levator anguli oris*), розташовується глибше попереднього. Він починається нижче підочного отвору від іклової ямки і, прямуючи униз, переплітається зі шкірою кута роту і *m. orbicularis oris*.

Функція м'язу: тягне кут роту нагору і назовні.

Кровопостачання: aa. infraorbitalis, buccalis.

Щічний м'яз (*m. buccinator*) – «м'яз трубачів» – починається від нижньої третини переднього краю гілки нижньої щелепи, крилонижньощелепового шва (*raphe pterygomandibularis*), а також від зовнішньої поверхні верхньої і нижньої щелеп в ділянці альвеол великих

корінних зубів. Прямуючи вперед, пучки щічного м'язу переплітаються з круговим м'язом рота, а також слизовою оболонкою і шкірою кута рота, верхньої та нижньої губ.

До зовнішньої поверхні м'язу прилягає *жирове тіло щоки (corpus adiposum buccae)*, до внутрішньої – слизова оболонка рота. На рівні переднього краю жувального м'язу (*m. masseter*), посередині щічного м'яза відкривається вивідна протока привушної залози (*ductus parotideus*).

Функція м'язу: відтягає кут рота убік, при двосторонньому скороченні розтягує ротову щілину, притискає внутрішню поверхню щік до зубів.

Кровопостачання: a. buccalis.

М'яз сміху (m. risorius) – непостійний, є частково продовженням пучків *platysmatis*; частина пучків м'язу бере початок від жувальної фасції і шкіри ділянки носогубної борозни. Прямуючи в медіальному напрямку, м'язові пучки переплітаються зі шкірою кута рота.

Функція м'язу: тягне кут рота в латеральний бік.

Кровопостачання: aa. facialis, transversa faciei, buccalis.

М'яз, що опускає кут рота (m. depressor anguli oris), починається від передньої поверхні нижньої щелепи нижче підборідного отвору. Прямуючи нагору, м'яз звужується, досягає кута рота, де частина пучків переплітається зі шкірою кута рота, а частина входить у товщу верхньої губи до *m. levator anguli oris*.

Функція м'язу: тягне кут рота донизу і назовні.

Кровопостачання: aa. labialis inferior, mentalis, submental.

М'яз, що опускає нижню губу (m. depressor labii inferioris), починається від передньої поверхні нижньої щелепи над початком попереднього м'язу спереду від підборідного отвору, прямує нагору і там переплітається зі шкірою нижньої губи і підборіддя. Медіальні пучки м'язу в нижній губі переплітаються з такими ж пучками однойменного м'язу протилежного боку.

Функція м'язу: тягне нижню губу донизу.

Кровопостачання: aa. labialis inferior, mentalis, submental.

Підборідний м'яз (*m. mentalis*) починається поруч із попереднім від альвеолярного узвишся різців нижньої щелепи, прямує униз і переплітається зі шкірою підборіддя.

Функція м'язу: тягне шкіру підборіддя вгору, витягає нижню губу.

Кровопостачання: aa. labialis inferior, mentalis.

Поперечний м'яз підборіддя (*m. transversus menti*) – непостійний маленький м'яз, що перетинає серединну лінію зразу під підборіддям; часто є продовженням *m. depressoris anguli oris*.

М'ЯЗИ, ЩО ОТОЧУЮТЬ НІЗДРІ

Носовий м'яз (*m. nasalis*) – починається від верхньої щелепи над альвеолами ікла і латерального різця, піднімається нагору і ділиться на дві частини – зовнішню і внутрішню. Зовнішня частина (*pars transversa*) обгинає крило носа, декілька розширюється й у середньої лінії переходить у сухожилля, що з'єднується отут із однойменним м'язом протилежної сторони. Внутрішня частина (*pars alaris*), прикріплюється до заднього кінця хряща крила носу.

Функція м'язу: звужує носовий отвір.

Кровопостачання: aa. labialis superior, angularis.

М'яз, що опускає перегородку носа (*m. depressor septi nasi*), починається від альвеолярного узвишся верхнього медіального різця, а також частково бере у свій склад пучки *m. orbicularis oris*. Прикріплюється до нижньої поверхні хряща перетинки носа.

Функція м'язу: тягне перетинку носа донизу.

Кровопостачання: a. labialis superior.

Іннервація: усі мімічні м'язи іннервуються гілками n. facialis.

ЖУВАЛЬНІ М'ЯЗИ

Жувальний м'яз (*m. masseter*) бере початок від нижнього краю виличної дуги двома частинами – поверхневої і глибокої. **Поверхнева частина** (*pars superficialis*) починається сухожилльними пучками від передньої і середньої ділянок виличної дуги; **глибока частина** (*pars profunda*) – від середньої і

задньої ділянок виличної дуги. Пучки м'язових волокон поверхневої частини прямують косо униз і до заду, глибокої – униз і уперед. Обидві частини жувального м'яза з'єднуються і прикріплюються до зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи і до її кута в області жувальної горбистості.

Функція м'язу: піднімає нижню щелепу; поверхнева частина м'язу бере участь у висуванні щелепи вперед.

Іннервація: n. massetericus (гілка n. trigeminus).

Кровопостачання: aa. masseterica, transversa faciei.

Скроневий м'яз (m. temporalis) заповнює скроневу ямку (*fossa temporalis*). Починається від скроневої поверхні лобової кістки, великого крила клиноподібної кістки і лускатої частини скроневої кістки. Пучки м'язу, прямуючи униз, конвергують і утворюють потужне сухожилля, що проходить під виличною дугою і прикріплюється до вінцевого відростку нижньої щелепи.

Функція м'язу: скорочення усіх пучків м'язу піднімає опущену нижню щелепу; задні пучки висунуту вперед нижню щелепу тягнуть назад.

Іннервація: nn. temporales profundi (гілка n. trigeminus).

Кровопостачання: aa. temporales profunda et superficialis.

Латеральний крилоподібний м'яз (m. pterygoideus lateralis) починається двома частинами або голівками – верхньою і нижньою. Верхня голівка м'яза бере початок на нижній поверхні підскроневого гребеня великого крила клиноподібної кістки, прикріплюється до медіальної поверхні суглобної капсули скронево-нижньощелепового суглоба і до суглобного диска. Нижня голівка починається від зовнішньої поверхні латеральної платівки крилоподібного відростка клиноподібної кістки і, прямуючи до заду, прикріплюється до крилоподібної ямки нижньої щелепи. Між верхньою і нижньою голівками м'яза є щілина, що пропускає щічний нерв.

Функція м'язу: зміщує нижню щелепу в протилежну сторону; двостороннє скорочення м'яза висуває нижню щелепу уперед.

Іннервація: n. pterygoideus lateralis (гілка n. trigeminus).

Кровопостачання: a. alveolaris inferior (a. maxillaris), a. facialis.

Медіальний крилоподібний м'яз (m. pterygoideus medialis) починається від стінок крилоподібної ямки клиноподібної кістки, прямує до заду й униз, прикріплюється до крилоподібної бугристості гілки нижньої щелепи.

Функція м'язу: зміщує нижню щелепу в протилежну сторону; при двосторонньому скороченні висуває вперед і піднімає нижню щелепу.

Іннервація: n. pterygoideus medialis (гілка n. trigeminus).

Кровопостачання: aa. alveolares superior (a. maxillaris), a. facialis.

СЛИННІ ЗАЛОЗИ

Залози рота (glandulae oris) виділяють слину (*saliva*) тому їх називають слинними залозами (*glandulae salivariae*). Вони діляться на великі слинні залози (*glandulae salivariae majores*) і малі слинні залози (*glandulae salivariae minores*). Три залози, що є досить значними парними органами, об'єднуються в групу великих слинних залоз: **привушна залоза (glandula parotidea); піднижньощелепова залоза (glandula submandibularis); під'язикова залоза (glandula sublingualis).**

ВЕЛИКІ СЛИННІ ЗАЛОЗИ

Привушна залоза (glandula parotidea) розташовується на зовнішній поверхні гілки нижньої щелепи і задньому краю жувального м'яза. Нижня ділянка залози може стикатися з піднижньощелеповою залозою. У глибині залоза прилягає до шилоподібного відростку, шилопід'язикового і шилоязикового м'язів, а також до внутрішньої сонної артерії і внутрішньої яремної вени. Залоза оточена *фасцією привушної залози (fascia parotidea)*.

Розрізняють поверхневу і глибоку частини привушної залози. Поверхнева частина (*pars superficialis*) відповідає тій частині залози, що розташовується на жувальному м'язі. Глибока частина (*pars profunda*) залягає в поглибленні за гілкою нижньої щелепи.

Вивідна протока привушної залози – *привушна протока (ductus parotideus)* виходить у верхнього відділу переднього краю залози і прямує

майже горизонтально паралельно виличній дузі по зовнішній поверхні жувального м'яза; досягнувши переднього її краю, проходить скрізь жирове тіло щоки, щічний м'яз і відчиняється в передвіррі рота на рівні верхнього другого великого корінного зуба, де на слизовій оболонці щоки є *сосочок протоки привушної залози (papilla parotidea)*. Через привушну залозу проходять зовнішня сонна артерія і її гілки, занижньощелепова вена і стовбури лицевого нерва.

Іннервація: rr. parotidei n. auriculotemporalis (n. mandibularis); секреторне волокно від ganglion oticum; симпатичні нерви, що супроводжують a. temporalis superficialis.

Кровопостачання: rr. parotidei aa. temporales superficialis et maxillaris.

Піднижньощелепова залоза (***glandula submandibularis***) *розташовується в піднижньощелеповому трикутнику у фасціальній ніхві, утвореній поверхневою платівкою шийної фасції. Верхньою своєю поверхнею залоза прилягає до щелепноід'язикового м'яза і, обійшовши його задній край, лягає на верхню поверхню м'яза, де стикається з задньозовнішньою поверхнею під'язикової залози. Вивідна протока залози – піднижньощелепова протока (ductus submandibularis) - проходить уздовж внутрішньої поверхні під'язикової залози уперед і вгору і відчиняється на під'язиковому сосочку (caruncula sublingualis).*

Іннервація: chorda tympani (від n. facialis) через ganglion submandibulare і симпатичні нерви, що супроводжують a. facialis.

Кровопостачання: rr. glandulares (a. facialis), а також від a. lingualis і a. mentalis. Венозний відтік здійснюється по v. facialis. Лімфатичні судини впадають у nodi lymphatici submandibulares.

Під'язикова залоза (glandula sublingualis) за своєю будовою належить до змішаних альвеолярнотрубчастих залоз. Розташовується безпосередньо під слизовою оболонкою дна порожнини рота на m. mylohyoideus, залягаючи зовні від m. geniohyoideus, m. genioglossus і m. hyoglossus. Переднім відділам залоза примикає до внутрішньої поверхні тіла нижньої щелепи, а заднім – до

піднижньощелепової залози. Численні короткі протоки залози – *малі під'язикові протоки (ductus sublingualis minores)* - відчиняються уздовж під'язикової складки. Крім зазначених малих проток іноді є *велика під'язикова протока (ductus sublingualis major)*. Вона проходить по внутрішній поверхні залози і або самостійно, або з'єднавшись із протокою піднижньощелепової залози, відчиняється в під'язиковому сосочку.

Іннервація: chorda tympani (від n. facialis) через ganglion submandibulare і симпатичні нерви, що супроводжують а. facialis.

Кровопостачання: aa. sublingualis, submentalіs (a. facialis).

МАЛІ СЛИННІ ЗАЛОЗИ

Малі слинні залози (glandulae salivariae minores) поділяються на слизові, серозні і змішані. Залягають вони поодинокі і групами, причому в основу їх назв покладено місце – топографічна ознака. Розрізняють: *губні залози (glandulae labiales)*, *щічні залози (glandulae buccales)*, *молярні залози (glandulae molares)*, *піднебінні залози (glandulae palatinae)* і *язикові залози (glandulae linguales)*.

ЛІМФАТИЧНІ СУДИНИ І ВУЗЛИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ

До лімфатичної системи відносять такі утворення: *лімфокапиллярні судини (vasa lymphocapillaria)* – самі тонкі лімфатичні судини, стінки яких побудовані з прошарку ендотеліальних клітин. Багаторазово з'єднуючись між собою, лімфокапиллярні судини утворюють в усіх органах і тканинах різноманітні *лімфокапиллярні мережі (retia lymphocapillaria)*. *Лімфатичні судини (vasa lymphatica)*, утворюються в результаті злиття лімфокапиллярних судин. В лімфатичних судинах є значна кількість парних *лімфатичних клапанів (valvulae lymphaticae)*, що пропускають потік лімфи тільки в центральному напрямку. Лімфа з лімфатичних капілярів надходить у лімфатичні судини, що несуть її убік значних лімфатичних проток. Розрізняють *поверхневі лімфатичні судини (vasa lymphatica superficialia)*, що

знаходяться в підшкірній клітковині, і **глибокі лімфатичні судини** (*vasa lymphatica profunda*), розташовані в основному по ходу значних артеріальних стовбурів, у зв'язку з чим і одержують їхню назву. Лімфатичні судини, з'єднуючись між собою, утворюють **лімфатичні сплетення** (*plexus lymphaticus*) у підшкірній клітковині, в органах і по ходу кровоносних судин. Поверхневі і глибокі лімфатичні судини і їхні сплетення анастомозують між собою.

Лімфатичні вузли (*nodi lymphatici*) розташовуються по шляху поверхневих і глибоких лімфатичних судин. Вони приймають лімфу від тих тканин, органів або ділянок тіла, у яких судини беруть початок. Тому вони називаються **регіонарними вузлами** (*nodi reconciles*).

Лімфатичні вузли можуть мати різноманітну форму (округлі, довгасті й ін.) і різний розмір. Кожний вузол має **капсулу** (*capsula*), яка являє собою щільну сполучнотканинну оболонку, що містить колагенові й еластичні волокна з домішкою гладких м'язових волокон, що забезпечує вузлу можливість скорочуватися й активно просувати лімфатичну рідину. Від капсули в товщу вузла відходять **трабекули** (*trabeculae*), які, з'єднуючись між собою, утворюють остов вузла. Основну масу вузла утворює лімфоїдна тканина, що заповнює проміжки між трабекулами. За функцією і будовою виділяють **коркову речовину** (*cortex*) червоно-жовтого кольору і **мозкову речовину** (*medulla*) червонуватого кольору. Між капсулою, трабекулами і лімфоїдною тканиною знаходяться вільні простори, що мають розширення, **лімфатичні синуси** (*sinus lymphatici*), вистелені ендотелієм.

Розрізняють лімфатичні судини, що приносять лімфу (*vasa afferentia*) і судини, що відводять лімфу від вузла (*vasa efferentia*).

Лімфатичні судини голови і шиї збираються в **правий і лівий яремні лімфатичні стовбури** (*trunci jugulares dexter et sinister*), причому *truncus jugularis dexter* впадає у *ductus lymphaticus dexter*; *truncus jugularis sinister* – в *ductus thoracicus*.

У ділянці голови і шиї розрізняють такі основні групи лімфатичних вузлів.

Потилічні лімфатичні вузли (*nodi lymphatici occipitales*) - залягають у підшкірній клітковині на рівні верхньої вийної лінії. Число вузлів коливається від 2 до 5-6. Їхні судини, що виносять лімфу, підходять до латеральних глибоких шийних лімфатичних вузлів.

Соскоподібні лімфатичні вузли (*nodi lymphatici mastoidei*), усього 2-4, залягають за вушною раковиною в ділянці соскоподібного відростка у місця прикріплення грудниноключичнососкоподібного м'яза. До них надходить лімфа від вушної раковини, зовнішнього слухового проходу і шкіри тім'яної і потиличної ділянок. Від соскоподібних лімфатичних вузлів лімфа відтікає до латеральних глибоких шийних, поверхневих привушних і шийних лімфатичних вузлів.

Привушні лімфатичні вузли (*nodi lymphatici parotidei*) поділяються на **поверхневі і глибокі** (*nodi lymphatici parotidei superficiales et profundi*), що залягають по ходу а. temporalis superficialis. Поверхневі вузли (2-4) розташовуються на поверхневій частині привушної залози перед козелком вушної раковини на рівні зовнішнього слухового отвору. Глибокі лімфатичні вузли (3-10) подані трьома групами: **передвушні вузли** (*nodi preauriculares*) - залягають у верхній третині глибокої частини привушної залози; **внутрішньозалозові вузли** (*nodi intraglandulare*) — в товщі середньої третини і **нижньовушні вузли** (*nodi infraauriculares*)— в паренхімі нижньої третини залози. Привушні лімфатичні вузли збирають лімфу від привушної залози, шкіри лобової, тім'яної і скроневої областей, зовнішнього і частково середнього вуха, слізної залози, латерального краю повік і верхньої губи. **Лімфатичні** судини цих вузлів, що виносять лімфу, підходять до латеральних глибоких і поверхневих шийних лімфатичних вузлів.

Лицеві лімфатичні вузли (*nodi lymphatici faciales*) представлені чотирма групами, розташованими головним чином по ходу а. facialis і її гілок. У кожену групу входить один-два лімфатичних вузла. Виділяють **щічні вузли** (*nodi*

buccinatorii), **носогубні вузли** (*nodi nasolabiales*), **виплицевий вузол** (*nodus malaris*) і **нижньощелепові вузли** (*nodi mandibulares*). До цих вузлів підходять лімфатичні судини від кон'юнктиви ока, шкіри і м'язів обличчя, слизової оболонки й окістя стінок рота і носа, дрібних слинних залоз, піднижньощелепної і під'язикової залоз, а їхні судини впадають у піднижньощелепові лімфатичні вузли.

Піднижньощелепові лімфатичні вузли (*nodi lymphatici submandibulares*), усього 6-10, розташовуються в піднижньощелеповому трикутнику уздовж нижнього краю нижньої щелепи. Частина їх залягає в товщі піднижньощелепової слинної залози. Ці вузли збирають лімфу від нижніх повік, м'яких тканин щік, носа, верхньої і нижньої губ, підборіддя, піднебіння, ясен, зубів, тіла язика, піднижньощелепової і під'язикової слинних залоз. Лімфатичні судини впадають у глибокі шийні лімфатичні вузли.

Підпідборідкові лімфатичні вузли (*nodi lymphatici submentales*), усього 2-8, розташовуються вище тіла під'язикової кістки на передній поверхні щелепнопід'язикових м'язів. Судини, що підходять до них, збирають лімфу від шкіри і м'язів нижньої губи, підборідної області, кінчика язика, під'язикової і піднижньощелепової залоз. Лімфатичні судини впадають у глибокі шийні лімфатичні вузли.

Шийні лімфатичні вузли розділяють на **передні шийні лімфатичні вузли** (*nodi lymphatici cervicales anteriores*) і **латеральні шийні лімфатичні вузли** (*nodi lymphatici cervicales laterales*).

Передні шийні лімфатичні вузли (*nodi lymphatici cervicales anteriores*) у свою чергу поділяються на поверхневі (5-10) і глибокі (30-80):

а) **передні поверхневі шийні лімфатичні вузли** (*nodi lymphatici cervicales anteriores superficiales*) - залягають поодинокі по ходу v. jugularis anterior нижче під'язикової кістки;

б) **передні глибокі шийні лімфатичні вузли** (*nodi lymphatici cervicales anteriores profundis*) - розташовуються на передній і бічних поверхнях гортані і трахеї, створюючи ряд груп. Серед них розрізняють **передгортанні вузли**

(*nodi prelaryngeales*) – на передній поверхні гортані; **щитоподібні вузли** (*nodi thyroidei*), що можуть залягати як на поверхні, так і в товщі щитоподібної залози; **передтрахеальні вузли** (*nodi pretracheales*) – на передній поверхні верхньої третини трахеї; **паратрахеальні вузли** (*nodi paratracheales*) – на бічних поверхнях верхньої третини трахеї. Нижче, у грудній порожнині, подібні лімфатичні вузли одержують назву **притрахеальних вузлів**.

Латеральні шийні лімфатичні вузли (*nodi lymphatici cervicales laterales*) поділяються на поверхневі і глибокі: а) **латеральні поверхневі шийні лімфатичні вузли** (*nodi lymphatici cervicales laterales superficiales*) - залягають уздовж v. jugularis externa, поодинокі вузли — в ділянці великої надключичної ямки; б) **латеральні глибокі шийні лімфатичні вузли** (*nodi lymphatici cervicales laterales profundi*) – розташовуються як поодинокі, так і великими групами. Розрізняють **латеральні і передні яремні вузли** (*nodi jugulares laterales et anteriores*) - розташовані відповідно уздовж заднього і переднього країв внутрішньої яремної вени. **Яремнодвочеревний вузол** (*nodus jugulodigastricus*) – значний вузол, що залягає нижче заднього черевця двочеревного м'яза на рівні внутрішньої яремної вени; **яремно-лопатково-подъязиковий вузол** (*nodus juguloomohyoideus*) – розташований за сухожильною перемичкою лопатковопід'язикового м'яза; **надключичні вузли** (*nodi supraclaviculares*)- знаходяться у надключичній ділянці у нижньому відділі латерального трикутника шиї; **заглоткові вузли** (*nodi retropharyngeales*) – на бічній поверхні і дещо за глоткою.

Лімфатичні судини зі шкірних мереж внутрішніх половин верхньої і нижньої повік, зовнішнього носа, щок, верхньої і нижньої губів, а також глибокі судини від м'язів, кісток, слизової оболонки передвір'я рота і носа, від кон'юнктиви прямують відповідно напрямку лицевих судин і вступають у **піднижньощелепові лімфатичні вузли** (*nodi lymphatici submandibulares*). Частина зазначених лімфатичних судин переривається в **щічному лімфатичному вузлі** (*nodus lymphaticus buccinatorius*).

Лімфатичні судини від нижньої губи і підборіддя прямують до **підпідборідкових лімфатичних вузлів** (*nodi lymphatici submentales*), що знаходяться над тілом під'язикової кістки. Ці вузли приймають також лімфу від лімфатичних судин кінчика язика.

Глибокі лімфатичні судини від твердого і м'якого піднебіння, носоглотки і порожнини носа, крилоподібнопіднебінної і підскроневої ямок прямують до лицевих і привушних лімфатичних вузлів.

Лімфатичні судини язика поділяються на поверхневі, що починаються з мережі лімфатичних судин слизової оболонки, і на глибокі, що супроводжують кровоносні судини.

ЛІМФАТИЧНІ СУДИНИ ШИЇ

Поверхневі лімфатичні судини шиї прямують до v. jugularis externa, в окружності якої вони з'єднуються між собою і вступають у *nodi lymphatici cervicales superficiales* (усього 4-5).

Глибокі лімфатичні судини шиї збирають лімфу від внутрішніх органів шиї: глотки, гортані, трахеї і шийної частини стравоходу, щитоподібної залози і м'язів шиї. Вони прямують до судинно-нервового пучка шиї, де вступають у **яремновочеревний лімфатичний вузол** (*nodus lymphaticus jugulodigastricus*) і в **глибокі шийні лімфатичні вузли** (*nodi lymphatici cervicales profundi*).

Лімфатичні судини бічних частин щитоподібної залози впадають у яремновочеревний лімфатичний вузол. Лімфатичні судини перешийку щитоподібної залози перериваються в передгортанних лімфатичних вузлах (усього 2-3), що лежать над верхнім краєм перешийку і в паратрахеальних лімфатичних вузлах, розташованих нижче перешийку на бічній поверхні трахеї. Зазначені вузли приймають також ряд лімфатичних судин від гортані.

По ходу лімфатичних судин глотки знаходяться **заглоткові лімфатичні вузли** (*nodi lymphatici retropharyngeales*). Вони розташовуються на задньобічній поверхні глотки.

Судини, що виносять лімфу з перерахованих вузлів, впадають у глибокі шийні лімфатичні вузли і разом із іншими - лімфатичними судинами, що надходять сюди, утворюють яремне лімфатичне сплетення. Судини цього сплетення прямують до яремно-двочеревного лімфатичного вузла і глибоких шийних лімфатичних вузлів, що збирають усю лімфу від голови і шиї (усього 10 – 15); вони залягають від рівня розподілу сонної артерії до ключиці на передній поверхні сходових м'язів. Лімфа, що відтікає від них справа, потрапляє в праву лімфатичну протоку, а зліва – у грудну протоку. В усі перераховані вузли відповідно впадають також лімфатичні судини нижнього відділу глотки, шийного відділу стравоходу і трахеї.

РОЗДІЛ 2

МЕХАНІЧНІ НЕВОГНЕПАЛЬНІ ПОШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Мета заняття:

- навчитися визначати характер, вид і тяжкість перебігу механічної невогнепальної травми м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки;
- навчитися наданню невідкладної лікарської допомоги постраждалим з пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки;
- навчитися складанню плану лікування постраждалих з пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

ПИТАННЯ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ:

Причини і механізми пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

Критерії визначення характеру і тяжкості механічного пошкодження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

Класифікація механічних невогнепальних пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

Характеристика ран м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки в залежності від виду пошкоджуючого предмету.

Методика обстеження хворих з ушкодженнями м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

Особливості клінічних проявів ушкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки залежно від локалізації та виду.

Невідкладна та лікарська допомога постраждалим з ушкодженнями м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

Види хірургічної обробки ран м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки, особливості проведення.

Види швів, які застосовуються при лікуванні ран м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

Заходи щодо профілактики ускладнень при лікуванні ран м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

МАТЕРІАЛЬНО - ТЕХНІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Шприц з голкою.
2. Муляж рваної рани.
3. Муляж «Мімічні м'язи».
4. Муляж «М'язи дна порожнини рота».
5. Муляж «Судини і нерви голови».
6. Муляж «Жувальні м'язи».
7. Череп.
8. Скальпель.
9. Ножиці.
10. Шовний хірургічний матеріал
11. Голки хірургічні колючі, ріжучі.
12. Голкотримач.
13. Хірургічний пінцет.
14. Гачки Фарабефа.
15. Пуговкоподібний зонд.
16. Зонд для протоків слинних залоз.
17. Кровоспинний затискач.

2.1. САМОСТІЙНА РОБОТА З ДІАГНОСТИКИ ПОШКОДЖЕНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Алгоритм дій: опитування, огляд, пальпація, зондування, рентгенографія (при необхідності), загальноклінічне лабораторне обстеження, визначення діагнозу.

ЗАБІЙ М'ЯКИХ ТКАНИН

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на біль у ділянці пошкодження, припухлість м'яких тканин, зміну кольору шкіри (почервоніння, синці), загальне нездужання, слабкість, головний біль.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; чи була травма локальною або сполученою, коли і куди було перше звернення за медичною допомогою, її обсяг.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз), шкідливих звичок (паління, алкоголь, наркотики), алергічний статус, особливості матеріально-побутових умов життя пацієнта.

ОГЛЯД

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середній, важкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного сп'яніння.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді виявити наявність припухлості, визначити межі анатомічних ділянок пошкодження. Пальпаторно з'ясувати стан м'яких тканин, лімфатичних вузлів. Виявити ділянки болю, крепітації. Зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота, стан слизової оболонки і тканин порожнини рота, язика, великих слинних залоз, зубів.

МОРФОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ: пошкодження по типу стиснення підшкірної жирової клітковини, м'язових волокон, судин різного калібру з наявністю крововиливів у навколишні тканини.

САДНА

СКАРГИ: на поверхневе пошкодження шкіряних покривів, слизових оболонок, тканин або органів порожнини рота, болі.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; чи була травма локальною або сполученою, коли і куди було перше звернення за медичною допомогою, її обсяг.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз), шкідливих звичок (паління, алкоголь, наркотики), алергічний статус, особливості матеріально-побутових умов життя пацієнта.

ОГЛЯД

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середній, важкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного сп'яніння.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді виявити наявність штрихових раневих пошкоджень в поверхневих прошарках шкіри на виступаючих частинах обличчя (ніс, чоло, щоки, підборіддя, вилицеві ділянки), капілярних кровотеч і крововиливів, набряку тканин. Визначити пальпаторно больові ділянки.

Зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкривання рота, стан слизової оболонки і тканин порожнини рота, язика, великих слинних залоз, зубів.

При пошкодженні слизових оболонок порожнини рота виявити ділянки крововиливів, фрагменти екскоріації поверхневих прошарків слизової оболонки. Пальпаторно визначити ділянки болю і ступінь поширення набряку.

МОРФОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ: травмування цілісності поверхневих прошарків шкіри (слизової оболонки) на різну глибину, місцями з пошкодженням підшкірної жирової клітковини, капілярного річища з наявністю крапкових крововиливів.

РАНИ

Забійно-рвана рана

СКАРГИ: на біль і кровотечу з рани у визначеній області, функційні порушення в цій ділянці, загальне нездужання, головний біль.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; чи була травма локальною або сполученою, коли і куди було перше звернення за медичною допомогою, її обсяг.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз), шкідливих звичок (паління, алкоголь, наркотики), алергічний статус, особливості матеріально-побутових умов життя пацієнта.

ОГЛЯД

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середній, важкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного сп'яніння.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді виявити наявність різного ступеня рани, що може кровити, з нерівними розчавленими краями, можливо з дефектом тканин, ділянки крововиливів у конкретних межах анатомічних ділянок. Визначити розмір рани. При пошкодженнях слинних залоз виключити наявність сиалореї. Пальпаторно вивчити ділянки болю. За допомогою пуговкоподібного зонда визначити глибину рани, наявність у ній сторонніх тел.

Зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота, стан слизової оболонки і тканин порожнини рота, язика, великих слинних залоз, зубів.

МОРФОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ: на значному віддаленні від країв рани просліджується дифузний клітинний некроз, кровоносні судини багаторазово розірвані, великі осередки крововиливів. У просвітках збережених судин - тромби. Порухення цілісності м'язових волокон і жирової клітковини.

КОЛОТА РАНА

СКАРГИ: на наявність невеличкої /розмірами 0,5 -50 мм/ рани м'яких тканин у конкретній анатомічній ділянці, що проникає або не проникає в порожнину рота, порожнину носа, суглобну порожнину, верхньощелепову пазуху, кровотечу різного ступеня, загальне нездужання.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; чи була травма локальною або сполученою, коли і куди було перше звернення за медичною допомогою, її обсяг.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз), шкідливих звичок (паління, алкоголь, наркотики), алергічний статус, особливості матеріально-побутових умов життя пацієнта.

ОГЛЯД

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середній, важкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного сп'яніння.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді необхідно виявити наявність порушень цілісності шкіри і підлягаючих тканин у вигляді лінійної, круглої або з неправильними обрисами рани з гладкими краями, поперечний розмір котрої набагато менше, чим розмір по глибині. Визначити ступінь кровотечі. У залежності від локалізації має місце артеріальна або венозна кровотеча. Можлива сиалорея при пошкодженні слинних залоз або їхніх протоків. При зондуванні рани визначити її напрямок, чи є вона сліпою або проникаючою. При пальпації виявити больові ділянки по ходу раневого каналу, крепітацію.

Зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота, стан слизової оболонки і тканин порожнини рота, язика, великих слинних залоз, зубів.

МОРФОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ: вузький глибокий раневий канал з пошкодженням дрібних і значних судин, нервових волокон. При цьому пошкоджуються тільки тканинні елементи, що знаходяться біля країв рани. Клітини сусідніх відділів, стінки і вміст прикордонних судин збережені.

РІЗАНА РАНА

СКАРГИ: на біль, кровотечу, наявність зяючої рани у визначеній ділянці, функціональні порушення (порушення подиху, мови, акта жування і ковтання, салівації, іннервації).

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; чи була травма локальною або сполученою, коли і куди було перше звернення за медичною допомогою, її обсяг.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз), шкідливих звичок (паління, алкоголь, наркотики), алергічний статус, особливості матеріально-побутових умов життя пацієнта.

ОГЛЯД

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середній, важкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного сп'яніння.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді необхідно визначити локалізацію, довжину і глибину рани, що як правило має гладкі, розвернуті краї, її довжина в декілька разів перевищує її глибину, пошкоджені тканини кровоточать із поверхневих і глибоких судин, при пошкодженні слинних залоз - домішка слини. Порушення цілісності основних протоків великих слинних залоз визначаються за допомогою їхнього зондування через головну протоку та виходом зонда в рану. При зондуванні рани пуговкоподібним зондом, можливо визначення сторонніх тіл. Пальпаторно визначають зону болю навколо рани, іноді відзначають втрату чутливості шкіри (при пошкодженні гілок трійчастого нерва) або м'язовий парез (при пошкодженні лицевого нерва). Далі при огляді

порожнини рота відмічають відношення рани до передодня і власне порожнини рота. При різаних ранах язика - локалізацію рани, її напрямок (подовжнє, поперечне, косе), глибину, порушення функції мови (за рахунок рани, набряку й ін.).

Зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкривання рота, стан слизової оболонки і тканин порожнини рота, язика, великих слинних залоз, зубів.

МОРФОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ: тканинні пошкодження відмічаються тільки по різаним раневим поверхням - порушується цілісність клітинних структур шкіри, клітковини, фасцій і м'язів, відзначаються гладкі просвітки судин, що кровоточать, зрізи нервових волокон. Клітини сусідніх тканин, стінки і вміст прикордонних судин, нерви збережені. Набряки різноманітного ступеня.

СКАЛЬПОВАНА (КЛАПТЕВА) РАНА

СКАРГИ: на біль, кровотечу, наявність значної раневої поверхні зі шматком тканин, який вільно зміщується та утримується на широкій або вузькій підставі в краю рани.

При локалізації на піднебінні, задній стінці глотці, кровотечі можливо порушення подиху, порушення мови, ковтання.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; чи була травма локальною або сполученою, коли і куди було перше звернення за медичною допомогою, її обсяг.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз), шкідливих звичок (паління, алкоголь, наркотики), алергічний статус, особливості матеріально-побутових умов життя пацієнта.

ОГЛЯД

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середній, важкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного сп'яніння.

При локалізації рани на піднебінні необхідно з'ясувати прохідність воздухоносних шляхів.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді необхідно визначити локалізацію (ніс, чоло, щоки, підборіддя), довжину рани, її площу, з нерівними чи гладкими вона краями, частково або цілком прикритими, на вузькій або широкій ніжці, що має кольор від рожевого до темно-багряного або землисто-сірого (у залежності від характеру живлення). При спробі зсуви шматка, що прикриває рану, можлива кровотеча.

За допомогою пальпації тканин навколо рани визначити межі і ступінь болю.

Зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкривання рота, стан слизової оболонки і тканин порожнини рота, язика, великих слинних залоз, зубів.

При пошкодженні піднебіння - відзначити розміри раневої поверхні та слизово-окістного клаптя, що звисає, оголення піднебінної платівки верхньої щелепи. При диханні, цей шматок може порушити прохідність дихальних шляхів.

МОРФОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ: тканинні пошкодження відносяться до раневих поверхонь. По краях скальпованої рани порушення цілісності клітинних структур шкіри, клітковини, поверхневих м'язів. Просвітки судин чіткі. Клітинні структури сусідніх тканин, стінки і вміст прикордонних судин, нерви збережені.

На шкірно-м'язовому або слизово-окістному шматку можливі різноманітного ступеня дегенеративні порушення, тромбоз судин у залежності від характеру кровопостачання.

СІЧЕНА РАНА

СКАРГИ: на біль, кровотечу, наявність рани з зяючими розгорнутими краями у визначеній ділянці, функціональні порушення (відкривання рота, прийом їжі, ковтання, мови, салівації, іннервації), порушення психологічного статусу.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; чи була травма локальною або сполученою, коли і куди було перше звернення за медичною допомогою, її обсяг.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз), шкідливих звичок (паління, алкоголь, наркотики), алергічний статус, особливості матеріально-побутових умов життя пацієнта.

ОГЛЯД

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середній, важкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного сп'яніння.

Блідість шкірних покривів (при значній крововтраті), запаморочення, загальна слабкість.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді необхідно визначити локалізацію, глибину (яка буває значною) і довжину пошкодження м'яких тканин, із ймовірним порушенням цілісності кісток лицевого скелета, проникненням у порожнину рота, носа, пазух носа. Відзначити ступень кровотечі з поверхневих і глибоких судин. При пошкодженні слинних залоз, відзначити домішку слини. Порушення цілісності основних протоків великих слинних залоз діагностується за допомогою зондування через головну протоку і виходом зонда в рану. При зондуванні рани пуговкоподібним зондом, можливо визначення сторонніх тел. Пальпаторно визначити зону болю навколо рани, якщо це має місце, відзначити втрату чутливості шкіри (при пошкодженні гілок трійчастого нерва) або м'язовий парез (при пошкодженні лицевого нерва). При

огляді порожнини рота визначити відношення рани до передодня і власне порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота, стан слизової оболонки і тканин порожнини рота, язика, функції великих слинних залоз, стан зубів.

МОРФОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ: широка глибока ранева поверхня з рівними краями, пошкодження всіх прошарків шкіри, підшкірної клітковини, фасцій, м'язів, можливо і кісток. Порухення цілісності дрібних і значних судин, нервових волокон за рахунок розтину, розриву, розтрощення.

УКУШЕНА РАНА

СКАРГИ: на біль, кровотечу, наявність рани з дефектом або без дефекту тканин у визначеній ділянці, функціональні порушення, загальне нездужання, головний біль, порушення психологічного статусу.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання укусу, хто явився причиною (людина, тваринна, комаха, змія), наявність і вид небезпечно токсичних вірусних збудників (мононуклеоз, сказ) і отрут (змії, павука), обставини, що призвели до травми, коли і куди було перше обертання за медичною поміччю, її обсяг.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові й ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз), шкідливих навичок (паління, алкоголь, наркотики), алергічний статус, особливості матеріально-побутових умов.

ОГЛЯД

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільне, середньої ваги, важке; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного сп'яніння.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді необхідно визначити локалізацію, глибину і довжину пошкодження м'яких тканин, ступінь кровотечі. Описати вигляд рани: які краї, наявність клаптевих фрагментів. При пошкодженні слинних залоз, відзначити домішку слини. Порухення цілісності основних протоків великих слинних залоз виявити за допомогою зондування через головну протоку і виходом зонда в рану. Пальпаторно визначають зону

болю навколо рани, відзначають втрату чутливості шкіри (при пошкодженні гілок трійчастого нерва) або м'язовий парез (при пошкодженні лицевого нерва). При огляді порожнини рота визначити відношення рани до передодня і власне порожнини рота, ступінь відкривання рота, стан слизової оболонки і тканин порожнини рота, язика, функції великих слинних залоз, стан зубів.

МОРФОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ: при укусі тварини або людини характерні сліди від зубів на шкірі (садна, подряпини) із наявністю на краях і в глибині рани дифузного клітинного некрозу. Кровоносні судини розірвані в багатьох місцях, великі осередки крововиливів. У просвітках судин - тромби. Порухення цілісності м'язових волокон і жирової клітковини.

2.2. САМОСТІЙНА РОБОТА В РОЗДІЛІ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

АЛГОРИТМ ДІЙ: здійснення екстреної допомоги, упорядкування плану хірургічної обробки ран, проведення первинної та вторинної хірургічної обробки ран, упорядкування перспективного плану лікувальних і реабілітаційних заходів, оформлення медичної документації.

ХАРАКТЕР ПОШКОДЖЕННЯ

ЗАБІЙ. Лікарська тактика. Усунення болю, профілактика нагноєння гематом, лікування набряку.

МЕТОДИКА ЛІКАРСЬКИХ ДІЙ. Холод на пошкоджену ділянку. Пов'язка, що давить. При наявності гематоми - пункція. Призначення аналгетиків.

САДНО. Лікарська тактика. Профілактика інфікування рани, припинення кровотечі, усунення болю.

МЕТОДИКА ЛІКАРСЬКИХ ДІЙ. Туалет шкіри і раневої поверхні навколо пошкодженої ділянки. Обробка раневої поверхні антисептиками (спирт, йод, діамантова зелень), накладення асептичної кровоспинної пов'язки або нанесення на раневу поверхню препаратів, що утворюють плівкове покриття

(гіпозоль, нітазол, медичний клей і ін.) Призначення аналгетиків. Введення протиправцевої сироватки або анатоксину.

ЗАБІЙНО-РВАНА РАНА. Лікарська тактика. Усунення болю, припинення кровотечі, профілактика розвитку запальних ускладнень і відновлення анатомічної цілісності тканин.

МЕТОДИКА ЛІКАРСЬКИХ ДІЙ. Гігієнічна й антисептична обробка шкіри навколо рани і самої рани; вибір анестетика; вибір знеболювання; проведення загального або місцевого знеболювання; ревізія рани; видалення нежиттєздатних тканин (первинна, первинна відстрочена, первинна пізня чи вторинна хірургічна обробка); припинення кровотечі; пошарове ушивання рани; накладення асептичної пов'язки; призначення аналгетиків; антибактеріальна терапія; протизапальна терапія; гіпосенсибілізуюча терапія; призначення препаратів, що покращують регенерацію тканин; введення протиправцевої сироватки або анатоксину. Проведення експертизи працездатності.

Первинну хірургічну обробку рани необхідно проводити до появи клінічних ознак раневої інфекції. Хірургічна обробка рани, яка проводиться до 24 годин після поранення, називається первинною ранньою; хірургічна обробка рани, яка проведена між 24 і 48 годинами після поранення, називається первинною відстроченою, а проведена після 48 годин - первинною пізньою хірургічною обробкою рани.

Вторинна /повторна/ хірургічна обробка ран проводиться з метою ліквідації раневої інфекції. Може проводитися в будь-якій фазі запалення, оскільки забезпечує найбільше швидке видалення омертвілих тканин, переведення процесу у фазу регенерації.

КОЛОТА РАНА. Лікарська тактика. Усунення болю, припинення кровотечі, профілактика розвитку запальних ускладнень, рентгенографія з метою виявлення сторонніх тіл і пошкоджень сусідніх органів.

МЕТОДИКА ЛІКАРСЬКИХ ДІЙ. Гігієнічна й антисептична обробка шкіри навколо рани і самої рани; вибір анестетика; вибір знеболювання;

проведення загального або місцевого знеболювання; ревізія рани (при колотій рані завжди є вхідний отвір і раневої канал, що проникає на велику глибину, що утрудняє ревізію рани, тому доцільно зробити додатковий розтин і провести ревізію); припинення кровотечі; пошарове ушивання тканин; накладення асептичної пов'язки; призначення аналгетиків; антибактеріальна терапія; протизапальна терапія; гіпосенсебілізуюча терапія; призначення препаратів, що покращують регенерацію тканин; введення протиправцевої сироватки або анатоксину. Проведення експертизи працездатності.

РІЗАНА РАНА. Лікарська тактика. Усунення болю, припинення кровотечі, профілактика розвитку запальних ускладнень, профілактика невритів і невралгій, рентгенографія з метою виявлення сторонніх тіл і пошкоджень сусідніх органів.

МЕТОДИКА ЛІКАРСЬКИХ ДІЙ. Гігієнічна й антисептична обробка шкіри навколо рани і самої рани; вибір анестетика; вибір знеболювання; проведення загального або місцевого знеболювання; ревізія рани; припинення кровотечі; пошарове вшивання тканин; накладення асептичної пов'язки; призначення аналгетиків; антибактеріальна терапія; протизапальна терапія; гіпосенсебілізуюча терапія; призначення препаратів, що покращують регенерацію тканин; уведення протиправцевої сироватки або анатоксину. Проведення експертизи працездатності.

При проникаючих у порожнину рота ранах до туалету шкіри роблять обробку порожнини рота, міжзубних проміжків і раневих каналів 1-2% розчином перекису водню. Рани, краї яких не роздавлені і котрі нанесені не більш ніж 48 годин тому, зашиваються як чисті, тобто наглухо. Проникаючі - пошарово, спочатку з боку порожнини рота на слизову оболонку, потім на м'язи, потім на шкіру, шов обробляється розчином йоду або діамантової зелені.

СКАЛЬПОВАНА РАНА. Лікарська тактика. Усунення болю, припинення кровотечі, профілактика розвитку запальних ускладнень, при локалізації рани на піднебінні - профілактика асфіксії.

МЕТОДИКА ЛІКАРСЬКИХ ДІЙ. Гігієнічна й антисептична обробка шкіри навколо рани і самої рани; вибір анестетика; вибір знеболювання; проведення загального або місцевого знеболювання; ревізія рани; припинення кровотечі; пошарове вшивання тканин (при необхідності - пластика); накладення асептичної пов'язки; призначення аналгетиків; антибактеріальна терапія; протизапальна терапія; гіпосенсебілізуюча терапія; призначення препаратів, що покращують регенерацію тканин; введення протиправцевої сироватки або анатоксину. Проведення експертизи працездатності.

РУБАНА РАНА. Лікарська тактика. Усунення болю, припинення кровотечі, профілактика розвитку запальних ускладнень, усунення і профілактика можливих функціональних порушень (відкриття рота, ковтання, мови, салівації, іннервації), відновлення життєво важливих органів і систем.

МЕТОДИКА ЛІКАРСЬКИХ ДІЙ. Рентгенографія кісток лицевого скелета; усунення болю; гігієнічна й антисептична обробка шкіри навколо рани і самої рани; вибір анестетика; вибір знеболювання; проведення загального або місцевого знеболювання; ревізія рани; припинення кровотечі; огляд сусідніх анатомічних утворень (щелеп, вилицевих і носових кісток, верхньощелепових пазух, слинних залоз і ін.); висічення розтрошених і нежиттєздатних тканин; рана може бути пошарово вшита наглухо, якщо є змога виконати радикальну первинну хірургічну обробку рани. При великих розтрошених, забруднених і інфікованих ранах не завжди вдасться зробити радикальну первинну хірургічну обробку, тому раціонально на протязі декількох діб проводити загальну антибактеріальну терапію. Місцеве лікування рани зводиться до введення марлевих тампонів із маззю Вишневського, левоміколем і ін.

Якщо на 3-5 добу після первинної хірургічної обробки гострі запальні явища стихають, на рану накладається первинний відстрочений шов; якщо запалення стихає повільно, накладення швів необхідно відкласти на декілька діб до початку появи перших грануляцій, відторгнення некротичних мас, при відсутності гноя чи й іншого ексудату. У цей час рану ведуть під марлевым

тампоном, змоченим гіпертонічним розчином або тампоном із маззю Вишневського, левоміколем і ін.

Шви, накладені на очищену рану на 6-7 добу після ПХО, називаються пізніми первинними.

Медикаментозна терапія: призначення аналгетиків; антибактеріальна терапія; протизапальна терапія; гіпосенсибілізуюча терапія; призначення препаратів, що покращують регенерацію тканин; введення протиправцевої сироватки або анатоксину. Проведення експертизи працездатності.

УКУШЕНА РАНА. Лікарська тактика. Усунення болю, припинення кровотечі, профілактика розвитку запальних ускладнень, усунення функціональних порушень, відбудовні (реконструктивні) операції.

МЕТОДИКА ЛІКАРСЬКИХ ДІЙ. Гігієнічна й антисептична обробка шкіри навколо рани і самої рани; вибір анестетика; вибір знеболювання; проведення загального або місцевого знеболювання; ревізія рани; припинення кровотечі; пошарове вшивання рани з можливою пластикою; накладення асептичної пов'язки; призначення аналгетиків; антибактеріальна терапія; протизапальна терапія; гіпосенсибілізуюча терапія; призначення препаратів, що покращують регенерацію тканин; введення протиправцевої сироватки або анатоксину; профілактика сказу (захворювання проявляється порушеннями руху, судомами дихальної і ковтальної мускулатури, розвитком паралічів у термінальній стадії хвороби); антирабічне щеплення. Проведення експертизи працездатності.

РОЗДІЛ 3

МЕХАНІЧНІ НЕВОГНЕПАЛЬНІ ПОШКОДЖЕННЯ ЗУБІВ ТА АЛЬВЕОЛЯРНИХ ВІДРОСТКІВ

Мета заняття:

- навчитися обстеженню хворих та визначенню характеру механічної невогнепальної травми зубів та альвеолярних відростків;
- навчитися наданню невідкладної та лікарської допомоги постраждалим з пошкодженнями зубів та альвеолярних відростків;
- навчитися складанню плану комплексного лікування постраждалих з пошкодженнями зубів та альвеолярних відростків.

ПИТАННЯ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ:

Загальні принципи діагностики ушкоджень зубів та альвеолярних відростків.

Загальні принципи лікування хворих з пошкодженнями зубів та альвеолярних відростків.

Статистика та класифікація вивихів зубів.

Клініка, діагностика і лікування вивихів зубів.

Статистика та класифікація переломів зубів.

Клініка, діагностика і лікування переломів зубів.

Статистика та класифікація переломів альвеолярних відростків.

Клініка, діагностика і лікування переломів альвеолярних відростків.

Ускладнення пошкоджень зубів та альвеолярних відростків, їх профілактика і лікування.

МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАНЯТТЯ:

1. Череп.
2. Нижня щелепа.
3. Моделі щелеп пластмасові.

4. Шприці з голками.
5. Анестетики.
6. Лігатурний дріт
7. Алюмінієвий дріт для шинування.
8. Ножиці для різання металу.
9. Ножиці медичні.
- 10.Крампонні щипці
- 11.Стоматологічні пластмаси
- 12.Скальпель.
- 13.Распатор.
- 14.Кровоспинні затискачі.
- 15.Хірургічні пінцети.
- 16.Гачки Фарабефа
- 17.Ріжучі голки.
18. Голкотримачі.
- 19.Бормашина та бори
- 20.Стандартна підборідна праща
- 21.Ентіна.
- 22.Набір марлевих і гіпсових бинтів.
- 23.Лабораторні пластмасові шини-капи
- 24.Набір інструментарію для видалення зубів
- 25.Матеріал для накладання швів на слизову оболонку порожнини рота.

3.1. САМОСТІЙНА РОБОТА З ДІАГНОСТИКИ ПОШКОДЖЕНЬ ЗУБІВ ТА АЛЬВЕОЛЯРНИХ ВІДРОСТКІВ ЩЕЛЕП

АЛГОРИТМ ДІЙ: опитування хворого, загальний та місцевий огляд, локальна пальпація, перкусія, рентгенографія зубів та щелеп, ортопантомографія лицевого черепу, ЕОД, загальноклінічне лабораторне обстеження. Визначення діагнозу постраждалого.

НЕПОВНИЙ ВИВИХ ЗУБА (*без пошкодження судинно-нервового пучка*)

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на біль у ділянці пошкодженого зуба, що посилюється при дотику, зв'язана з цим неможливість повного змикання зубів, відкушування і пережовування їжі, незначну рухливість зуба.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої важкості; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді виявляють наявність припухлості в ділянці губ або в щічних ділянках, що може виникнути за рахунок набряку та гематоми. Звертають увагу на садна, крововиливи, рани м'яких тканин. Пальпаторно з'ясовують стан шкіри, м'язів, лімфатичних вузлів, слинних залоз. Виявляють больові ділянки, осередки крепітації.

Необхідно зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота, стан слизової оболонки порожнини рота, язика, ясен, оглянути зубні ряди.

Неповний вивих зубу характеризується неповним змиканням зубів, зсувом коронки пошкодженого зуба у одній площині, рухливістю зубу, болем при перкусії. Слизова оболонка у ділянці травмованого зуба гіперемована, із ділянками крововиливів, набряку, можуть мати місце пошкодження ясен.

З додаткових методів діагностики застосовують електроодонтодіагностику (ЕОД), що покаже чутливість зуба до подразника (у нормі 4-6 мкА), і прицільну рентгенографію альвеолярного відростка в ділянці травмованого зуба, що виявить розширення або звуження періодонтальної щілини, непорушену цілісність кореня зубу.

Морфологічні зміни: набряк і крововиливи в тканинах періодонта, часткові розриви зв'язкового апарата зуба. Судинно-нервовий пучок не пошкоджений.

НЕПОВНИЙ ВИВИХ ЗУБА (ІЗ ПОШКОДЖЕННЯМ СУДИННО- НЕРВОВОГО ПУЧКА)

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на біль у ділянці пошкодженого зуба, що посилюється при доторку до нього, неможливість змикання зубів, відкушування і пережовування їжі, неправильне положення зуба, рухливість зуба.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та

ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої важкості; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС - при зовнішньому огляді виявляють наявність припухлості в ділянці губ або в щічних ділянках, що може виникнути за рахунок набряку та гематоми. Звертають увагу на садна, крововиливи, рани м'яких тканин. Пальпаторно з'ясовують стан шкіри, м'язів, лімфатичних вузлів, слинних залоз. Виявляють больові ділянки, осередки крепітації.

Необхідне зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота, стан слизової оболонки порожнини рота; язика, ясен, оглянути зубні ряди.

Неповний вивих зубу з пошкодженням судино-нервового пучка характеризується неповним змиканням зубів, зсувом коронки пошкодженого зуба у декількох площинах (у вестибулооральному, мезіодистальному, вертикальному напрямках на верхній щелепі униз, на нижньої - нагору), рухливістю зубу (III ступінь рухливості виявляється при легкому торканні до зуба язиком самим пацієнтом або стоматологічним інструментом; I-II ступінь рухливості визначається пальпаторно або інструментально), болем при перкусії. При вколочених вивихах: зсув коронки зуба нагору - на верхній щелепі, й униз - на нижній щелепі. Слизова оболонка у ділянці травмованого зуба гіперемована, із ділянками крововиливів, набряку, можуть мати місце пошкодження ясен.

З додаткових методів діагностики застосовують електроодонтодіагностику, яка покаже повну відсутність чутливості зуба до подразника, і прицільну рентгенографію альвеолярного відростка в ділянці травмованого зуба, що виявить розширення, звуження або повну відсутність періодонтальної щілини, відсутність порушення цілісності кореня зубу.

Морфологічні зміни: набряк і значні осередки крововиливів на фоні пошкодження волокон періодонтальних тканин. Частина зв'язкового апарата збережена. Судинно-нервовий пучок у ділянці верхівки кореня частково або цілком пошкоджений.

ПОВНИЙ ВИВИХ ЗУБА

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на біль у ділянці відсутнього зуба, кровотечу з участку ясна, дефект зубного ряду після травми, неможливість відкушування і пережовування їжі.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в якій лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої важкості; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді виявляють наявність припухлості в ділянці губ або в щічних ділянках, що може виникнути за

рахунок набряку та гематоми. Звертають увагу на садна, крововиливи, рани м'яких тканин. Пальпаторно з'ясовують стан шкіри, м'язів, лімфатичних вузлів, слинних залоз. Виявляють больові ділянки, осередки крепітації.

Необхідне зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота, стан слизової оболонки порожнини рота^ язика, ясен, оглянути зубні ряди.

Повний вивих зубу характеризується патологічним положенням та значною рухливістю (в усіх напрямках) або повною відсутністю пошкодженого зубу у лунці, гіперемією, набряком слизової оболонки альвеолярного відростка із ділянками крововиливів, розривів або дефектів на місці відсутнього зуба. Лунка при відсутності зубу заповнена кров'яним згортком або суха.

З додаткових методів діагностики застосувати прицільну рентгенографію, що виявить відсутність зуба в лунці, порушення цілісності її стінок, можливе порушення цілісності альвеолярного відростка.

Морфологічні зміни: лунка виповнена тромбом на різних етапах організації, по її стінках виявляються шматки тканин періодонта. Можлива наявність дрібних кісткових фрагментів, мікробне забруднення.

ЗАБИТИЙ ВИВИХ ЗУБА

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на біль у ділянці травмованого зуба, що виник у наслідок удару або падіння і посилюється при доторку до зуба, зсув зуба вглиб, неможливість відкушування та пережовування їжі.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше

звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середній; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді виявляють наявність припухлості в ділянці губ або в щічних ділянках, що може виникнути за рахунок набряку та гематоми. Звертають увагу на садна, крововиливи, рани м'яких тканин. Пальпаторно з'ясовують стан шкіри, м'язів, лімфатичних вузлів, слинних залоз. Виявляють больові ділянки, осередки крепітації.

Необхідне зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота, стан слизової оболонки порожнини рота, язика, ясен, оглянути зубні ряди.

Забитий вивих зуба характеризується патологічним положенням (на верхньої щелепі - вище, на нижньої щелепі - нижче окклюзійної лінії) до повного занурення в щелепу, нерухливістю травмованого зуба, гіперемією, набряком або імбібіцією кров'ю ясен, із ділянками крововиливів, розривами або дефектами слизової оболонки.

З додаткових методів діагностики необхідно застосувати ЕОД, що покаже ступінь чутливості зуба та періодонту; рентгенографію, що виявить звуження або повну відсутність періодонтальної щілини, ступінь занурення зуба за межі альвеоли і характер її пошкодження.

Морфологічні зміни: повний розрив тканин періодонта, крововиливи в періодонтальну щілину, виражене її звуження, розриви судинно-нервового пучка, пошкодження стінок альвеоли в ділянці її дна або стінок.

ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ ЗУБА (БЕЗ ПЕРФОРАЦІЇ ПУЛЬПОВОЇ КАМЕРИ)

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на наявність дефекту коронки зуба, що виник унаслідок травми, на біль у зубі від температурних, смакових (солодкого, кислого) та тактильних подразників.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в якій лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої тяжкості; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді виявляють наявність припухлості в ділянці губ або в щічних ділянках, що може виникнути за

рахунок набряку та гематоми. Звертають увагу на садна, крововиливи, рани м'яких тканин. Пальпаторно з'ясовують стан шкіри, м'язів, лімфатичних вузлів, слинних залоз. Виявляють больові ділянки, осередки крепітації.

Необхідне зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота, стан слизової оболонки порожнини рота, язика, ясен, оглянути зубні ряди.

Перелом коронки зуба без перфорації пульпової камери характеризується наявністю дефекту коронки на рівні ріжучого краю (для фронтальних зубів) або на рівні одного або декількох бугрів (для жувальних зубів), нерухливістю травмованого зуба, короткочасним болем при зондуванні, від хімічних, термічних та механічних подразників, негативною перкусією, можливим набряком ясни у ділянці травми.

З додаткових методів діагностики необхідно застосувати ЕОД, що покаже чутливість зуба до електроподразника (4-6 мкА у нормі), рентгенографію, що виявить відношення травматичного дефекту зуба до порожнини зуба, а також ймовірні сховані лінії перелому зуба або його кореня.

Морфологічні зміни: виявляються на шліфах зуба у вигляді відколу частини його коронки в межах емалі і частково прошарку дентину.

ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ ЗУБА (із перфорацією пульпової камери)

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на наявність дефекту коронки зуба, що виник унаслідок травми, на постійний гострий біль у зубі, який посилюється від температурних, смакових та тактильних подразників, неможливість відкушування або пережовування їжі.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше

звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої тяжкості; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді виявляють наявність припухлості в ділянці губ або в щічних ділянках, що може виникнути за рахунок набряку та гематоми. Звертають увагу на садна, крововиливи, рани м'яких тканин. Пальпаторно з'ясовують стан шкіри, м'язів, лімфатичних вузлів, слинних залоз. Виявляють больові ділянки, осередки крепітації.

Необхідне зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота, стан слизової оболонки порожнини рота, язика, ясен, оглянути зубні ряди.

Перелом коронки зуба з перфорацією пульпової камери характеризується наявністю повного або часткового дефекту коронки, кровотечею або зянням пульпи в місці дефекту, незначною рухливістю травмованого зуба, гострим, постійним болем, який різко посилюється при зондуванні, від хімічних, термічних та механічних подразників, чутливою перкусією, можливим набряком ясен у ділянці травми.

З додаткових методів діагностики необхідно застосувати ЕОД, яка покаже підвищення порога електрозбудженності пульпи (50-80 мкА), інколиз повною відсутністю чутливості (більше 100 мкА); рентгенографію, що виявить ймовірні сховані лінії перелому зуба або його кореня.

Морфологічні зміни: на шліфах зуба виявляється відкол частини його коронки в межах емалі і дентину з перфорацією пульпової камери або повна відсутність коронки. Мікроскопічно пульпа має набряк, повнокровна, у місцях, наближених до ділянок пошкодження, порушення цілісності судин, геморагії

ПЕРЕЛОМ ВЕРХІВКИ КОРЕНЯ ЗУБА

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на біль у зубі, що посилюється при доторку до коронки, інколи - на його незначну рухливість, що виникли внаслідок травми, неможливість відкушування або пережовування їжі.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої тяжкості; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді виявляють наявність припухлості в ділянці губ або в щічних ділянках, що може виникнути за рахунок набряку та гематоми. Звертають увагу на садна, крововиливи, рани м'яких тканин. Пальпаторно з'ясовують стан шкіри, м'язів, лімфатичних вузлів, слинних залоз. Виявляють больові ділянки, осередки крепітації.

Необхідне зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота, стан слизової оболонки порожнини рота, язика, ясен, оглянути зубні ряди.

Перелом верхівки кореня зуба характеризується незначною рухливістю травмованого зуба, неможливістю повного змикання зубів внаслідок локального болю, тупим, постійним болем у зубі, який посилюється при перкусії або змиканні зубів, можливим набряком ясен ділянці травми.

З додаткових методів діагностики необхідно застосувати ЕОД, яка покаже підвищення порога чутливості зуба або повну його відсутність (більш 180 мкА); рентгенографію альвеолярного відростка в ділянці травмованого зуба, що виявить порушення цілісності кореня у вигляді лінії просвітлення, що перетинає зуб у поперечному, косому або подовжньому напрямках в ділянці верхньої третини; наявність або відсутність осередку розрідження кістки в ділянці верхівки кореня (ознак попереднього хронічного періодонтиту).

Морфологічні зміни, залежать від стану кореневої пульпи. При її цілісності відзначається тільки порушення структур цементу кореня і дентину, набряк і ділянки крововиливів кореневої пульпи на цьому рівні. При розривах тканин кореневої пульпи має місце порушення цілісності судинно-нервового пучка, крововиливи, набряки на ділянках пошкодження.

ПЕРЕЛОМ КОРЕНЯ ЗУБА У ЙОГО СЕРЕДНІЙ ТРЕТІ

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на біль у зубі, що посилюється при дотику до коронки, на його рухливість різного ступеня, що виникли внаслідок травми, неможливість відкушування або пережовування їжі.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої тяжкості; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді виявляють наявність припухлості в ділянці губ або в щічних ділянках, що може виникнути за рахунок набряку та гематоми. Звертають увагу на садна, крововиливи, рани м'яких тканин. Пальпаторно з'ясовують стан шкіри, м'язів, лімфатичних вузлів, слинних залоз. Виявляють больові ділянки, осередки крепітації.

Необхідне зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота, стан слизової оболонки порожнини рота, язика, ясен, оглянути зубні ряди.

Перелом кореня зуба у його середній третині характеризується рухливістю травмованого зуба різного ступеня, неможливістю повного змикання зубів в наслідок болю, тупим, постійним болем у зубі, який посилюється при перкусії або змиканні зубів, набряком ясен у ділянці травми. З додаткових методів діагностики застосувати ЕОД, яка покаже повну відсутність чутливості зуба або підвищення порога електрочутливості пульпи;

рентгенографію альвеолярного відростка в ділянці травмованого зуба, що виявить порушення цілісності кореня у вигляді лінії просвітлення, що перетинає зуб у поперечному або косому напрямках, наявність або відсутність осередку розрідження кістки в ділянці верхівки кореня (ознак попереднього хронічного періодонтиту).

Морфологічні зміни: подібні з картиною перелому кореня зуба в ділянці його верхівки.

ПЕРЕЛОМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ЩЕЛЕПИ

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на постійний біль в області травмованої ділянки щелепи, що посилюється при змиканні зубів та жуванні, порушення прикусу в ділянці травми, припухлість м'яких тканин обличчя, садна, гематоми, кровотечу з рота, утруднення мовлення, головний біль.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в якій лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої тяжкості; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи

наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді виявляють наявність припухлості в ділянці губ або в щічних ділянках, що може виникнути за рахунок набряку та гематоми. Звертають увагу на садна, крововиливи, рани м'яких тканин. Пальпаторно з'ясовують стан шкіри, м'язів, лімфатичних вузлів, слинних залоз. Виявляють больові ділянки, осередки крепітації.

Необхідне зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота, стан слизової оболонки порожнини рота, язика, ясен, оглянути зубні ряди.

Перелом альвеолярного відростку щелепи може бути частковим, повним, осколковим, з дефектом кістки. Характеризується припухлістю м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки, саднами, крововиливами, ранами, змушеним положенням нижньої щелепи - рот відкритий внаслідок болю при змиканні зубів, щадним відкриванням рота, змінами прикусу, симптомом "сходинки" у зубному ряді, болем при перкусії декількох зубів, наявністю слини в порожнині рота з домішками крові, набряком та пошкодженням цілісності слизової оболонки порожнини рота, язика, ясен, одночасною рухливістю декількох зубів, яка відзначається пальпаторно. При бімануальній пальпації - накладанні другого пальця лівої руки на ясна вище проєкції коренів зубів і обережного руху альвеолярної частини щелепи правою рукою, визначають межі між рухливою і нерухомою її ділянками - лінії перелому, який, як правило, має аркоподібну форму.

З додаткових методів діагностики необхідно застосувати рентгенографію альвеолярного відростка або тіла щелепи, що виявить порушення цілісності кістки на рівні або вище верхівок зубів на верхній щелепі і нижче - на нижній щелепі в межах пошкодження, ЕОД сусідніх з ділянкою пошкодження зубів (для визначення життєздатності їх пульпи та вибору подальшої тактики лікування).

Морфологічні зміни: залежать від характеру травми (побутова, спортивна, транспортна, виробнича й ін.), сили та напрямку дії агента, що

травмує, його виду, а також від патогенетичних особливостей пошкодження кісток: безпосередньо на місці дії сили, від перегину, вдавнення, зсуву, розірвання, відбиття. При цьому на одній і тій же кістці, зокрема на нижній щелепі, можливо виникнення ушкодження, що включає всі зазначені патогенетичні характеристики.

При переломах альвеолярних відростків й самих щелеп (без відкритих поранень м'яких тканин), що виникають на місці дії пошкоджуючої сили, спостерігається, у першу чергу, зміни, характерні для забою м'яких тканин, тобто здавлення різноманітного ступеню клітковини, м'язових волокон, судин різноманітного калібру з їхнім частковим розірванням, що супроводжується крововиливами в навколишні тканини.

При забоях окістя волокнисті структури страждають мало, відзначається вдавнення і розриви судин, крововиливи. Такі види порушень звичайно супроводжують переломи кісток без зсуву фрагментів.

При розтрощенні окістя відзначаються різноманітного ступеню порушення в тканинних структурах із виникненням дефектів, значних крововиливів, проте в окремих ділянках вона залишається збереженою. У клініці такі види ушкодження окістя супроводжують переломи кісток із незначним зсувом відламків.

При розірваннях окістя визначається повне порушення його цілісності з розривом судин і навіть відшаруванням від підлягаючих кісткових структур, значні крововиливи в навколишні тканини, особливо в місцях виходу на поверхню внутрішньокісткових судин. Такі види ушкодження окістя супроводжуються переломами кісток із значним зсувом відламків.

Між уламками утворюється гематома. Через 5-6 часів після травми кров, що вилілась, згортається.

При пошкодженнях, що локалізуються в місцях прикріплення жувальних м'язів, відбувається їхнє розтрощення. Досить часто (до 30% випадків) між відламками вщемляються м'які тканини. Кістковий мозок відламків

просочується кров'ю на глибину 1-2 см. У кістково-мозкових балочках утворюються коагуляційні тромби.

3.2 САМОСТІЙНА РОБОТА З ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ЗУБІВ ТА АЛЬВЕОЛЯРНИХ ВІДРОСТКІВ ЩЕЛЕП

АЛГОРИТМ ДІЙ ЛІКАРЯ: надання екстреної допомоги; складання плану надання лікарської допомоги - транспортної (тимчасової) іммобілізації ушкоджених анатомічних утворень; складання плану та проведення кваліфікованого лікування та реабілітації хворого; оформлення медичної документації.

НЕПОВНИЙ ВИВИХ ЗУБА (БЕЗ ПОШКОДЖЕННЯ СУДИННО- НЕРВОВОГО ПУЧКА)

Тактика лікаря:	Послідовність та методика лікарських дій:
<ul style="list-style-type: none"> - знеболення; - репозиція зуба; - фіксація зуба; 	<ul style="list-style-type: none"> - введення ненаркотичних аналгетиків, місцева провідникова та термінальна анестезія; - пальцеве встановлення зуба у анатомічне правильне положення у лунці; - закріплення травмованого зуба у встановленої позиції за допомогою вісімкоподібного лігатурного зв'язування*, пластмасової індивідуальної шини-капи або гладкої шини-скоби.

НЕПОВНИЙ ВИВИХ ЗУБА (ІЗ ПОШКОДЖЕННЯМ СУДИННО- НЕРВОВОГО ПУЧКА)

Тактика лікаря:	Послідовність та методика лікарських дій:
<ul style="list-style-type: none"> - знеболення; - репозиція зуба; 	<ul style="list-style-type: none"> - введення ненаркотичних аналгетиків, місцева провідникова та термінальна анестезія; - пальцеве встановлення зуба у анатомічне правильне

- фіксація зуба;	положення у лунці; - закріплення травмованого зуба у встановленої позиції за допомогою вісімкоподібного лігатурного зв'язування, пластмасової індивідуальної шини-каппи або гладкої шини-скоби;
- ендодонтична підготовка зуба;	- механічна, антисептична обробка коронки пошкодженого зуба, видалення пульпи, механічна, антисептична обробка кореневого каналу, пломбування каналу та порожнини зубу;
- іммобілізація зуба;	- виведення зуба із прикусу за допомогою зішліфовки його бугрів, використання дротяних петель на ріжучій поверхні зубу або завищенням прикусу на сусідніх зубах за допомогою шини-капи (не менше, ніж на 3-6 тижнів).
- протинабрякова терапія;	- гіпотермія пошкодженої ділянки в першу добу 3 інтервалом 15-30 хвилин (пузир з льодом, охолоджуючи компреси, аплікації хлоретіла), давлуча асептична пов'язка на ділянку пошкодження м'яких тканин;
- профілактика запальних ускладнень.	- за показами призначення препаратів антибактеріальної дії (сульфаніламідів або антибіотики широкого спектру), антисептична
	обробка порожнини рота.

ПОВНИЙ ВИВИХ ЗУБА

Тактика лікаря:	Послідовність та методика лікарських дій:
- знеболення;	- введення ненаркотичних анагетиків, місцева провідникова та термінальна анестезія;
- ревізія лунки;	- огляд, механічна та антисептична обробка лунки зуба при його повній відсутності, гемостаз;

- репозиція або реплантація* зуба;	- пальцеве встановлення зуба у анатомічне правильне положення у лунці, при повній відсутності зуба у лунці - його ендодонтична та антисептична підготовка, пересадження у лунку;
- фіксація зуба;	- закріплення травмованого зуба у встановленій позиції за допомогою вісімкоподібного лігатурного зв'язування, пластмасової індивідуальної шини-каппи або гладкої шини-скоби;
- іммобілізація зуба;	- виведення зуба із прикусу за допомогою зішліфовки його бугрів, використання дротяних петель на ріжучій поверхні зуба або завищенням прикусу на сусідніх зубах за допомогою шини-каппи (не менше, ніж на 3-6 тижнів).
- протинабрякова терапія;	- гіпотермія пошкодженої ділянки в першу добу 3 інтервалом 15-30 хвилин (пузир з льодом, охолоджуючі компреси, аплікації хлоретіла), давяча асептична пов'язка на ділянку пошкодження м'яких тканин;
- профілактика запальних складень.	- призначення препаратів антибактеріальної дії (сульфаніламідів або антибіотики широкого спектру), антисептична обробка порожнини рота.

* **Операція реплантації зуба** – оперативне втручання з метою повернення в лунку видаленого зуба або травматичний вивих.

Протипоказання до операції: пародонтит, рухливість зуба; оголення анатомічної шийки зуба; залучення в патологічний процес більш половини верхівки кореня зуба при кістах; апіколатеральні та латеральні гранульоми; карієс кореня; відсутність частини передньої стінки альвеоли; похилий вік пацієнта.

Етапи операції:

- занурювання зуба, що був видалений з різних причин, в теплий ізотонічний розчин із додаванням антибіотиків на увесь термін втручання;
- очищення лунки від грануляцій, патологічно змінених тканин, промивання лунки розчинами антисептиків або антибіотиків;
- механічне очищення і медикаментозна обробка кореневих каналів і каріозної порожнини (якщо вона є) видаленого зуба, з дотримкою всіх правил асептики та антисептики, їхнє пломбування;
- незначна резекція верхівки кореня зуба;
- введення підготовленого зуба в його лунку;
- фіксація зуба шиною або лігатурною пов'язкою не менш, ніж на 3 тижні.

Приживлення реплантованого зуба може здійснюватись за трьома типами зрощення кореня з альвеолою: за **періодонтальним типом**, що відбувається при повному збереженні окістя альвеоли і залишків періодонта на корені зуба; за **періодонтально-фіброзним типом**, що відбувається при частковому збереженні окістя альвеоли та періодонта кореня; за **остеоїдним типом**, що спостерігається при повної відсутності окістя альвеоли і періодонта кореня реплантованого зуба.

Прогноз наслідків оперативного лікування найбільше сприятливий при періодонтальному типі зрощення кореня, найменш сприятливий - при остеоїдному. Реплантований зуб може бути використаний під опору мостоподібного протеза.

ЗАБИТИЙ ВИВИХ ЗУБА

<u>Тактика лікаря:</u>	<u>Послідовність та методика лікарських дій:</u>
- знеболення;	введення ненаркотичних аналгетиків, місцева провідникова та термінальна анестезія;
- репозиція зуба;	пальцеве або інструментальне

	встановлення зуба у анатомічне правильне положення у лунці, при неможливості - накладання апаратів з еластичним витягуванням; реплантація;
- ендодонтична підготовка зуба;	закріплення травмованого зуба у встановленій позиції за допомогою вісімкоподібного лігатурного зв'язування, пластмасової індивідуальної шини-каппи або гладкої шини-скоби;
- іммобілізація зуба;	механічна, антисептична обробка коронки пошкодженого зуба, вскриття порожнини зуба, видалення пульпи, механічна, антисептична обробка кореневого каналу, пломбування каналу та порожнини зуба;
- фіксація зуба;	виведення зуба із прикусу за допомогою зішліфовки його бугрів, використання дротяних петель на ріжучій поверхні зуба або завищенням прикусу на сусідніх зубах за допомогою шини-каппи (не менше, ніж на 3-6 тижнів).
- протинабрякова терапія;	гіпотермія пошкодженої ділянки в першу добу з інтервалом 15-30 хвилин (пузир з льодом, охолоджуючі компреси, аплікації хлоретіла), давяча асептична пов'язка на ділянку пошкодження м'яких тканин;

-профілактика запальних ускладнень.	- призначення препаратів антибактеріальної дії (сульфаніламиди або антибіотики широкого спектру), антисептична обробка порожнини рота.
-------------------------------------	--

ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ ЗУБА (БЕЗ ПЕРФОРАЦІЇ ПУЛЬПОВОЇ КАМЕРИ)

Тактика лікаря:	Послідовність та методика лікарських дій:
- відновлення анатомічної форми коронки зуба.	- терапевтичними або ортопедичними методами лікування відновити (реставрувати) анатомічну форму коронки зуба.

ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ ЗУБА (із перфорацією пульпової камери)

Тактика лікаря:	Послідовність та методика лікарських дій:
- знеболення; - терапевтичне (ендодонтичне), ортопедичне лікування.	- введення ненаркотичних аналгетиків, місцева провідникова та термінальна анестезія; - механічна, антисептична обробка коронки пошкодженого зуба, видалення пульпи, механічна, антисептична обробка кореневого каналу, пломбування каналу та порожнини зуба, терапевтичними або ортопедичними методами лікування відновити (реставрувати) анатомічну форму коронки зуба.

ПЕРЕЛОМ ВЕРХІВКИ КОРЕНЯ ЗУБА

Тактика лікаря:	Послідовність та методика лікарських дій:
<ul style="list-style-type: none"> - знеболення; - ендодонтична підготовка зуба; - операція резекції верхівки кореня*; - протинабрякова терапія; - профілактика запальних ускладнень. 	<ul style="list-style-type: none"> - введення ненаркотичних аналгетиків, місцева провідникова та термінальна анестезія; - механічна, антисептична обробка коронки пошкодженого зуба, вскриття порожнини зуба, видалення пульпи, механічна, антисептична обробка кореневого каналу, пломбування каналу та порожнини зуба; - видалення відламаної частини верхівки кореня методом оперативного втручання на альвеолярному відростку; - давяча асептична пов'язка на ділянку пошкодження м'яких тканин, дегідратаційна терапія; - призначення препаратів антибактеріальної дії (сульфаніламідів або антибіотиків широкого спектру), антисептична обробка порожнини рота.

* **Резекція** верхівки кореня показана при травматичному переломі верхівки кореня, клінічно виражених симптомах хронічного верхівкового періодонтиту, неможливості герметично закрити порожнину зуба, наявності нориць, радикулярних кіст. На верхній щелепі операцію здійснюють переважно у різців, іклів і премолярів, рідше у молярів унаслідок близькості дна верхньощелепової пазухи та труднощів доступу до піднебінного кореня. На нижній щелепі операцію роблять у передніх шести зубів внаслідок особливостей анатомії нижньощелепної кістки.

Протипоказання до операції: пародонтит, рухливість зуба; оголення анатомічної шийки зуба; залучення в патологічний процес більш половини кореня зуба при кістах; апіколатеральні та латеральні гранульоми; карієс кореня; відсутність передньої стінки альвеоли.

Етапи операції: після знеболення виконують розтин слизової оболонки та окістя до кістки овальної, трапецієподібної (кутової) форми в межах проекції коренів двох зубів, сусідніх з зубом, що буде оперований, з розрахунком, щоб верхівка клаптя знаходилась на рівні середини довжини їх коренів. Распатором відшаровують слизово-окісний клапоть від кістки та утримують його гачком чи лігатурою. Далі, за допомогою борів чи долота, трепанують кісткову стінку альвеоли в проекції верхівки кореня зуба, що буде резецирований. Оголивши корінь зуба, знаходять переламану верхівку та видаляють її екскаватором або кюретажною ложкою. Операційну рану декілька разів обробляють антисептиками, можливе залишення у післяопераційній порожнині антибіотиків та кровоспинних препаратів.

Закінчують операцію вкладанням на місце слизово-окісного клаптя. Його закріплюють 3-4 вузлуватими кетгуттовими чи шовковими швами, які знімають на 5-6 добу.

ПЕРЕЛОМ КОРЕНЯ ЗУБА У ЙОГО СЕРЕДНІЙ ТРЕТИНІ

Тактика лікаря:	Послідовність та методика лікарських дій:
- знеболення;	- введення ненаркотичних аналгетиків, місцева провідникова та термінальна анестезія;
- операція видалення зубу (для однокорневих зубів);	- за допомогою щипців та елеваторів чи атиповими методами (за допомогою бора; долота та молотка) видаляються фрагменти травмованого зуба, - при необхідності з операцією альвелектомії;
- операція гемі - секції* або ампутації** кореня (для багатокорневих зубів)	- видалення одного з відламаних коренів (після ендодонтичного лікування інших коренів зуба) методом оперативного втручання на альвеолярному відростку;
- протинабрякова	- дегідратаційна терапія;

терапія; - профілактика запальних ускладнень.	- призначення препаратів антибактеріальної дії (сульфаніламідни або антибіотики широкого спектру), антисептична обробка порожнини рота.
--	---

***Гемисекція** - видалення одного кореня разом із частиною коронки багатокореневого зуба (частіше це половина зуба).

****Ампутація** - видалення кореня при зберіганні коронкової частини багатокореневого зуба.

Показання до проведення цих операцій: наявність кісткових кишень в ділянці одного з коренів багатокореневого зуба; пришийковий карієс одного з коренів багатокореневого зуба; перелом кореня багатокореневого зуба; вертикальний перелом багатокореневого зуба; наявність міжкореневої гранульоми або розрідження вершини міжкореневої перетинки після перфорації дна пульпової камери при ендодонтичному лікуванні зуба.

Протипоказання до проведення операцій гемисекції та ампутації: значний дефект кісткової тканини лунки; випадки, коли зуб не має функціональної або косметичної цінності; наявність зрослих коренів зуба; гостре запалення слизової оболонки порожнини рота.

Гемисекцію зуба та ампутацію кореня проводять двома способами - із відшаровуванням слизово-надкісткового клаптя та альвелектомією і без формування клаптя.

При гемисекції сепараційним диском або бором сепарують коронку зуба, що терапевтично санований, з таким розрахунком, щоб разом із половиною коронки було можливо видалення кореня, що не піддається лікуванню. Видаляють цей корінь кореневими щипцями або елеватором, видаляють змінені тканини, грануляції, лунку видаленого кореня тампують йодоформною марлею або тампоном з антибіотиком, або з анестетиком. Після загоєння лунки на частину коронки з коренем, що залишився, виготовляють металеву коронку, що можливо використовувати для подальшого протезування.

При **ампутації кореня** після утворення слизово-надкісткового клаптя видаляють стінку альвеоли, як правило, вестибулярно, відокремлюють за допомогою бора підлягаючий видаленню корінь. Видаляють змінені тканини з лунки кореня, куксу коронки зішлифовують. Слизово-надкістковий клапоть повертають на попереднє місце й фіксують кетгутом або шовком.

Альвелектомія - операція видалення стінки альвеоли або частини альвеолярного відростка - проводиться під час атипичного видалення зуба. Етапи операції: на підлеглої втручання ділянці альвеолярного відростка проводять вертикальні або трапецієподібні (кутові) розтини слизової оболонки й окістя до кістки довжиною 1,5-2 см, створюючи П-подібний або трапецієподібний клапоть. Слизово-надкістковий клапоть відшаровують. Край альвеоли скушують кістковими щипцями або видаляють бором (фрезою). За допомогою елеваторів, долота видаляють пошкодженій корінь зуба, патологічне змінені тканини. Гострим жолобуватим долотом або кістковими ложками згладжують поверхню альвеолярного краю. У основи клаптя для більшої його рухливості надсікають горизонтальним розтином окістя, клапоть вкладають на місце й краї рани зшивають вузлуватими швами (кетгутом або капронової ниткою). Після операції хворому призначають аналгетики, ретельну гігієну порожнини рота, щадящу їжу на один-два тижні.

ПЕРЕЛОМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ЩЕЛЕП

Тактика лікаря:	Послідовність та методика лікарських дій:
- знеболення;	- введення ненаркотичних аналгетиків, місцева провідникова та термінальна анестезія;
- ПХО ран м'яких тканин (за показаннями);	- проведення хірургічної обробки ран м'яких тканин згідно строків, показань, їх локалізації.
- репозиція відламка;	- пальцеве встановлення відламка у анатомічне правильне положення (до відновлення безперервності

	зубного ряду при наявності всіх зубів);
- видалення пошкоджених зубів (за показаннями);	- видалення зуба при проходженні лінії перелому через його альвеолу, при переломі кореня або коли корінь зуба є перешкодою для репозиції відламка альвеолярного відростка;
- фіксація відламка;	- закріплення відламка у встановленої позиції за допомогою гладкої шини-скоби* або пластмасової шини-капи терміном на 3-5 тижнів;
- ендодонтичне лікування зубів (за показаннями);	- механічна, антисептична обробка коронок пошкоджених зубів, видалення пульпи, механічна, антисептична обробка кореневих каналів, пломбування каналів та порожнин зубів;
- іммобілізація альвеолярного відростка;	- виведення альвеолярного відростка із функції за допомогою накладання дротяних петель на різучі поверхні зубів або завищенням прикусу на сусідніх зубах за допомогою шини-капи (не менше, ніж на 3-5 тижнів);
- профілактика запальних ускладнень;	- призначення препаратів антибактеріальної дії (сульфаніламідів або антибіотики широкого спектру), антисептична обробка порожнини рота.
- загальнозміцнююча терапія	- призначення вітамінів С, А, Е, групи В, мінеральних комплексів, біостимуляторів;
- фізіотерапія;	- у першій фазі раневого процесу призначають фактори знеболюючої та протинабрякової дії (електрофорез анестетиків або аналгетиків, остеотропних антибіотиків, атермічні дози УВЧ, дарсонвалізація, ДДТ), у другій фазі - фактори, що прискорюють мінералізацію кісткової мозолі (електрофорез Са, загальне та місцеве УФО);
- дієтотерапія;	- щелепний стіл № 2 на 2-4 тижні, потім поступовий

	перехід на загальний стіл (№ 15);
- оформлення документації та проведення експертизи непрацездатності	- заповнення медичної картки стоматологічного хворого або історії хвороби стаціонарного хворого, визначення строків непрацездатності хворого (за даними ліквідації больового симптому та відновлення функцій відкушування, жування, мови - до 20-25 днів).

*** Методика виготовлення та накладання гладкої шини-скоби**

Використання цієї шини показано при переломах середнього та частково бокового відділу альвеолярних відростків щелеп, коли на відламках, а також на непошкоджених ділянках щелепи є достатня кількість стійких зубів (не менш 2-3).

Ця шина повинна мати форму відповідного участка зубної дуги (частина овалу) та прилягати до шийкової частини зубу, не пошкоджуючи ясеневого краю. Для покращання стійкості шини та більш щільного скріплення відламків кінець дротяної дуги загибають у вигляді гачка, або петлі, що охоплює останній зуб у зубній дузі з дистальної та частково оральної сторони, чи входить у міжзубний проміжок. Гачок або петля не повинні травмувати оточуючі тканини.

Гарне скріплення відламків щелепи досягається у тому випадку, коли дротяна шина прив'язана лігатурним дротом до найбільшої кількості стійких зубів. Міжзубні лігатури закручують у напрямку руху годинникової стрілки, кінці лігатур відрізають та загинають таким чином, щоб запобігти також на непошкоджених ділянках щелепи є достатня кількість стійких зубів (не менш 2-3).

Ця шина повинна прилягати до шийкової частини зубу, не пошкоджуючи ясеневого краю. Для покращання стійкості шини та більш щільного скріплення відламків кінець дротяної дуги загибають у вигляді гачка, або петлі, що охоплює останній зуб у зубній дузі з дистальної та частково оральної сторони, чи входить у міжзубний проміжок. Гачок або петля не повинні травмувати оточуючі тканини.

Гарне скріплення відламка в щелепи досягається у тому випадку, коли дротяна шина прив'язана лігатурним дротом до найбільшої кількості стійких зубів. Міжзубні лігатури закручують у напрямку руху годинникової стрілки, кінці лігатур відрізають та загинають таким чином, щоб запобігти пошкодженню ясеневих сосотів та щік постраждалого. Постраждалий з переломом альвеолярного відростка нижньої щелепи після накладання гладкої шини-скоби повинен носити давлючу пращоподібну пов'язку для іммобілізації щелепи.

РОЗДІЛ 4

МЕХАНІЧНІ НЕВОГНЕПАЛЬНІ ПОШКОДЖЕННЯ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Мета заняття:

- навчитися визначати характер механічної невогнепальної травми нижньої щелепи;
- навчитися наданню невідкладної та лікарської допомоги постраждалим з пошкодженнями нижньої щелепи;
- навчитися складанню плану комплексного лікування постраждалих з пошкодженнями нижньої щелепи та оформленню медичної документації.

ПИТАННЯ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ:

Особливості анатомо-топографічної будови нижньої щелепи.

Загальні принципи діагностики ушкоджень нижньої щелепи.

Загальні принципи невідкладної допомоги хворим з пошкодженнями нижньої щелепи.

Статистика, класифікація, клініка, діагностика і лікування вивихів нижньої щелепи.

Статистика, класифікація, клініка, діагностика невогнепальних переломів нижньої щелепи.

Методи тимчасової іммобілізації нижньої щелепи.

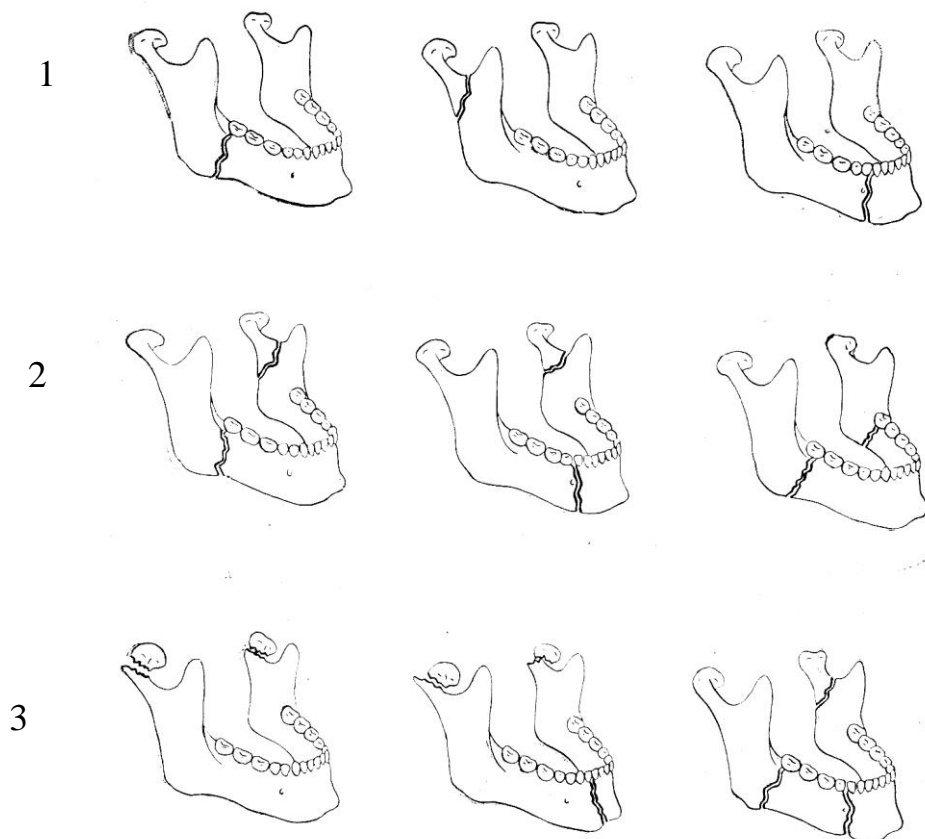
Ортопедичні методи лікування переломів нижньої щелепи.

Хірургічні методи лікування переломів нижньої щелепи.

МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Череп.
2. Нижня щелепа.
3. Муляж «М'язи дна порожнини рота».
4. Муляж «Жувальні м'язи».
5. Моделі щелеп пластмасові.
6. Шприці з голками.

7. Анестетики.
8. Стандартна стрічкова шина Васильєва.
9. Лігатурний дріт та алюмінієвий дріт для шинування.
10. Ножиці для різання металу.
11. Ножиці медичні.
12. Крампонні щипці
13. Хірургічні та анатомічні пінцети.
14. Скальпель.
15. Распатор.
16. Кровоспинні затискачі.
17. Гачки Фарабефа.
18. Затискачі Кохера
19. Ріжучі голки.
20. Голкотримачі.
21. Бормашина та бори
22. Перев'язувальний матеріал.
23. Дріт для остеосинтезу.
24. Набір рамок для остеосинтезу.
25. Набір мініпластин і шурупів для остеосинтезу.
26. Шпиці Киршнера для остеосинтезу.
27. Апарат Рудька
28. Стандартна підборідна праща Ентіна.
29. Набір марлевих і гіпсових бинтів.
30. Лабораторні пластмасові шини
31. Набір інструментарію для видалення зубів.
32. Стоматологічні пластмаси



Мал. 1. Найбільш типові варіанти локалізації переломів нижньої щелепи:
1 – одинарні; 2 – подвійні; 3 – множинні.

4.1. САМОСТІЙНА РОБОТА З ДІАГНОСТИКИ ПОШКОДЖЕНЬ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

АЛГОРИТМ ДІЙ: опитування, огляд, пальпація, перкусія, рентгенографія кісток лицевого черепа обзорна та нижньої щелепи прицільна, ортопантомографія, ЕОД, загальноклінічні лабораторні обстеження. Визначення діагнозу.

ПЕРЕДНІЙ ВИВИХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на неможливість закрити рот, пов'язану з цім неможливість мови та прийому їжі, на болі попереду козелка вуха, слинотечу.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої тяжкості; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС* При обстеженні пацієнта з вивихом нижньої щелепи відзначають характерні ознаки:

- *рот пацієнта широко відкритий або відкритий наполовину;*
- *губи не стуляються або стуляються з зусиллям;*
- *підборіддя висунуто уперед, розташовано по середній лінії або зміщено убік;*
- *рухи нижньої щелепи обмежені, різко болісні;*
- *можливе збільшення розміру щоки на стороні зсуву нижньої щелепи та її сплюснення на протилежній стороні (однобічний вивих), або можливе, що обидві щоки сплюснені і напружені, під шкірою пальнуються напружені жувальні м'язи (двобічний вивих);*
- *при пальпації через зовнішні слухові проходи і попереду козелка вуха відмічається зсув суглобних голівок нижньої щелепи, які можуть не*

визначатися (буде виявлятися западіння з одного або з обох боків). При пальпації передньої стінки зовнішнього слухового проходу рух суглобних голівок нижньої щелепи може не визначатися;

- *задній край гілки нижньої щелепи має змінене положення - кут щелепи спрямований до заду з одного або з обох боків;*
- *під вилицевою дугою, попереду суглобного бугорка буде пальпуватися кісткове утворення, що при обмежених рухах нижньої щелепи буде рухливим з однієї або обох сторін;*
- *при огляді порожнини рота визначається відкритий прикус;*
- *пальпацією крилоподібно-нижньощелепових складок визначають розташування вінцевих відростків нижньої щелепи.*

Необхідне зробити огляд порожнини рота, стан слизової оболонки порожнини рота і язика, оглянути зубні ряди.

Морфологічні зміни: макроскопічно при передньому вивиху відзначається нефізіологічний зсув суглобової голівки на суглобовий горбик або на його передній схил. Мікроскопічно шкірні покриви не змінені, оточуючі суглоб тканини набряклі. Має місце розтяг, а місцями розриви суглобової капсули, судини зв'язкового апарата повнокровні, місцями осередки крововиливів за рахунок пошкодження судин, судини меніска в ділянках прикріплення до суглобної капсули повнокровні. У верхній і нижній порожнинах суглоба крововиливи різноманітного характеру у залежності від варіантів зсуву меніска.

ЗАДНІЙ ВИВИХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на неможливість відкрити рот, пов'язану з цим неможливість мови та прийому їжі, на болі попереду козелка вуха.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і

обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТТРАВМАТОЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої тяжкості; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: При обстеженні пацієнта з вивихом нижньої щелепи відзначають характерні ознаки:

- *рот пацієнта закритий;*
- *підборіддя задвинуте дозаду, розташоване по середній лінії або зміщене убік;*
- *при пальпації через зовнішні слухові проходи і попереду козелка вуха відмічається зсув суглобних голівок нижньої щелепи, які можуть не визначатися (буде виявлятися западіння з одного або з обох боків). При пальпації передньої стінки зовнішнього слухового проходу рух суглобних голівок нижньої щелепи не визначається;*
- *задній край гілки нижньої щелепи має змінене положення - кут щелепи спрямований до заду з одного або з обох боків;*
- *під зовнішнім слуховим проходом буде пальпуватися кісткове утворення, що при обмежених рухах нижньої щелепи буде рухливим з однієї або обох сторін;*

- *при огляді порожнини рота визначається глибокий прикус; контакту на великих корінних зубах немає.*

Необхідне зробити огляд порожнини рота, стан слизової оболонки порожнини рота і язика, оглянути зубні ряди.

Морфологічні зміни: макроскопічно при задньому вивиху відзначається нефізіологічний зсув суглобової голівки дозад. Мікроскопічно шкірні покриви не змінені, оточуючі суглоб тканини набряклі. Має місце розтяг, а місцями розриви суглобової капсули, судини зв'язкового апарата повнокровні, місцями осередки крововиливів за рахунок пошкодження судин, судини меніска в ділянках прикріплення до суглобної капсули повнокровні. У верхній і нижній порожнинах суглоба крововиливи різноманітного характеру у залежності від варіантів зсуву меніска.

ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПО СЕРЕДНІЙ ЛІНІЇ **СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО**

СКАРГИ: на гострий постійний біль у ділянці підборіддя, який виник після травми та посилюється під час жування і відкушування їжі; неможливість у повному обсязі відкрити рот; припухлість м'яких тканин підборіддя і підпідборіддя; садна, гематоми; кровотечу з порожнини рота; головний біль, запаморочення, нудоту, блювоту.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД),

шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

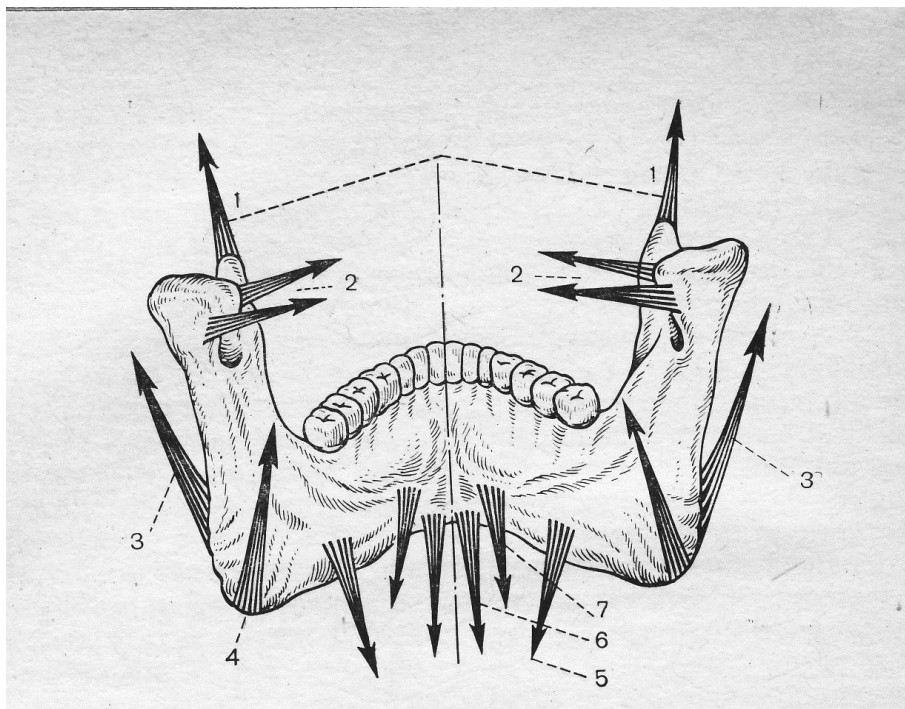
ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої тяжкості; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: При обстеженні пацієнта з переломом нижньої щелепи по середній лінії визначають характерні ознаки:

- наявність припухлості м'яких тканин, особливо в ділянках підборіддя та підпідборіддя за рахунок післятравматичного набряку (мал. 1.1);
- шкіра над припухлістю в кольорі може бути не змінена, добре збиратися в складку або мати синюшний (жовто-зелений) відтінок (підшкірний крововилив), або бути щільною і болісною за рахунок запального інфільтрату;
- шкіра може бути пошкодженою (садна, рани);
- відмічається обмеження відкривання рота внаслідок болю;
- наявність в слині домішок крові;
- можливе незначне порушення прикусу, симптом "сходинки" в зубному ряді у лінії перелому;
- порушення цілісності слизової оболонки альвеолярного відростка (між 31 і 41);
- пальпаторно може виявлятися кістковий виступ по нижньому краю підборіддя (симптом кісткової сходинки), крепітація. При бімануальній пальпації визначається патологічна рухливість відламків щелепи по середній лінії, позитивний симптом навантаження на підборіддя.

Характерне направлення зміщення відламків щелепи:

При переломі нижньої щелепи по середній лінії формуються два однакових за розмірами відламка, до яких фіксується однакова кількість м'язів, що опускають та піднімають щелепу, тому відламки зазвичай не зміщуються. (Мал. 2). Однак, на практиці напрямок лінії перелому рідко проходить чітко по середній лінії щелепи. Лінія перелому, як правило, відхиляється у бік від ментального пагорба та закінчується у проекції верхівки кореня другого різця або ікла. В цьому випадку відмічається незначне зміщення великого відламка донизу, так як на ньому прикріплюється більше м'язових волокон, що опускають нижню щелепу. При косому розташуванні щілини перелому зміщення відламків здійснюється також за напрямком друг до другу (у горизонтальній площині) за рахунок скорочення латеральних крилоподібних м'язів, що веде до звуження зубної дуги та порушенню прикусу. Внаслідок тяги щелепно-під'язикового м'язу альвеолярна частина відламків дещо нахилиється досередини (до середній лінії).



Мал. 2. Напрямок тяги м'язів, що прикріплюються до нижньої щелепи:
1 – скроневий м'яз; 2 – зовнішній крилоподібний м'яз; 3 – жувальний м'яз; 4 – внутрішній крилоподібний м'яз; 5 – щелепно-під'язиковий м'яз; 6 – підборідно-під'язиковий м'яз; 7 – підборідно-язиковий м'яз.

Пальпаторно необхідно з'ясувати стан м'яких тканин обличчя, лімфатичних вузлів, слинних залоз, виявити інші больові ділянки. Необхідне оглянути переддвір'я порожнини рота, описати стан слизової оболонки тканин порожнини рота і язика, відзначити в якій ділянці є її гіперемія, набряк, імбібіція кров'ю. Здійснити перкусію зубів, розташованих з обох боків від щілини перелому, що, як правило, незначно болісна.

З додаткових методів діагностики призначають рентгенографію нижньої щелепи в прямій і боковій (для виявлення перелому в інших слабких місцях) проекціях. Це дослідження виявить порушення цілісності кісткової тканини, відношення щілини перелому до зубів (між 31 і 41, 31 і 32, 41 і 42), стан кісткової тканини в ділянці фрагментів щелепи і коренів зубів, характер і ступінь зсуву відламків, наявність кісткових осколків, інородних тіл. Призначають консультацію нейрохірурга для виключення струсу головного мозку.

ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ДІЛЯНЦІ МЕНТАЛЬНОГО ОТВОРУ - ОДНОБІЧНИЙ

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на гострий постійний біль в ділянці нижньої щелепи на рівні ікла (справа або зліва), який виник після травми та посилюється при відкриванні рота, під час жування і відкушування їжі; припухлість м'яких тканин підборіддя, підпідборіддя, ментальної і підщелепної ділянок (справа або зліва); садна, гематоми; кровотечу з порожнини рота; неможливість правильно зімкнути зубні ряди; головний біль, запаморочення, нудоту, блювоту.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої тяжкості; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

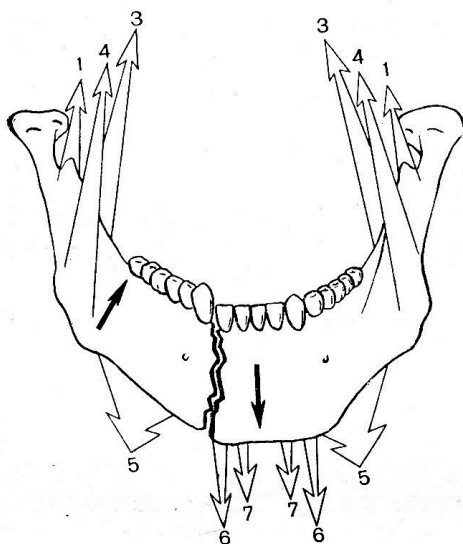
МІСЦЕВИЙ СТАТУСУ. При обстеженні пацієнта з однобічним ментальним переломом нижньої щелепи визначають характерні ознаки:

- наявність припухлості м'яких тканин підборіддя, підпідборіддя, ментальної та підщелепної ділянок (справа або зліва) за рахунок посттравматичного набряку;
- шкіра над припухлістю в кольорі може бути не змінена, добре збиратися в смужку або мати синюшний (жовто- (підшкірний крововилив), або бути щільною і болісною при наявності запального інфільтрату;
- шкіра може бути пошкодженою (садна, рани);
- відмічається затруднене та обмежене відкривання рота за рахунок болю та зміщення відламків;
- ймовірно відхилення середньої лінії підборіддя в правій або лівій бік;
- наявність в слині домішок крові,
- можливе порушення прикусу - симптом "сходинки" в зубному ряді у лінії перелому, дистально від лінії перелому, як правило, є бугорковий контакт зубів, медіально - контакт зубів може бути відсутнім (за рахунок зсуву великого уламка щелепи до низу);

- порушення цілісності слизової оболонки альвеолярного відростка (між 34, 35, 33 або 43, 44, 45);
- пальпаторно може виявляться кістковий виступ по нижньому краю нижньої щелепи у ментальному відділі (симптом кісткової сходинки), крепітація відламків. При бімануальній пальпації визначається патологічна рухливість відламків щелепи. Легким тиском долонню на підборіддя визначають позитивний симптом навантаження в місці перелому щелепи.

Характерне направлення зміщення відламків щелепи: При

однобічному ментальному переломі нижньої щелепи відтворюється два нерівнозначних відламка, на яких фіксується різна кількість м'язів, що зміщують щелепу (Мал. 3). До великого відламка фіксуються м'язи, що піднімають щелепу, та більша кількість м'язів дна порожнини рота, що опускають щелепу. До малого відламка фіксуються м'язи, що піднімають щелепу, та невелика кількість м'язів, що опускають щелепу. Тому, великий відламок зміщується донизу та у бік перелому (тяга латерального крилоподібного м'яза на непошкодженому боці), а малий відламок - догори та в середину.



Мал. 3. Типове зміщення відламків під впливом тяги м'язів при переломі нижньої щелепи в ділянці підборіддя:

- 1 – скроневий м'яз; 3 – внутрішній крилоподібний м'яз; 4 – жувальний м'яз;
 5 – щелепно-під'язиковий м'яз; 6 – підборідно-язиковий м'яз;
 7 – підборідно-під'язиковий м'яз.

Пальпаторно необхідне з'ясувати стан м'яких тканин обличчя, лімфатичних вузлів, слинних залоз, виявити інші больові ділянки. Необхідне оглянути переддвір'я порожнини рота, описати стан слизової оболонки тканин порожнини рота і язика, відзначити в якій ділянці є її гіперемія, набряк, імбібіція кров'ю. Здійснити перкусію зубів, розташованих з обох боків від лінії перелому, що, як правило, незначно болісна.

З додаткових методів діагностики призначають рентгенографію нижньої щелепи в прямій і боковій проекціях. Це дослідження виявить порушення цілісності щелепи, відношення щілини перелому до зубів (між 34, 35, 33 або 43, 44, 45), стан кісткової тканини в ділянці фрагментів і коренів зубів, характер і ступінь зсуву відламків, наявність осколків 9 інорідних тіл. Призначають консультацію нейрохірурга для виключення струсу головного мозку.

ОДНОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ ТІЛА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІЛЯНЦІ МОЛЯРІВ

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на гострий постійний біль у ділянці тіла нижньої щелепи (справа або зліва), який виник після травми та посилюється при відкриванні рота, під час жування і відкушування їжі; неможливість правильно зімкнути зуби; на припухлість у щічній і піднижньощелепній ділянках (справа або зліва); садна, гематоми; кровотечу з порожнини рота; оніміння шкіри нижньої губи; головний біль, запаморочення, нудоту, блювоту.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої тяжкості, тяжкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС. При обстеженні пацієнта з одностороннім переломом тіла нижньої щелепи у ділянці молярів визначають характерні ознаки:

- наявність припухлості в нижньому відділі щічної і піднижньощелепової ділянок (зліва або справа) за рахунок післятравматичного набряку;
- шкіра над припухлістю в кольорі може бути не змінена, добре збиратися в складку або мати синюшний (жовто-зелений) відтінок (підшкірний крововилив), або бути щільною і болісною при наявності запального інфільтрату;
- шкіра може бути пошкодженою (садна, рани);
- відмічається затруднене та обмежене відкривання рота за рахунок болю та зміщення відламків;
- наявність в слині домішок крові;
- відхилення середньої лінії підборіддя в правій або лівій бік;
- порушення прикусу - симптом "сходінки" в зубному ряді по лінії перелому, дистально від лінії перелому, як правило, є бугорковий контакт у ділянці великих, а іноді малих кореневих зубів (щічні бугри зубів контактують з піднебінними буграми зубів-

антагоністів), медіально -контакт зубів біля щілини перелому відсутній (за рахунок зсуву великого уламка щелепи до низу), зубна дуга звужена;

- наявність чи відсутність порушення цілісності слизової оболонки альвеолярного відростка (між 37, 36, 35 або 45, 46, 47);
- позитивний симптом Венсана на боці пошкодження;
- пальпаторно може виявляться кістковий виступ по нижньому краю нижньої щелепи в проекції молярів (симптом кісткової сходинки), кренітація відламків. При бімануальній пальпації визначається патологічна рухливість відламків щелепи. Легким тиском долонню на підборіддя або на гілки щелепи визначають позитивний симптом навантаження в місці перелому.

Характерне направлення зміщення відламків щелепи: при однобічному переломі нижньої щелепи у ділянці молярів утворюються два нерівнозначних відламка – малий (36, 37, 38 або 46, 47, 48 зубами та гілкою щелепи) до якого фіксуються м'язи, що піднімають щелепу та здвигають її досередини (скроневий, медіальний та латеральний крилоподібні, частково - жувальний м'язи), та великий відламок (з зубним рядом та другою гілкою щелепи), до якого фіксуються м'язи дна порожнини рота, що опускають щелепу до низу, та м'язи протилежного боку, що піднімають щелепу. Тому малий відламок переміщується доверху та всередину (тяга м'язів дна порожнини рота та власна маса відламка, латерального крилоподібного м'язу), альвеолярна частина його нахилиться у середину (тяга щелепно-під'язикового м'язу), основа нижньої щелепи зміститься зовні (тяга жувального м'язу), а великий відламок зміщується донизу та у бік перелому.

Пальпаторно необхідне з'ясувати стан м'яких тканин обличчя, лімфатичних вузлів, слинних залоз, виявити інші больові ділянки. Необхідне оглянути переддвір'я порожнини рота, описати стан слизової оболонки тканин порожнини рота і язика, відзначити в якій ділянці є її гіперемія, набряк,

імбібіція кров'ю. Здійснити перкусію зубів, розташованих з обох боків від лінії перелому, що, як правило, незначно болісна.

З додаткових методів діагностики призначають рентгенографію нижньої щелепи в прямій і боковій проєкціях. Це дослідження виявить порушення цілісності щелепи, відношення щілини перелому до зубів (між 35, 36, 37 або 45, 46, 47), стан кісткової тканини в ділянці фрагментів і коренів зубів, характер і ступінь зсуву відламків, наявність осколків, інородних тіл. Призначають консультацію нейрохірурга для виключення струсу головного мозку.

ОДНОБІЧНИЙ АНГУЛЯРНИЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на гострий постійний біль в ділянці кута нижньої щелепи (справа або зліва), що виник після травми. Біль посилюється при відкриванні рота, під час жування і відкушування їжі, неможливість широко відкрити рот; припухлість у піднижньощелеповій, занижньощелеповій та привушножувальній ділянках (справа або зліва); садна, гематоми; кровотечу з порожнини рота; оніміння нижньої губи; головний біль, запаморочення, нудоту, блювоту.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки сполученої травми (непритомність, амнезія, нудота, блювота, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої тяжкості, тяжкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

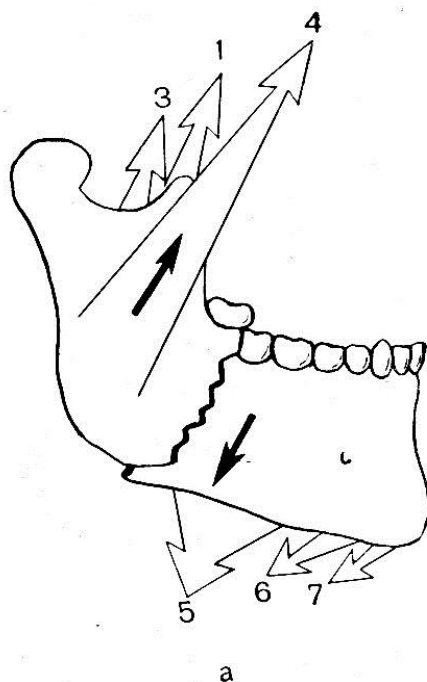
МІСЦЕВИЙ СТАТУС: При обстеженні постраждалого з однобічним ангулярним переломом нижньої щелепи визначають характерні ознаки:

- наявність припухлості у привушно-жувальній, піднижньощелепній, позадунижньощелепній, можливо, у нижньому відділі щічної ділянок (зліва або справа) за рахунок післятравматичного набряку (мал. 1.1.);
- шкіра над припухлістю в кольорі може бути не змінена, добре збиратися в складку або мати синюшний (жовто-зелений) відтінок (підшкірний крововилив), бути щільною і болісною при наявності запального інфільтрату;
- шкіра може бути пошкодженою (садна, рани);
- відмічається затруднене та обмежене відкривання рота за рахунок болю та зміщення відламків; /
- можливе відхилення середньої лінії підборіддя в правий або лівий бік;
- наявність в слині домішок крові,
- порушення прикусу - симптом "сходинки" у лінії перелому за 38 або 37, 48 зубом за рахунок зсуву малого уламка щелепи вгору;
- на стороні перелому контакт зубів може бути відсутнім, але на протилежній стороні щелепи бугорковий контакт молярів звичайно має місце;
- можливе порушення цілісності слизової оболонки альвеолярного відростка за 38 або 48 зубами;
- позитивний симптом Венсана на боці пошкодження;

- *пальпаторно може виявляться кістковий виступ по нижньому краю нижньої щелепи у ділянці кута нижньої щелепи (симптом кісткової сходинки), крепітація відламків. При бімануальній пальпації визначається патологічна рухливість відламків щелепи. Легким тиском долоні на підборіддя або гілки щелепи визначають позитивний симптом навантаження в місці перелому.*

Характерне направлення зміщення відламків щелепи: Можливі три варіанти розташування лінії перелому - попередку лунки 38 або 48 зубів (перелом між 38 та 37 або 48 та 47 зубами), через лунку або фолікул 38 або 48 зубів, за лунками 38 або 48 зубів. Утворюються два нерівнозначних відламка: у першому варіанті - малий з 38 або 48 зубом та гілкою щелепи (можлива відсутність зубів), до якого фіксуються м'язи, що піднімають щелепу та здвигають її досередини (скроневий, медіальний та латеральний крилоподібні, частково - жувальний м'язи), та великий відламок з збереженим зубним рядом та гілкою щелепи, до якого фіксуються м'язи дна порожнини рота, що опускають щелепу донизу, та м'язи протилежного боку, що піднімають щелепу, тому, малий відламок переміщується доверху, всередину та повертається за віссю, а великий відламок - донизу та у бік перелому (Мал. 4). У другому варіанті зміщення відламків відсутнє в наслідок того, що лінія перелому проходить у місці розташування жувальної бугристості нижньої щелепи, де фіксується жувальний м'яз, а з середини фіксується медіальний крилоподібний м'яз, які в якості сухожильно-м'язового футляра утримують відламки від зміщення, та корені 38 або 48 зубу або їх фолікули як шпилька утримують в свою чергу відламки від зміщення. У третьому варіанті утворюється малий відламок - гілка щелепи, до якої прикріплені м'язи, що піднімають щелепу, та великий відламок - гілка непошкодженого боку, тіло щелепи та кут пошкодженого боку з 38 або 48 зубами. До цього відламку фіксуються м'язи дна порожнини рота, що зміщують щелепу донизу, та м'язи, що піднімають щелепу на непошкодженому боці. Тому, спостерігається максимальне зміщення малого відламку до гори та у середину, а великий відламок зміщується

незначне донизу на боці пошкодження, та у протилежний бік - на здоровому боці. Можлива інтерпозиція м'язів у щілину перелома.



Мал. 4. Типове зміщення відламків під впливом тяги м'язів при переломі нижньої щелепи в ділянці кута:

- 1 – скроневий м'яз; 3 – внутрішній крилоподібний м'яз; 4 – жувальний м'яз;
5 – щелепно-під'язиковий м'яз; 6 – підборідно-язиковий м'яз;
7 – підборідно-під'язиковий м'яз.

Пальпаторно необхідно з'ясувати стан м'яких тканин обличчя, лімфатичних вузлів, слинних залоз, виявити інші больові ділянки. Необхідно оглянути переддвір'я порожнини рота, описати стан слизової оболонки тканин порожнини рота і язика, зазначити в якій ділянці є її гіперемія, набряк, імбібіція кров'ю. Здійснити перкусію зубів, розташованих з обох боків від щілини перелому, що, як правило, незначно болісна.

З додаткових методів діагностики призначають рентгенографію нижньої щелепи в прямій і боковій проекціях. Це дослідження виявить порушення цілісності щелепи, відношення щілини перелому до зубів (38 або 48; перед зубом, за ним або через нього), стан кісткової тканини в ділянці фрагментів і коренів зубів, характер і ступінь зсуву уламків, наявність осколків, сторонніх

тіл. Призначають консультацію нейрохірурга для виключення струсу головного мозку.

ОДНОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ ГІЛКИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на гострий постійний біль і припухлість у привушножувальній ділянці (справа або зліва), що виникли після травми, біль, що посилюється при відкриванні рота, під час жування і відкушування їжі, неможливість широко відкрити рот; садна, гематоми; головний біль, запаморочення, нудота, блювання.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час отримання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки поєднаної травми (непритомність, амнезія, нудота, блювання, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої тяжкості, тяжкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТА ТУС. При обстеженні постраждалого з однобічним переломом гілки нижньої щелепи характерні ознаки:

- наявність припухлості у привушножувальній ділянці (зліва або справа) за рахунок післятравматичного набряку;
- шкіра над припухлістю в кольорі може бути не змінена, добре збиратися в складку або мати синюшний (жовто-зелений) відтінок (підшкірний крововилив), або бути щільною і болісною за наявності запального інфільтрату;
- шкіра може бути пошкодженою (садна, рани);
- має місце затруднене та обмежене відкривання рота за рахунок болю;
- прикус, як правило, не порушений;
- пальпаторно може виявлятися кістковий виступ по задньому краю гілки нижньої щелепи (симптом кісткової сходинки), креніація відламків. Легким тиском долонею на підборіддя або гілку щелепи визначають позитивний симптом навантаження в місці перелому.

Характерне направлення зміщення відламків щелепи: При переломі

нижньої щелепи у ділянці гілки утворюються два відламки - малий відламок власне пошкодженої гілки, до якого фіксуються скроневий та латеральний крилоподібний м'яз, що піднімають відламок та зміщують його всередину; та великий відламок - неушкоджена гілка, тіло та кут щелепи на боці ушкодження, до яких фіксуються м'язи дна порожнини рота, м'язи, що піднімають щелепу (на неушкодженому боці - скроневий, жувальний, крилоподібні м'язи, на ушкодженому боці - жувальний та медіальний крилоподібний м'язи), тому зміщення великого відламку не буде відзначатись, або може бути незначним.

Пальпаторно необхідно з'ясувати стан м'яких тканин обличчя, лімфатичних вузлів, слинних залоз, виявити інші больові ділянки. Необхідно оглянути переддвір'я порожнини рота, описати стан слизової оболонки тканин порожнини рота і язика, відзначити в якій ділянці є її гіперемія, набряк, імбібіція кров'ю. Здійснити перкусію зубів.

З додаткових методів діагностики призначають рентгенографію нижньої щелепи в прямій і боковій проекціях. Дане дослідження виявить порушення

цілісності щелепи, характер і ступінь зсуву уламків, наявність осколків, сторонніх тіл. Призначають консультацію нейрохірурга для виключення струсу головного мозку.

ОДНОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ СУГЛОБОВОГО ВІДРОСТКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

СУ Б 'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на гострий постійний біль і припухлість у верхньому відділі привушножувальної ділянки (справа або зліва), що виникли після травми, біль посилюється при відкриванні рота, під час жування і відкушування їжі, дискомфорт у ділянці зовнішнього слухового проходу; садна, гематоми; головний біль, запаморочення, нудоту, блювання.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час отримання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки поєднаної травми (непритомність, амнезія, нудота, блювання, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ 'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої тяжкості, тяжкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

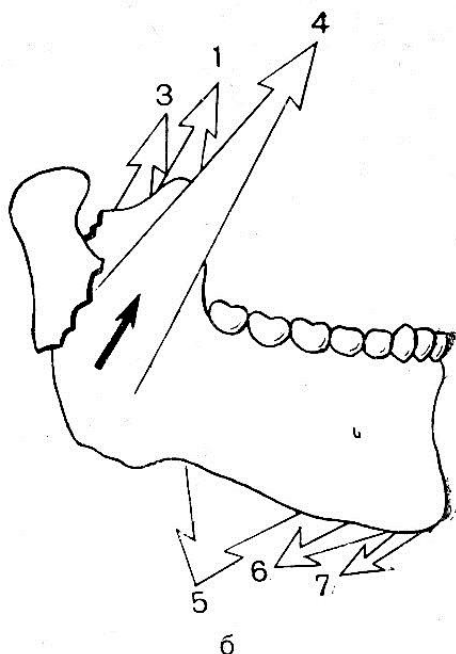
МІСЦЕВИЙ СТАТУС. При обстеженні постраждалого з однобічним переломом суглобового відростку нижньої щелепи виявляють характерні ознаки:

- наявність припухлості у верхньому відділі привушножувальній ділянці (зліва або справа) за рахунок післятравматичного набряку;
- шкіра над припухлістю в кольорі може бути не змінена, добре збиратися в складку або мати синюшний (жовто-зелений) відтінок (підшкірний крововилив), бути щільною і болісною при наявності запального інфільтрату;
- шкіра може бути ушкодженою (садна, рани);
- відмічається обмежене, затруднене відкривання рота за рахунок болю;
- прикус, як правило, незначно порушений - відхилення середньої лінії підборіддя в бік пошкодження, на боці перелому контакт зубів збережений, на протилежній стороні контакт може бути відсутнім - відкритий косий прикус (зміщення у бік пошкодження);
- пальпаторно може виявлятися кістковий виступ попереду козелка долонею на підборіддя або гілку щелепи визначають позитивний симптом навантаження в місці перелому;
- - введенням V або II пальців в зовнішні слухові проходи визначають функцію скронево-нижньощелепних суглобів - на боці ушкодження виявляється відсутність руху суглобової головки.

Важливими ознаками перелому суглобового відростку з вивихом суглобової головки є западання м'яких тканин попереду козелка вуха та відсутність активних рухів суглобової головки у суглобовій ямці.

Характерне направлення зміщення відламків щелепи. Перелом може бути у основи суглобового відростка, у ділянці шийки та у ділянці суглобової головки. При переломі нижньої щелепи у ділянці суглобового відростку утворюються два відламки - малий відламок власне ушкодженого суглобового відростку; та великий відламок - неушкоджена гілка, тіло та гілка щелепи на

боці ушкодження. (Мал. 5.). Зміщення суглобового відламка може бути різноманітним та залежить від рівня ушкодження зовнішньої та внутрішньої компактної платівки.



Мал. 5. Типове зміщення відламків під впливом тяги м'язів при переломі шийки суглобового відростка нижньої щелепи:

- 1 – скроневий м'яз; 3 – внутрішній крилоподібний м'яз; 4 – жувальний м'яз;
5 – щелепно-під'язиковий м'яз; 6 – підборідно-язиковий м'яз;
7 – підборідно-під'язиковий м'яз.

Можливі такі варіанти зміщення відламків: 1. Скос перелому направлений ззовні до гори та у середину, якщо щілина перелому на зовнішній платівці проходить нижче, чим на внутрішній. Тоді малий відламок зміщується ззовні та декілька назад - в цьому напрямку малий відламок виштовхується великим, який зміщується тягою жувального м'язу догори та дозаду. Головка відростку розвертається, але залишається у суглобовий ямці. 2. Скос перелому направлений ззовні у низ та у середину, якщо лінія перелому на зовнішній поверхні проходить вище, ніж на внутрішній поверхні. Тоді малий відламок зміщується всередину та уперед під дією латерального крилоподібного м'яза. Великий відламок підтягується догори, що збільшує зміщення малого відламку.

3. Перелом в ділянці шийки суглобового відростку виникає, якщо дія ушкоджуючої сили розповсюджується від підборіддя дозад. Ці переломи супроводжуються вивихом суглобової головки нижньої щелепи, а зміщення малого відламка здійснюється під дією латерального крилоподібного м'язу.

Пальпаторно необхідно з'ясувати стан м'яких тканин обличчя, лімфатичних вузлів, слинних залоз, виявити інші больові ділянки. Необхідно оглянути переддвір'я порожнини рота, описати стан слизової оболонки порожнини рота і язика, зазначити в якій ділянці є її гіперемія, набряк, імбібіція кров'ю. Здійснити перкусію зубів.

З додаткових методів діагностики здійснюється рентгенографія нижньої щелепи в прямій і боковій проекціях. Це дослідження виявить місце перелому та зміщення суглобового відростка, наявність осколків, сторонніх тіл. Для уточнення стану всіх компонентів скронево-нижньощелепового суглобу показана рентгенографія за Шюлером або Пордерсом. Призначають консультацію нейрохірурга для виключення струсу головного мозку.

ДВОБІЧНИЙ МЕНТАЛЬНИЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на постійний, гострий біль у фронтальному відділі нижньої щелепи справа і зліва, що виник під час травми та посилюється при рухах нижньої щелепи, особливо при відкушуванні їжі, жуванні; неможливість правильно зімкнути зуби; припухлість м'яких тканин підборіддя, підпідборідної, щічних і підщелепових ділянок справа і зліва; садна, гематоми; кровотечу з порожнини рота; утруднене дихання; головний біль, запаморочення, нудоту, блювання.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час отримання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки поєднаної травми (непритомність, амнезія, нудота, блювання, запаморочення та ін.), перше

вернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середнього ступеня або тяжкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску. Хворий часто не може вільно дихати лежачи на спині за рахунок зміщення відламків та западання кореня язика, який давить на надгортанник (дислокаційна асфіксія).

МІСЦЕВИЙ СТАТУС. При обстеженні постраждалого з двостороннім ментальним переломом нижньої щелепи виявляють характерні ознаки:

- *наявність припухлості м'яких тканин підборіддя, підпідборідної, підщелепових та щічних ділянок справа та зліва за рахунок післятравматичного набряку;*

- *шкіра над припухлістю в кольорі може бути не змінена, добре збиратися в складку або мати синюшний (жовто-зелений) відтінок (підшкірний крововилив), бути щільною і болісною за рахунок запального інфільтрату;*

- *шкіра може бути ушкодженою (садна, рани);*

- *відмічається затруднене та обмежене відкривання рота за рахунок болю та зміщення відламків;*

- *утруднення дихання за рахунок дистального зміщення серединного фрагмента щелепи (стан дислокаційної асфіксії). Утруднення дихання*

може не спостерігатися у випадку ущемлення цього відламку щелепи між боковими фрагментами;

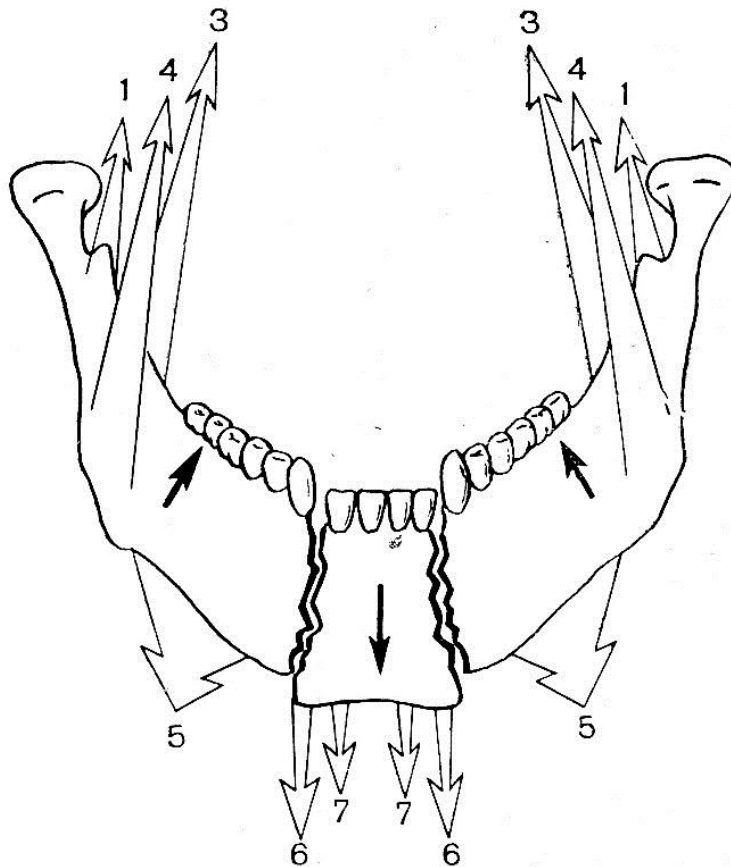
- порушення прикусу за рахунок зміщення центрального відламка з фронтальними зубами до низу та назад, симптом "сходинки" в зубному ряді по лініях переломів; відмічається бугорковий контакт на молярах по обидва боки ушкодження;

- наявність в слині домішок крові;

- є порушення цілісності слизової оболонки альвеолярного відростка між: 34, 35, 33 та 43, 44, 45;

- пальпаторно можуть виявлятися кісткові виступи по нижньому краю нижньої щелепи у ментальному відділі з обох сторін (симптом кісткової сходинки), кренітація відламків. При бімануальній пальпації визначається патологічна рухомість відламків щелепи. Симптом навантаження в місцях перелому щелепи позитивний.

Характерне направлення зміщення відламків щелепи: При двобічному ментальному переломі нижньої щелепи утворюється три нерівнозначних відламки, на яких прикріплюється різна кількість м'язів, що зміщують щелепу. До середнього відламка фіксуються м'язи, що опускають щелепу, невелика кількість волокон м'язів дна порожнини рота. До бокових відламків фіксуються усі м'язи (жувальні, скроневі, медіальні крилоподібні м'язи), що піднімають щелепу та зміщують відламки у середину (латеральні крилоподібні м'язи з обох боків) та група м'язів, що опускають щелепу (м'язи дна порожнини рота). Тому, середній відламок зміщується донизу та назад, а бокові відламки - догори та в середину (Мал. 6).



Мал. 6. Типове зміщення відламків під впливом тяги м'язів при двобічному переломі нижньої щелепи в ділянці підборіддя:
 1 – скроневий м'яз; 3 – внутрішній крилоподібний м'яз; 4 – жувальний м'яз;
 5 – щелепно-під'язиковий м'яз; 6 – підборідно-язиковий м'яз;
 7 – підборідно-під'язиковий м'яз.

Пальпаторно необхідно з'ясувати стан м'яких тканин обличчя, лімфатичних вузлів, слинних залоз, виявити інші больові ділянки. Необхідно оглянути переддвір'я порожнини рота, описати стан слизової оболонки порожнини рота і язика (можливість його западання), відзначити в якій ділянці є гіперемія, набряк, імбібіція кров'ю. Визначити на рівні яких міжзубних проміжків є порушення цілісності слизової оболонки альвеолярного відростку (між 34, 35, 33 і 43, 44, 45). Здійснити перкусію зубів, розташованих з обох сторін від щілини перелому. При бімануальній пальпації визначити рухомість усіх трьох кісткових уламків.

З додаткових методів діагностики здійснюється рентгенографія нижньої щелепи в прямій і бокових проєкціях. Це дослідження виявить порушення цілісності щелепи (між 34, 35, 33 і 43, 44, 45), відношення щілин переломів до зубів, стан кісткової тканини в ділянці фрагментів щелепи і коренів зубів, характер і ступінь зсуву відламків, наявність осколків, сторонніх тіл.

Призначають консультацію нейрохірурга для виключення струсу головного мозку.

ПОДВІЙНИЙ ОДНОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ ТІЛА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на гострий біль у ділянці тіла нижньої щелепи (справа або зліва), що виник під час травми і посилюється при відкриванні рота, жуванні і відкушуванні їжі; припухлість у щічній і піднижньощелепній ділянках (справа або зліва); садна, гематоми; кровотечу з порожнини рота; неможливість правильно зімкнути зуби; оніміння нижньої губи; головний біль, запаморочення, нудоту, блювання.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час отримання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки поєднаної травми (непритомність, амнезія, нудота, блювання, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних туберкульоз, СНЦ), шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю; наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середнього ступеня або тяжкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС. При обстеженні постраждалого з одностороннім подвійним переломом тіла нижньої щелепи виявляють характерні ознаки:

- наявність припухлості в нижньому відділі щічної і піднижньощелепової ділянок (зліва або справа) за рахунок післятравматичного набряку;
- шкіра над припухлістю в кольорі може бути не змінена, добре збиратися в складку або мати синюшний (жовто-зелений) відтінок за рахунок підшкірного крововиливу, бути щільною і болісною за наявності інфільтрату в підлеглих тканинах;
- на шкірі можливі садна, рани;
- затруднене та обмежене відкривання рота за рахунок зміщення відламків та локального болю;
- наявність в слині домішок крові;
- значне відхилення середньої лінії підборіддя в правий або лівий бік;
- значне порушення прикусу - симптоми "сходинок" в зубному ряді по лініях перелому, на дистальному відламку щелепи можливий бугорковий контакт зубів (піднебінні бугри верхніх зубів контактують з язиковими буграми зубів на відламку), на середньому (малому) відламку - контакт зубів, як правило, відсутній (за рахунок зміщення відламка у низ та у середину), на великому (третьому) відламку щелепи контакт зубів біля змикання (бугорковий контакт) у ділянці великих, а іноді малих кореневих зубів;
- наявність чи відсутність порушення цілісності слизової оболонки альвеолярного відростка (між 38, 37, 36, 35, 34 або між 44, 45, 46, 47, 48);

- *позитивний симптом Венсана на боці ушкодження;*
- *пальпаторно можуть виявлятися кісткові виступи по нижньому краю нижньої щелепи у ділянці тіла нижньої щелепи (симптом кісткової сходинки), кренітація відламків.*

При бімануальній пальпації визначається патологічна рухливість відламків щелепи. Для виключення двобічного перелому легким тиском долонею на підборіддя або на гілки щелепи визначають позитивний симптом навантаження в місці перелому.

Характерне направлення зміщення відламків щелепи: при подвійному однобічному переломі нижньої щелепи у ділянці тіла утворюються три нерівнозначних відламки: дистальний - гілка та кут щелепи на боці ушкодження з 38 або 48 зубом, до якого фіксуються м'язи, що піднімають щелепу та здвигають її досередини (скроневий, медіальний та латеральний крилоподібні, жувальний); малий (середній) відламок - з великими та малими кутніми зубами, до якого фіксується тільки щелепово-під'язиковий м'яз, що опускає щелепу до низу; великий (третій) відламок - з підборіддям, тілом, кутом та гілкою щелепи протилежного боку, до якого фіксуються м'язи, що піднімають щелепу, латеральний крилоподібний м'яз неушкодженого боку, який зміщує відламок у середину, та м'язи дна порожнини рота неушкодженого та частково ушкодженого боку, які опускають відламок. Тому, дистальний відламок переміщується доверху та декілька в середину (тяга жувального, скроневого, крилоподібних м'язів), малий (середній) відламок зміщується всередину та у низ, а великий (третій) відламок - у низ та в бік перелому.

Пальпаторно необхідно з'ясувати стан м'яких тканин обличчя, лімфатичних вузлів, слинних залоз, виявити інші больові ділянки. Необхідно оглянути переддвір'я порожнини рота, описати стан слизової оболонки тканин порожнини рота і язика, відзначити в якій ділянці є її гіперемія, набряк, імбібіція кров'ю. Здійснити перкусію зубів, розташованих з обох боків від щілин перелому, що, як правило, болісна.

З додаткових методів діагностики призначається рентгенографія нижньої щелепи в прямій і боковій проєкціях. Це дослідження виявить порушення цілісності щелепи, кількість відламків, відношення щілин переломів до зубів, стан кісткової тканини в ділянці фрагментів щелепи і коренів зубів, характер і ступінь зсуву відламків, наявність окремих осколків, сторонніх тіл. Призначають консультацію нейрохірурга для виключення струсу головного мозку.

ДВОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ ТІЛА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІЛЯНЦІ МОЛЯРІВ

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на постійний гострий біль у ділянках тіла нижньої щелепи справа та зліва, що виник під час травми і посилюється при відкриванні рота, відкушуванні їжі і жуванні; неможливість правильно зімкнути зуби; на припухлість щічних і піднижньощелепних ділянок справа і зліва; садна, гематоми; кровотечу з порожнини рота; оніміння нижньої губи; головний біль, запаморочення, нудоту, блювання.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час отримання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки поєднаної травми (непритомність, амнезія, нудота, блювання, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

НАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середнього ступеня або тяжкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС При обстеженні постраждалого з двобічним переломом тіла нижньої щелепи у ділянці молярів визначають характерні ознаки:

- наявність припухлості в нижніх відділах щічних і піднижньощелепових ділянок зліва та справа за рахунок післятравматичного набряку;
- шкіра над припухлістю в кольорі може бути не змінена, добре збиратися в складку або мати синюшний (жовто-зелений) відтінок за рахунок крововиливів, або бути щільною і болісною за наявності запального інфільтрату;
- шкіра може бути ушкодженою (садна, рани);
- відмічається утруднене та обмежене відкривання рота за рахунок болю та зміщення відламків;
- наявність в слині домішок крові;
- порушення прикусу — симптоми "сходинки" в зубному ряді по лініях перелому, на бокових відламках, як правило, є бугорковий контакт зубів-антагоністів, на медіальному (середньому) - контакт зубів у відламка до низу);
- наявність чи відсутність порушення цілісності слизової оболонки альвеолярного відростка (між 37, 36, 35 та між 45, 46, 47);
- позитивний симптом Венсана з обох боків;
- пальпаторно можуть виявлятися кісткові виступи по нижньому краю тіла щелепи з обох боків в проекції молярів (симптом кісткової сходинки), крепітація відламків. При бімануальній пальпації визначається патологічна рухомість відламків щелепи.

Легким тиском долонею на підборіддя або на гілки щелепи визначають позитивний симптом навантаження в місцях перелому.

Характерне направлення зміщення відламків щелепи: при двобічному переломі тіла нижньої щелепи у ділянці молярів утворюються три відламки - бокові (правий та лівий) з великими кутніми зубами та гілками щелепи, до яких фіксуються м'язи, що піднімають щелепу та здвигають її досередини (скроневий, медіальний та латеральний крилоподібні, частково - жувальний м'язи), та великий середній відламок, до якого фіксуються м'язи дна порожнини рота, що опускають щелепу донизу. Тому бокові відламки зміщуються доверху та всередину (тяга м'язів, що піднімають щелепу), а великий відламок - донизу та до заду (відвисання відламку).

Пальпаторно необхідно з'ясувати стан м'яких тканин обличчя, лімфатичних вузлів, слинних залоз, виявити больові ділянки. Необхідно оглянути переддвір'я порожнини рота, описати стан слизової оболонки тканин порожнини рота і язика, відзначити в якій ділянці є її гіперемія, набряк, імбібіція кров'ю. Здійснити перкусію зубів, розташованих з обох боків від лінії перелому, що, як правило, болісна.

З додаткових методів діагностики призначають рентгенографію нижньої щелепи в прямій і бокових проекціях. Дане дослідження виявить порушення цілісності щелепи, відношення щілин переломів до зубів, стан

кісткової тканини в ділянці фрагментів і коренів зубів, характер ступінь зсуву уламків, наявність осколків, сторонніх тіл. Призначають консультацію нейрохірурга для виключення струсу головного мозку.

ДВОБІЧНИЙ АНГУЛЯРНИЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

СУ Б'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на постійний гострий біль у ділянці обох кутів нижньої щелепи, що виник під час травми і посилюється при відкриванні рота,

відкушуванні їжі і жуванні; припухлість піднижньощелепових, занижньощелепових, привушножувальних і частково щічних ділянок справа і зліва; садна, гематоми; кровотечу з порожнини рота; неможливість широко відкрити рот і правильно зімкнути зуби; оніміння нижньої губи; головний біль, запаморочення, нудота, блювання.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час отримання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки поєднаної травми (непритомність, амнезія, нудота, блювання, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середнього ступеня або тяжкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС. При обстеженні постраждалого з двобічним ангулярним переломом нижньої щелепи виявляють характерні ознаки:

- *наявність припухлості в обох піднижньощелепових, занижньощелепових, нижніх відділах щічних та привушножувальних ділянках за рахунок післятравматичного набряку;*
- *шкіра над припухлістю в кольорі може бути не змінена, добре збиратися в складку або мати синюшний (жовто-зелений)*

відтінок (підшкірний крововилив), бути щільною і болісною за наявності запального інфільтрату;

- *шкіра може бути ушкодженою (садна, рани);*
- *відмічається утруднене та обмежене відкривання рота за рахунок болю та зміщення відламків;*
- *наявність в слині домішок крові;*
- *порушення прикусу - прикус відкритий, можливий симптом "сходинки" в зубному ряді у ділянці наявних 38 та 48 зубів, контакт між нижніми і верхніми зубами може бути цілком відсутній;*
- *можливе порушення цілісності слизової оболонки ретромолярної ділянки або на рівні 38 та 48;*
- *позитивний симптом Венсана з обох боків;*
- *пальпаторно можуть виявлятися кісткові виступи по нижньому краю нижньої щелепи у ділянці кутів (симптом кісткової сходинки), кренітація відламків. При бімануальній пальпації визначається патологічна рухомість центрального відламка щелепи. Легким тиском долонею на підборіддя або гілки щелепи визначають позитивний симптом навантаження в місцях перелому.*

Характерне направлення зміщення відламків щелепи. При

двосторонньому ангулярному переломі нижньої щелепи утворюються три відламки: два бокових - гілки щелепи та один - великий або центральний відламок - тіло щелепи з підборіддям. До бокових відламків фіксуються м'язи, що піднімають щелепу та зміщують її в середину. До центрального відламка фіксуються м'язи, що опускають щелепу. Тому бокові відламки зміщуються догори та в середину, а центральний відламок - донизу.

Пальпаторно необхідно з'ясувати стан м'яких тканин обличчя, лімфатичних вузлів, слинних залоз, виявити інші больові ділянки. Необхідно оглянути переддвір'я порожнини рота, описати стан слизової оболонки тканин

порожнини рота і язика, відзначити в якій ділянці є її гіперемія, набряк, імбібіція кров'ю. Здійснити перкусію зубів, розташованих з обох боків від лінії перелому, що, як правило, болісна.

З додаткових методів діагностики здійснюють рентгенографію нижньої щелепи в прямій і боковій проекціях. Дане дослідження виявить порушення цілісності щелепи, відношення щілин переломів до зубів, стан кісткової тканини в ділянці фрагментів і коренів зубів, характер і ступінь зсуву відламків, наявність осколків, сторонніх тіл. Призначають консультацію нейрохірурга для виключення струсу головного мозку.

ДВОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ СУГЛОБОВИХ ВІДРОСТКІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

СУ Б'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на гострий біль у нижньої щелепи на рівні скронево-нижньощелепових суглобів, наявність припухлості м'яких тканин у верхніх відділах привушножувальних ділянок справа та зліва; садна, гематоми, що виникли після отримання травми. Біль посилюється при рухах нижньої щелепи, відкриванні рота, жуванні, відкушуванні їжі. Відмічається

головний біль, запаморочення, нудота, блювання.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час отримання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки поєднаної травми непритомність, амнезія, нудота, блювання, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в якій лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД),

шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середнього ступеня або тяжкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС При обстеженні постраждалого з двобічним переломом суглобових відростків нижньої щелепи виявляють характерні ознаки:

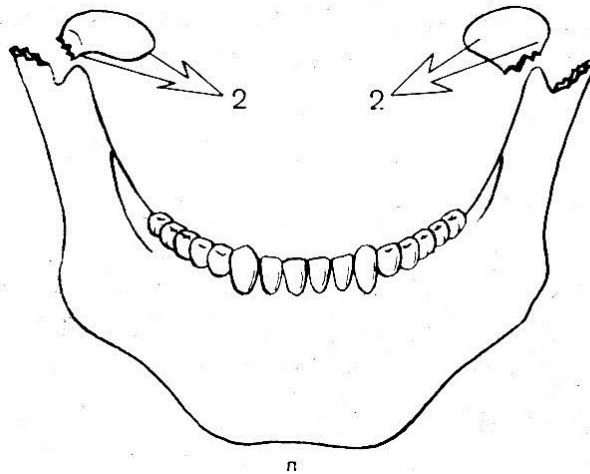
- наявність припухлості у верхніх відділах привушножувальних ділянок справа та зліва за рахунок післятравматичного набряку (мал. 1.3);
- шкіра над припухлістю в кольорі може бути не змінена, добре збиратися в складку або мати синюшний (жовто-зелений) відтінок (підшкірна гематома), бути щільною і болісною за наявності запального інфільтрату;
- шкіра може бути ушкодженою (садна, рани);
- відмічається обмежене, утруднене відкривання рота за рахунок болю;
- прикус, як правило, незначно порушений - відкритий, з проміжком декілька міліметрів між верхніми та нижніми фронтальними зубами, має місце бугорковий контакт великих кутніх зубів;
- при пальпації зовнішніх слухових проходів може визначатися порушена функція скроневопідщелепових суглобів - відсутність або обмеження рухів суглобових головок;
- пальпаторно можливе виявлення кісткових виступів попереду козелків або під мочками вух (симптом кісткової сходинки),

крепітація відламків. Легким тиском долонею на підборіддя або кути щелепи визначають

- позитивний симптом навантаження в місцях перелому.

Важливими ознаками перелому суглобових відростків з вивихом суглобових головок є западання м'яких тканин попереду козелків вух та відсутність активних рухів суглобової головки у суглобовій ямці.

Характерне направлення зміщення відламків щелепи. Перелом може бути у основи суглобових відростків, у ділянках шийок та у ділянках суглобових головок. При двобічному переломі нижньої щелепи у ділянках суглобових відростків утворюються три відламки - малі відламки власне суглобових відростків та великий відламок неушкодженого тіла й гілок щелепи. Зміщення суглобових відламків може бути різноманітним, що залежить від рівня ушкодження зовнішньої та внутрішньої компактної платівки та відповідати вже описаним вище напрямкам (см. «Однобічний перелом суглобового відростка нижньої щелепи»). Підборідний відділ великого відламка у кожному випадку буде незначно зміщатися у низ під дією м'язів, що опускають щелепу та під силою власної маси відламка, а гілки щелепи - зміщуються у гору під дією жувальних м'язів (Мал. 7).



Мал. 7. Типове зміщення відламків під впливом тяги м'язів при двобічному переломі суглобового відростку нижньої щелепи.

Пальпаторно необхідно з'ясувати стан м'яких тканин обличчя, лімфатичних вузлів, слинних залоз, виявити інші больові ділянки. Необхідно оглянути переддвір'я порожнини рота, описати стан слизової оболонки порожнини рота і язика, відзначити в якій ділянці є її гіперемія, набряк, імбібіція кров'ю.

З додаткових методів діагностики здійснюють рентгенографію нижньої щелепи в прямій і боковій проєкціях. Дане дослідження виявить місце порушення суглобових відростків, характер і ступінь зсуву відламків, наявність осколків, сторонніх тіл.

Для уточнення стану всіх компонентів скроневопіднижньощелепових суглобів показана рентгенографія за Шюлером або бокові рентгенограми середньої зони обличчя. Призначають консультацію нейрохірурга для виключення струсу головного мозку.

ДВОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ АНГУЛЯРНИЙ ТА У ДІЛЯНЦІ ТІЛА З ПРОТИЛЕЖНОГО БОКУ

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на гострі болі в нижньої щелепи на рівні тіла з одного боку та кута щелепи з протилежної сторони, що виникли після отримання травми, та посилюються при рухах нижньої щелепи, відкриванні рота, відкушуванні їжі, жуванні; на припухлість щічної, піднижньощелепової ділянок з одного боку та щічної, піднижньощелепової, привушножувальної, защелепової ділянок з протилежної сторони, садна, гематоми; кровотечу з порожнини рота; оніміння шкіри нижньої губи; головний біль, запаморочення, нудоту, блювання.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час отримання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки поєднаної травми (непритомність, амнезія, нудота, блювання, запаморочення та ін.), перше

звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середнього ступеня або тяжкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС. При обстеженні пацієнта з переломом тіла нижньої щелепи з одного боку та в ділянці кута з іншого визначають характерні ознаки:

- наявність припухлості в нижньому відділі щічної і піднижньощелепової ділянок на одному боці та в привушно-жувальній, піднижньощелеповій ділянках з другого за рахунок післятравматичного набряку та крововиливу;
- шкіра над припухлістю в кольорі може бути не змінена, добре збиратися в складку або мати синюшний (жовто-зелений) відтінок (підшкірний крововилив), або бути щільною і болісною за наявності запального інфільтрату;
- шкіра може бути ушкодженою (садна, рани);
- відмічається утруднене та обмежене відкривання рота за рахунок болю та зміщення відламків;
- наявність в слині домішок крові;
- відхилення середньої лінії підборіддя в одну із сторін;

- порушення прикусу - симптом "сходинки" в зубному ряді по лініях перелому, відкритий косий прикус;
- наявність чи відсутність порушення цілісності слизової оболонки альвеолярного відростка тіла щелепи з одного боку та у ретромолярній ділянці з іншого;
- позитивний симптом Венсана на боці значного зміщення відламків
- пальпаторно можуть виявлятися кісткові виступи по нижньому краю нижньої щелепи у ділянці тіла та кута (симптом кісткової сходинки), кренітація відламків. При бімануальній пальпації визначається патологічна рухомість відламків щелепи. Легким тиском долонею на підборіддя або на гілки щелепи визначають "позитивний" симптом навантаження в місцях перелому.

Характерне направлення зміщення відламків щелепи. При такому переломі щелепи утворюються три нерівнозначних відламки - малий відламок (гілка щелепи на боці ангулярного перелому), середній відламок (тіло щелепи від кута до 36 (або 46)) та третій відламок (частина тіла та гілка на протилежному боці). Малий відламок зміщується тягою жувальних м'язів до гори та у середину, середній відламок під тягою м'язів дна порожнини рота зміщується до низ та розвертається декілька уперед, третій відламок зміщується незначно до гори та в середину під дією частково м'язів дна порожнини рота та жувальних м'язів. Можлива інтерпозиція м'язів у щілині перелому.

Пальпаторно необхідно з'ясувати стан м'яких тканин обличчя, лімфатичних вузлів, слинних залоз, виявити інші больові ділянки. Необхідно оглянути переддвір'я порожнини рота, описати стан слизової оболонки тканин порожнини рота і язика, відзначити в якій ділянці є її гіперемія, набряк, імбібіція кров'ю. Здійснити перкусію зубів, розташованих з обох боків від щілин перелому, що, як правило, болісна.

З додаткових методів діагностики здійснюють рентгенографію нижньої щелепи в прямій і бокових проекціях. Дане дослідження виявить порушення

цілісності щелепи на рівні її кута з одного боку та тіла з іншого, відношення щілини перелому до зубів, характер і ступінь зсуву відламків, наявність осколків, сторонніх тіл. Призначають консультацію нейрохірурга для виключення струсу головного мозку.

ДВОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У МЕНТАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ З ОДНОГО БОКУ ТА СУГЛОБОВОГО ВІДРОСТКА З ПРОТИЛЕЖНОГО

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЦАЛОГО

СКАРГИ: на гострі болі в нижній щелепі на рівні підборіддя з одного боку та в ділянці скронево-нижньощелепового суглоба з протилежного, що виникли після травми; болі посилюються при рухах нижньої щелепи, відкриванні рота, відкушуванні їжі, жуванні; на наявність припухлості в ділянках підборіддя, підпідборідної з одного боку та привушножувальної ділянки з іншого; на неможливість правильно зімкнути зуби, оніміння шкіри нижньої губи; на наявність саден, гематом; кровотечу з порожнини рота; головний біль, запаморочення, нудоту, блювання.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час отримання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки поєднаної травми (непритомність, амнезія, нудота, блювання, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середнього ступеня або тяжкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС. При обстеженні пацієнта з таким переломом тіла нижньої щелепи визначають характерні ознаки:

- наявність припухлості підборіддя, підпідборідної ділянки з одного боку та привушножувальної ділянки з протилежного;
- шкіра над припухлістю в кольорі може бути не змінена, добре збиратися в складку або мати синюшний (жовто-зелений) відтінок (підшкірний крововилив), або бути щільною і болісною за рахунок запального інфільтрату;
- шкіра може бути ушкодженою (садна, рани);
- відмічається утруднене та обмежене відкривання рота за рахунок болю та зміщення відламків;
- наявність в слині домішок крові;
- відхилення середньої лінії підборіддя в одну із сторін;
- порушення прикусу - симптом "сходинки" в зубному ряді у лінії ментального перелому, відкритий косий прикус;
- порушення цілісності слизової оболонки альвеолярного відростка ментального відділу щелепи з одного боку;
- позитивний симптом Венсана на боці ушкодження ментального відділу щелепи;
- пальпаторно можуть виявлятися кісткові виступи по нижньому краю нижньої щелепи у ділянці підборіддя з одного боку та перед козелком або під мочкою вуха з протилежного (симптом кісткової сходинки), крепітація відламків. При бімануальній пальпації визначається патологічна рухомість відламків щелепи. Легким

тиском долонею на підборіддя або гілки на щелепи визначають "позитивний" симптом навантаження в місцях перелому;

- позитивна перкусія зубів у ділянці ментального перелому.

Характерне направлення зміщення відламків . При такому переломі щелепи утворюються три нерівнозначних відламки - малий відламок (ушкоджений суглобовий відросток), середній відламок (гілка, тіло та підборіддя щелепи) та третій відламок (тіло та гілка на протилежному боці). Малий відламок зміщується згідно напрямку щілини перелому, тяги латерального крилоподібного м'яза, середній відламок під переважною тягою м'язів дна порожнини рота над жувальними м'язами зміщується у низ та у середину, третій відламок зміщується до гори та в середину під дією жувальних м'язів та частково м'язів дна порожнини рота.

Пальпаторно необхідно з'ясувати стан м'яких тканин обличчя, лімфатичних вузлів, слинних залоз, виявити інші больові ділянки. Необхідно оглянути переддвір'я порожнини рота, описати стан слизової оболонки тканин порожнини рота і язика, відзначити в якій ділянці є її гіперемія, набряк, імбібіція кров'ю. Здійснити перкусію зубів, розташованих з обох боків від лінії перелому, що, як правило, болісна.

З додаткових методів діагностики здійснюється рентгенографія нижньої щелепи в прямій і бокових проекціях. Дане дослідження виявить порушення цілісності щелепи на рівні ментального відділу з одного боку і суглобового відростка з протилежного, характер і ступінь зсуву відламків, наявність осколків, сторонніх тіл, відношення щілини перелому до зубів.

Для уточнення стану всіх компонентів скроневопідщелепового суглоба показана рентгенографія за Шюлером. Призначають консультацію нейрохірурга для виключення струсу головного мозку.

ПОТРІЙНИЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на гострий біль в нижній щелепі зліва і справа (болі посилюються при рухах нижньої щелепи, відкриванні рота, відкушуванні їжі, жуванні); на неможливість правильно зімкнути зуби; на наявність припухлості в ділянці підборіддя, підпідборідній, щічних, підщелепових, защелепових, привушножувальних ділянок зліва та справа; на наявність саден, гематом; кровотечу з порожнини рота; оніміння шкіри нижньої губи; головний біль, запаморочення, нудоту, блювання.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час отримання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.) і обставини, що призвели до травми; виключити ознаки поєднаної травми (непритомність, амнезія, нудота, блювання, запаморочення та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний статус; особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середнього ступеня або тяжкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС. При обстеженні пацієнта з таким переломом:

- наявність припухлості підборіддя, підпідборідної, щічних, підщелепових, защелепових, привушножувальних ділянок зліва та справа за рахунок післятравматичного набряку;
- шкіра над припухлістю в кольорі може бути не змінена, добре збиратися в складку або мати синюшний (жовто-зелений) відтінок (підшкірний крововилив), бути щільною і болісною за рахунок запального інфільтрату;
- шкіра може бути ушкодженою (садна, рани);
- відмічається утруднене та обмежене відкривання рота за рахунок болю та зміщення відламків;
- наявність в слині домішок крові;
- можливе відхилення середньої лінії підборіддя в один з боків;
- визначаються різноманітні порушення прикусу, симптоми "сходинок" в зубному ряді у лініях перелому;
- порушення цілісності слизової оболонки альвеолярного відростка щелепи в місцях переломів;
- позитивний симптом Венсана одно- або двобічний;
- пальпаторно можуть виявлятися кісткові виступи по нижньому краю нижньої щелепи у різноманітних ділянках (симптом кісткової сходинок), кренітація відламків. При бімануальній пальпації визначається патологічна рухомість відламків щелепи. Легким тиском долонею на підборіддя або гілки щелепи визначають позитивний симптом навантаження в місцях перелому щелепи;
- позитивна перкусія зубів у ділянках переломів.

Характерне направлення зміщення відламків щелепи. При такому переломі спостерігається неупорядковане зміщення середніх відламків під дією тяги м'язів дна порожнини рота (нахиляються, повертаються, сильно підтягуються м'язами, заходять своїми краями один на одне).

4.2. САМОСТІЙНА РОБОТА З ЛІКУВАННЯ ВИВИХІВ ТА ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

АЛГОРИТМ ДІЙ ЛІКАРЯ: надання екстреної допомоги; складання плану надання лікарської допомоги – транспортної (тимчасової) іммобілізації ушкодженої нижньої щелепи; складання плану та проведення кваліфікованого лікування та реабілітації хворого; оформлення медичної документації.

Пальпаторно необхідно з'ясувати стан м'яких тканин обличчя, лімфатичних вузлів, слинних залоз, виявити інші больові ділянки. Необхідно оглянути переддвір'я порожнини рота, описати стан слизової оболонки тканин порожнини рота і язика, відзначити в якій ділянці є її гіперемія, набряк, імбібіція кров'ю. Здійснити перкусію зубів, розташованих з обох боків від ліній перелому, що, як правило, болісна. додаткових методів діагностики здійснюють рентгенографію нижньої щелепи в прямій і бокових проекціях. Дане дослідження виявить порушення цілісності щелепи, відношення щілин переломів до зубів, характер і ступінь зсуву відламків, наявність осколків, сторонніх тіл. Призначають консультацію нейрохірурга для виключення струсу головного мозку.

ПЕРЕДНІЙ ВИВИХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>По послідовності та методика лікарських дій:</i>
- знеболення;	місцева анестезія (періартикулярна), анестезія за Берше;
- вправлення (репозиція) вивихнутої суглобової головки за Гіппократом	постраждалий сидить у стоматологічному кріслі, лікар стоїть спереду від нього. Обгорнувши великі пальці обох рук серветкою, він накладає їх на жувальні поверхні молярів нижньої щелепи, щільно охоплюючи тіло щелепи іншими пальцями ззовні і знизу. Поступово віддавлює щелепу донизу і зміщує її назад таким чином, щоб головка щелепи здійснила зворотній шлях в напрямку

	суглобової впадини. Слід пам'ятати, що в момент повернення головок нижньої щелепи в суглобові впадини відбувається швидке змикання щелеп, тому потрібно вчасно прибрати пальці з рота хворого.
- вправлення вивихнутої суглобової головки за Б.П.Гепперт	хворий лежить на кушетці з відкинутою назад головою. Лікар, сидячи на кушетці збоку від хворого, розміщує перші фаланги пальців на жувальних поверхнях зубів з обох боків, якомога ближче до ретромолярного простору, а першими пальцями упирається у нижній край щелепи у ділянці підборіддя. Зусилля лікаря мають бути спрямовані на те, щоби відтягуючи кут щелепи донизу, одночасно великими пальцями здвинути її назад.
- вправлення вивихнутої суглобової головки за М.Д.Дубовим	положення хворого лежачи на операційному столі або сидячи у стоматологічному кріслі. Після підготовки шкіри до ін'єкції анестетика в ділянці суглоба прощупують вивихнуту головку, яка височить під шкірою зазвичай в ділянці кута, утвореного виличною кісткою та її скронеvim відростком. Укол голки роблять спереду від головки щелепи під нижнім краєм виличної дуги, через вирізку нижньої щелепи в напрямку до головки. На глибині 2-2,5см вводять анестезуючий розчин. За 5-6 хвилин вивих часто вправляється самостійно або у результаті незначного надавлювання на передній край гілки (за останніми молярами) у напрямку донизу і назад.

- іммобілізація нижньої щелепи ;	на 3-4 доби м'якою або жорсткою підборідною пращею; заборонити хворому широко відкривати рота впродовж 7-10 днів. У випадках звичного вивиху - лігатурне зв'язування щелеп або оперативне підвищення суглобового горбика.
- фармакотерапія;	<p>- нестероїдні протизапальні препарати (месулід, немесулід, немісіл та ін.) впродовж 7-10 днів для профілактики травматичного артриту;</p> <p>- препарати кальція (кальція глюконат, Кальцій Д₃ Нікомед та ін.) 1-3 рази на день впродовж 10 днів для репарації ушкоджених тканин суглобу;</p> <p>- гіпосенсібілізуючі препарати (діазолін, кларитин, лоратадин та ін.) 1-2 рази на добу, впродовж 10 днів.</p>

ЗАДНІЙ ВИВИХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
- знеболення;	місцева анестезія (періартикулярна), анестезія за Берше;
- вправлення (репозиція) вивихнутої суглобової головки за модифікованою методикою Гіппократа	постраждалий сидить у стоматологічному кріслі, лікар стоїть спереду від нього. Він вводить великі пальці в присінок порожнини рота, накладаючи їх в ділянці наружної косої лінії з обох боків, при цьому перші фаланги пальців фіксуються в ретромоллярному трикутнику. Інші пальці щільно охоплюють тіло щелепи ззовні і знизу. Поступово надавлюючи щелепу донизу, лікар зміщує її допереду таким чином, щоб головка щелепи здійснила зворотній шлях в напрямку суглобової

	впадини.
- іммобілізація нижньої щелепи;	на 3-4 доби м'якою або жорсткою підборідною пращею; заборонити хворому широко відкривати рота впродовж 7-10 днів. У випадках звичного вивиху - лігатурне зв'язування щелеп або оперативне підвищення суглобового горбика.
- фармакотерапія;	аналогічно терапії при вправленні переднього вивиху.

ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПО СЕРЕДИННІЙ ЛІНІЇ

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
-премедикація; знеболення;	- уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, провідникова двобічна ментальна або мандибулярна та термінальна оральна різцева анестезія;
-репозиція уламків щелеп	видалення зубів зі щілини перелому; ручне зіставлення уламків у правильне анатомічне положення;
-фіксація уламків щелеп;	закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою індивідуальних гнутих дротяних шин за С.С.Тігерштедтом: гладка шина-скоба (при відсутності зміщення уламків), двощелепні шини з зачіпними гачками, шина з розпірковим вигином (за наявності дефекту зубного ряду в ділянці перелому), стандартні шини Васильєва. При беззубих щелепах оперативне втручання з накладанням мініпластин, кісткового шва, спиць

	Кіршнера.
- фармакотерапія;	<ul style="list-style-type: none"> - для профілактики гнійно-запальних ускладнень: лінкоміцин, амоксицилін та інші остеотропні антибіотики 2 рази на день довенно впродовж 7-10 днів; - для гіпосенсибілізації організму та зменшення проникності капілярів: антигістамінні препарати (димедрол, тавегіл, діпразін, фенкарол та ін.) впродовж 7-10 днів; - для відновлення мікроциркуляції на першому етапі репаративного остеогенезу застосовують антиагреганти (ацетілсаліцилова кислота, пентоксифілін), антигіпоксанти (літія оксібутірат), також можна призначати спазмолітики (но-шпа, спазмалгон) 2-3 рази на добу впродовж 3-7 днів;
	для оптимізації репаративної регенерації кісткової тканини: імуномодулятори (Т-активін, тімалін) внутрішньом'язево чи підшкірно 1 раз на добу впродовж 3-5 днів;
	вітамінотерапія: аскорбінова кислота 3 рази на день впродовж 14 днів; токоферола ацетат 1 раз на добу, впродовж 8 днів; нікотинова кислота 2-3 рази на добу впродовж 7 днів; ретинол 2 рази на добу впродовж 2 днів.
	для стимуляції інтрамембранозного остеогенезу (4-8 доба після травми): кальцитонін внутрішньом'язево 1 раз на добу впродовж 5 днів;
	для впливу на кісткові клітини, що завершили диференціацію (9-14 доба після травми)

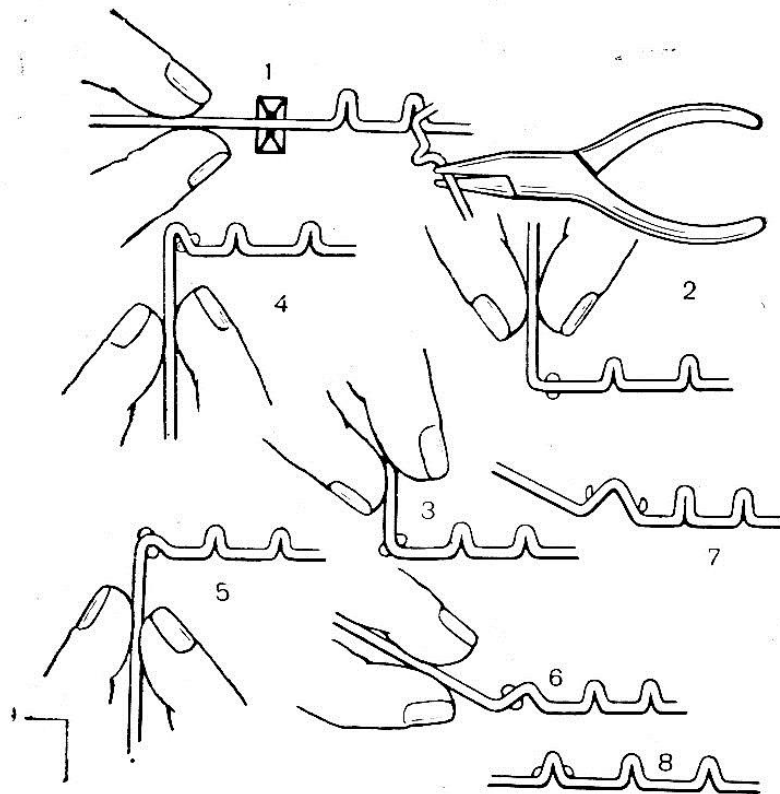
	призначають Феррум Лек 1 раз на добу через день впродовж 5-7 днів;
	для стимуляції окислювально-відновлювальних процесів та метаболізму призначають глютамінову кислоту 2-3 рази на добу впродовж 10-14 днів;
	для оптимізації мінералізації кісткової тканини призначають кальція гліцерофосфат по 2-3 рази на добу впродовж 7 днів;
	для мінералізації новоутвореної кістки (15-28 доба): Кальцій-Д3 Нікомед 1 раз на добу впродовж 14 днів.

ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ДІЛЯНЦІ МЕНТАЛЬНОГО ОТВОРУ - ОДНОБІЧНИЙ

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
- премедикація; - знеболення;	уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, провідникова ментальна або мандибулярна та термінальна оральна анестезія;
- репозиція уламків щелеп;	видалення зубів зі щілини перелому; зіставлення уламків у правильне анатомічне положення;
- фіксація уламків щелеп;	закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою індивідуальних гнутих дротяних шин за С.С.Тігерштедтом гладка шина-скоба (при відсутності зміщення уламків), двощелепні шини з зачіпними гачками (Мал. 8), шина з розпірковим вигином (за наявності дефекту зубного ряду в ділянці перелому), стандартні шини Васильєва (Мал. 9). При беззубих щелепах оперативне втручання з

	накладанням мініпластин, кісткового шва, спиць Кіршнера.
- фармакотерапія;	<ul style="list-style-type: none"> - для профілактики гнійно-запальних ускладнень: лінкоміцин, амоксицилін та інші остеотропні антибіотики 2 рази на день довенно впродовж 7-10 днів; - для гіпосенсибілізації організму та зменшення проникності капілярів: антигістамінні препарати (димедрол, тавегіл, діпразін, фенкарол та ін.) впродовж 7-10 днів; - для відновлення мікроциркуляції на першому етапі репаративного остеогенезу застосовують антиагреганти (ацетілсаліцилова кислота, пентоксіфілін), антигіпоксанти (літія оксібутірат), також можна призначати спазмолітики (но-шпа, спазмалгон) 2-3 рази на добу впродовж 3-7 днів;
	для оптимізації репаративної регенерації кісткової тканини: імуномодулятори (Т-активін, тімалін) внутрішньом'язево чи підшкірно 1 раз на добу впродовж 3-5 днів;
	вітамінотерапія: аскорбінова кислота 3 рази на день впродовж 14 днів; токоферола ацетат 1 раз на добу, впродовж 8 днів; нікотинова кислота 2-3 рази на добу впродовж 7 днів; ретинол 2 раз на добу впродовж 2 днів.
	для стимуляції інтрамембранозного остеогенезу (4-8 доба після травми): кальцитонін внутрішньом'язево 1 раз на добу впродовж 5 днів;
	для впливу на кісткові клітини, що завершили

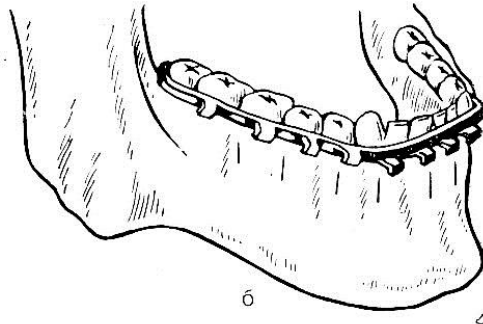
	диференціацію (9-14 доба після травми) призначають Феррум Лек 1 раз на добу через день впродовж 5-7 днів;
	для стимуляції окислювально-відновлювальних процесів та метаболізму призначають глютамінову кислоту 2-3 рази на добу впродовж 10-14 днів;
	для оптимізації мінералізації кісткової тканини призначають кальція гліцерофосфат по 2-3 рази на добу впродовж 7 днів;
	для мінералізації новоутвореної кістки (15-28 доба): Кальцій-Д3 Никомед 1 раз на добу впродовж 14 днів.



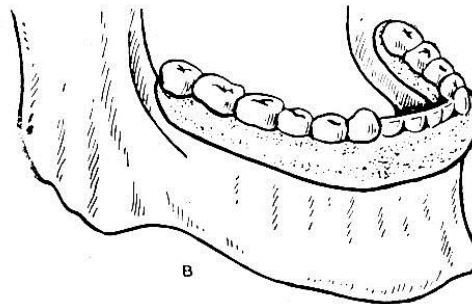
Мал. 8. Послідовність виготовлення дротяної шини Тігерштедта з зачіпними гачками.



а



б



в

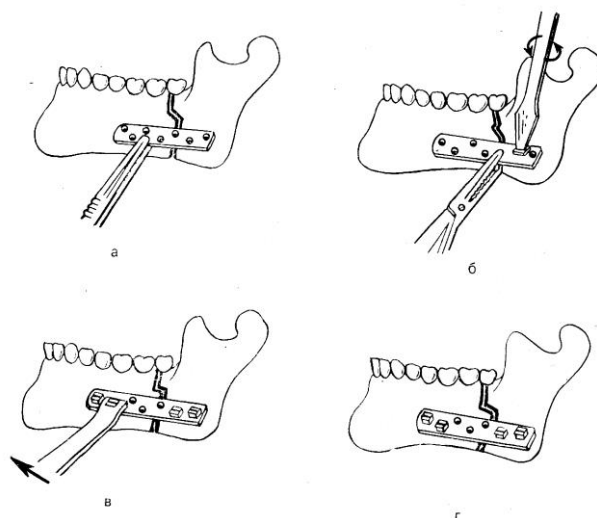
Мал. 9. Назубні шини: а – зовнішній вигляд стандартної шини Васильєва; б - стандартна шина Васильєва зафіксована на нижній щелепі; в – шина з швидкотвердіючої пластмаси.

ПЕРЕЛОМ ТІЛА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ДІЛЯНЦІ МОЛЯРІВ

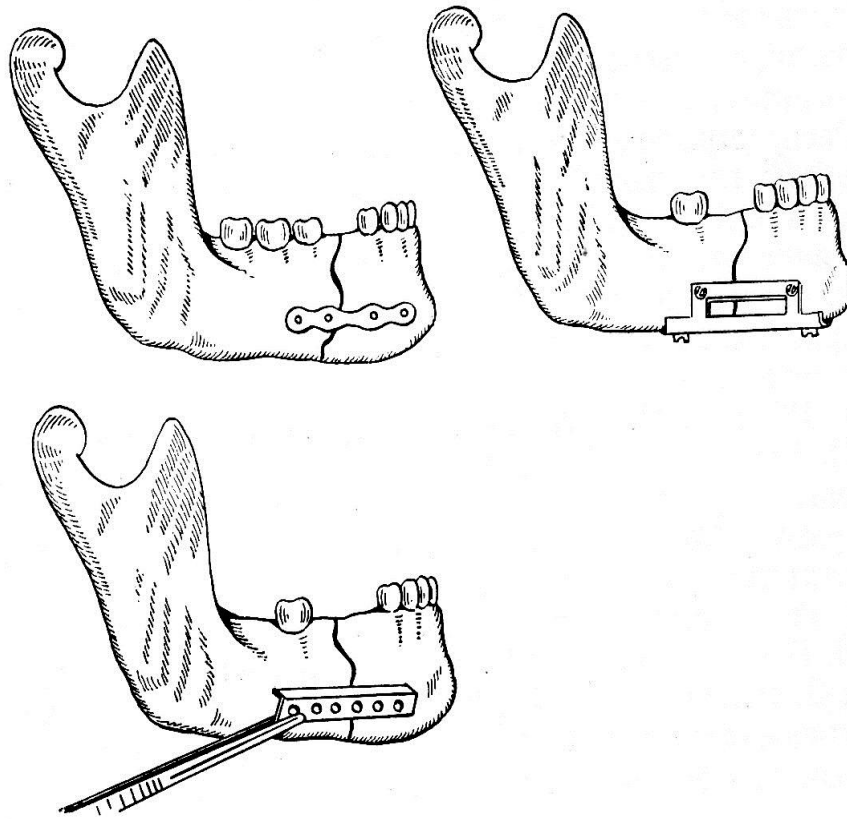
<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
-премедикація; -знеболення;	уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, провідникова мандибулярна або торусальна анестезія;
-репозиція уламків щелеп;	видалення зубів зі щілини перелому; зіставлення уламків у правильне анатомічне положення;
-фіксація уламків щелеп;	закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою індивідуальних гнутих дротяних шин за

	<p>С.С.Тігерштедтом: гладка шина-скоба (при відсутності зміщення уламків), двощелепні шини з зачіпними гачками, шина з розпірковим вигином (за наявності дефекту зубного ряду в ділянці перелому), стандартні шини Васильєва; зубоясенної шини Вебера з наклонною площиною. При беззубих щелепах оперативне втручання з накладанням міні пластин (Мал. 10, 11), кісткового шва (Мал. 12), спиць Кіршнера, апарату Рудька (Мал. 13).</p>
- фармакотерапія;	<ul style="list-style-type: none"> - для профілактики гнійно-запальних ускладнень: лінкоміцин, амоксицилін та інші остеотропні антибіотики 2 рази на день довенно впродовж 7-10 днів; - для гіпосенсибілізації організму та зменшення проникності капілярів: антигістамінні препарати (димедрол, тавегіл, діпразін, фенкарол та ін.) впродовж 7-10 днів; - для відновлення мікроциркуляції на першому етапі репаративного остеогенезу застосовують антиагреганти (ацетілсаліцилова кислота, пентоксіфілін), антигіпоксанти (літія оксібутірат), також можна
	<p>призначати спазмолітики (но-шпа, спазмалгон) 2-3 рази на добу впродовж 3-7 днів;</p>
	<p>для оптимізації репаративної регенерації кісткової тканини: імуномодулятори (Т-активін, тімалін) внутрішньом'язево чи підшкірно 1 раз на добу впродовж 3-5 днів;</p>
	<p>вітамінотерапія: аскорбінова кислота 3 рази на день впродовж 14 днів; токоферол ацетат 1 раз на добу,</p>

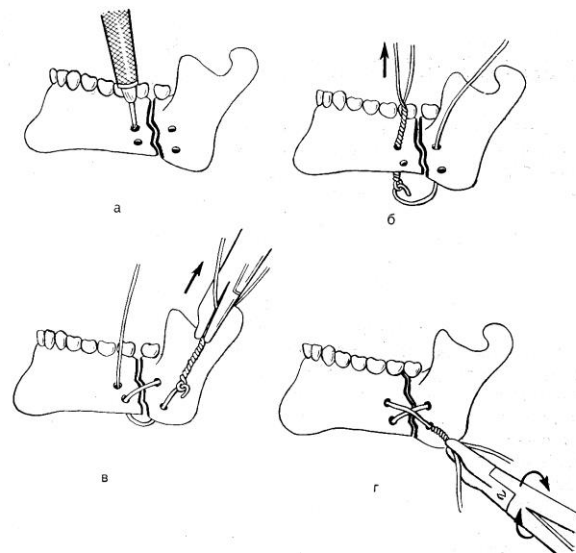
	впродовж 8 днів; нікотинова кислота 2-3 рази на добу впродовж 7 днів; ретинол 2 рази на добу впродовж 2 днів.
	для стимуляції інтрамембранозного остеогенезу (4-8 доба після травми): кальцитонін внутрішньом'язево 1 раз на добу впродовж 5 днів;
	для впливу на кісткові клітини, що завершили диференціацію (9-14 доба після травми) призначають Феррум Лек 1 раз на добу через день впродовж 5-7 днів;
	для стимуляції окислювально-відновлювальних процесів та метаболізму призначають глютамінову кислоту 2-3 рази на добу впродовж 10-14 днів;
	для оптимізації мінералізації кісткової тканини призначають кальція гліцерофосфат по 2-3 рази на добу впродовж 7 днів;
	для мінералізації новоутвореної кістки (15-28 доба): Кальцій-Д3 Нікомед 1 раз на добу впродовж 14 днів.



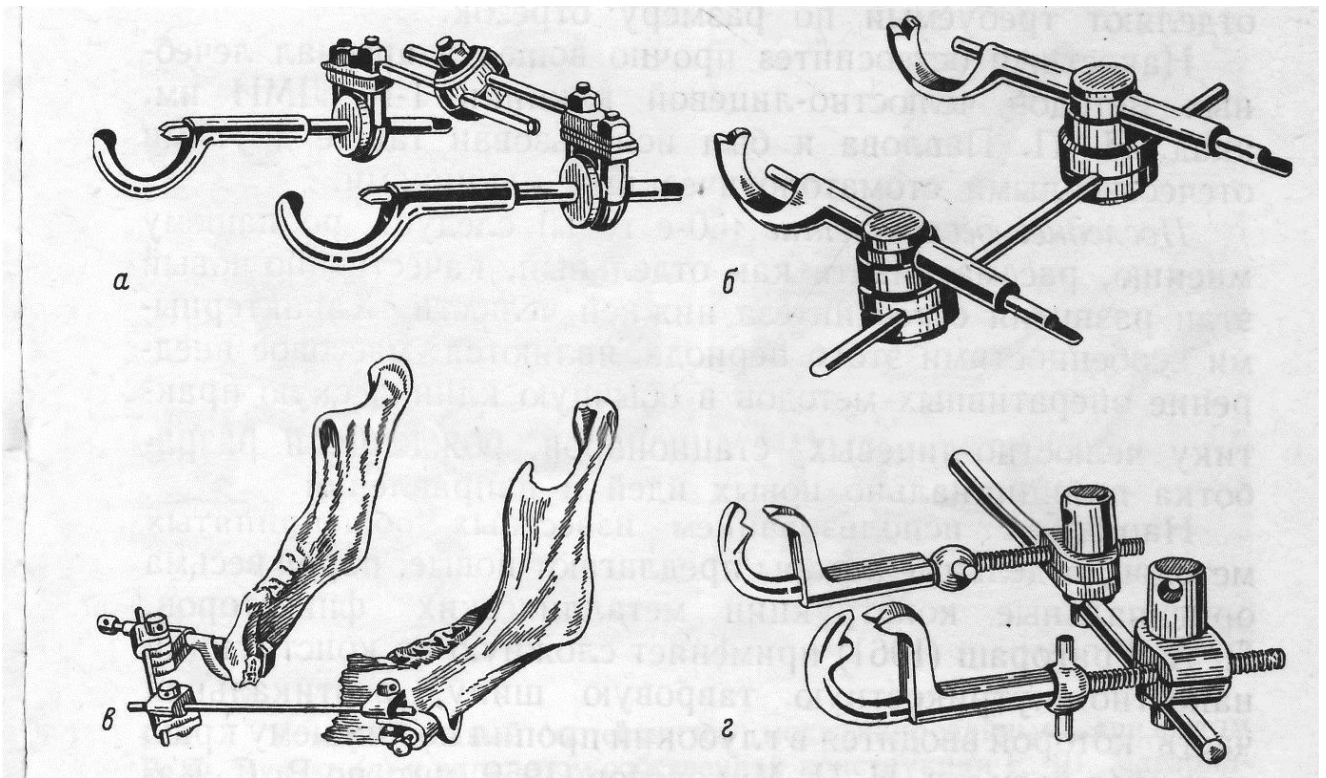
Мал. 10. Послідовність остеосинтезу за допомогою накісткових платівок.



Мал. 11. Накісткові платівки: а – Шермана; б – Сміта; в – Робінзона.



Мал. 12. Послідовність накладання кісткового шва при переломі нижньої щелепи.



Мал. 13. Апарати для остеосинтезу: а – Пенна-Брауна; б – Рудько; в – Збаржа; г – Панчохи.

ОДНОБІЧНИЙ АНГУЛЯРНИЙ ПЕРЕЛОМ

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
- премедикація; - знеболення;	уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, провідникова мандибулярна або торусальна анестезія;
- репозиція уламків щелеп;	видалення зубів зі щілини перелому; зіставлення уламків у правильне анатомічне положення;
- фіксація уламків щелеп;	закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою індивідуальних гнутих дротяних шин за С.С.Тігершtedтом, мініпластин, кісткового шва.
- фармакотерапія;	- для профілактики гнійно-запальних ускладнень: лінкоміцин, амоксицилін та інші остеотропні антибіотики 2 рази на день довенно впродовж 7-10 днів;

	<p>- для гіпосенсибілізації організму та зменшення проникності капілярів: антигістамінні препарати (димедрол, тавегіл, діпразін, фенкарол та ін.) впродовж 7-10 днів;</p> <p>- для відновлення мікроциркуляції на першому етапі репаративного остеогенезу застосовують антиагреганти (ацетилсаліцилова кислота, пентоксифілін), антигіпоксанти (літія оксібутірат), також можна призначати спазмолітики (но-шпа, спазмалгон) 2-3 рази на добу впродовж 3-7 днів;</p>
	<p>- для оптимізації репаративної регенерації кісткової тканини: імуномодулятори (Т-активін, тімалін) внутрішньом'язево чи підшкірно 1 раз на добу впродовж 3-5 днів;</p>
	<p>- вітамінотерапія: аскорбінова кислота 3 рази на</p>
	<p>день впродовж 14 днів; токоферола ацетат 1 раз на добу, впродовж 8 днів; нікотинова кислота 2-3 рази на добу впродовж 7 днів; ретинол 2 рази на добу впродовж 2 днів.</p>
	<p>для стимуляції інтрамембранозного остеогенезу (4-8 доба після травми): кальцитонін внутрішньом'язево 1 раз на добу впродовж 5 днів;</p>
	<p>для впливу на кісткові клітини, що завершили диференціацію (9-14 доба після травми) призначають Феррум Лек 1 раз на добу через день впродовж 5-7 днів;</p>
	<p>для стимуляції окислювально-відновлювальних процесів та метаболізму призначають глютамінову кислоту 2-3 рази на добу впродовж 10-14 днів;</p>

	для оптимізації мінералізації кісткової тканини призначають кальція гліцерофосфат по 2-3 рази на добу впродовж 7 днів;
	для мінералізації новоутвореної кістки (15-28 доба): Кальцій-ДЗ Нікомед 1 раз на добу впродовж 14 днів.

ОДНОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ ГІЛКИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
- премедикація; - знеболення;	уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, провідникова анестезія за Берше-Дубовим або за Вайсблатом біля овального отвору;
- репозиція уламків щелеп;	зіставлення уламків у правильне анатомічне положення;
фіксація уламків щелеп;	закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою індивідуальних гнутих дротяних шин за С.С.Тігерштедтом, мініпластин, кісткового шва.
- фармакотерапія;	<ul style="list-style-type: none"> - для профілактики гнійно-запальних ускладнень: лінкоміцин, амоксицилін та інші остеотропні антибіотики 2 рази на день довенно впродовж 7-10 днів; - для гіпосенсибілізації організму та зменшення проникності капілярів: антигістамінні препарати (димедрол, тавегіл, діпразін, фенкарол та ін.) впродовж 7-10 днів; - для відновлення мікроциркуляції на першому етапі репаративного остеогенезу застосовують антиагреганти (ацетілсаліцилова кислота, пентоксіфілін), антигіпоксанти (літія оксібугірат),

	також можна призначати спазмолітики (но-шпа, спазмалгон) 2-3 рази на добу впродовж 3-7 днів;
	- для оптимізації репаративної регенерації кісткової тканини: іммуномодулятори (Т-активін, тімалін) внутрішньом'язево чи підшкірно 1 раз на добу впродовж 3-5 днів;
	- вітамінотерапія: аскорбінова кислота 3 рази на
	день впродовж 14 днів; токоферола ацетат 1 раз на добу, впродовж 8 днів; нікотинова кислота 2-3 рази на добу впродовж 7 днів; ретинол 2 рази на добу впродовж 2 днів.
	для стимуляції інтрамембранозного остеогенезу (4-8 доба після травми): кальцитонін внутрішньом'язево 1 раз на добу впродовж 5 днів;
	для впливу на кісткові клітини, що завершили диференціацію (9-14 доба після травми) призначають Феррум Лек 1 раз на добу через день впродовж 5-7 днів;
	для стимуляції окислювально-відновлювальних процесів та метаболізму призначають глютамінову кислоту 2-3 рази на добу впродовж 10-14 днів;
	для оптимізації мінералізації кісткової тканини призначають кальція гліцерофосфат по 2-3 рази на добу впродовж 7 днів;
	для мінералізації новоутвореної кістки (15-28 доба): Кальцій-ДЗ Нікомед 1 раз на добу впродовж 14 днів.

ОДНОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ СУГЛОБОВОГО ВІДРОСТКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

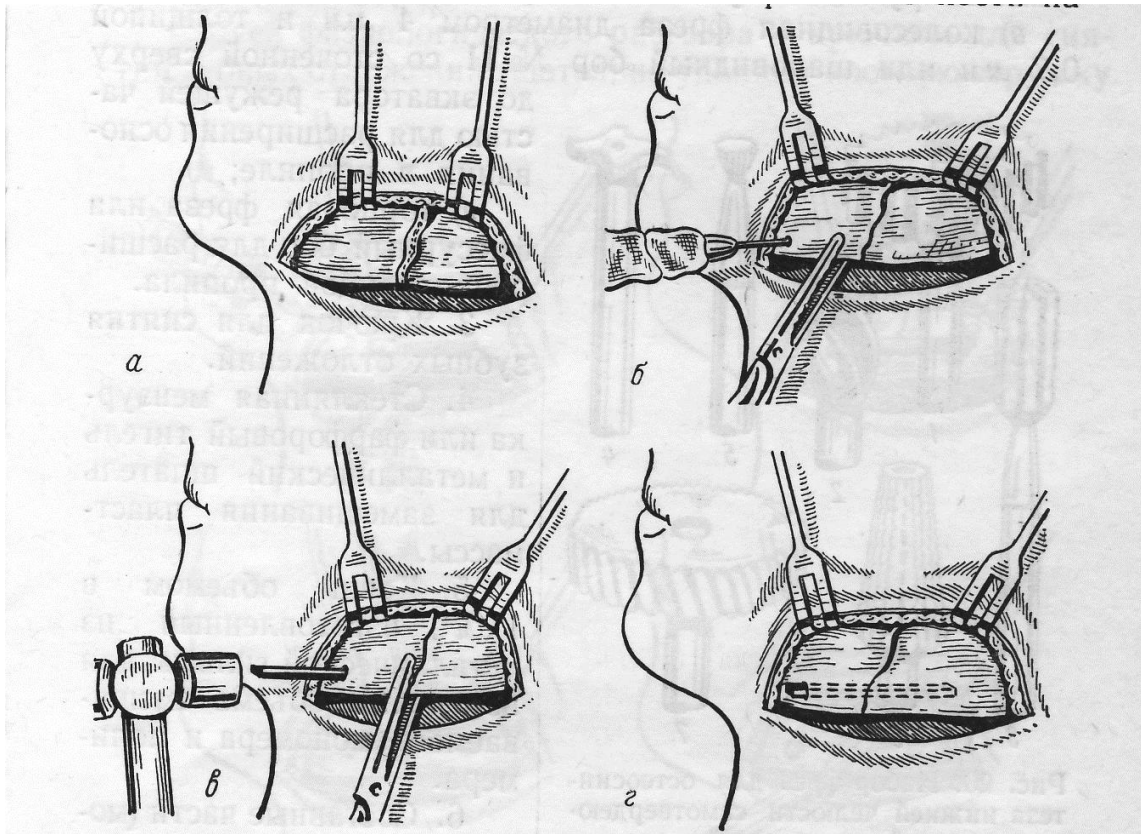
<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
<ul style="list-style-type: none"> - премедикація; - знеболення; 	<p>уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, провідникова анестезія за Берше-Дубовим або за Вайсблатом біля овального отвору.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - репозиція уламків щелеп; 	<p>зіставлення уламків у правильне анатомічне положення; в випадку наявності зміщення суставного відростку здійснюють його репозицію поступово за допомогою шматочків резини 5 мм завтовшки (пелотів), які поміщають між останніми молярами верхньої та нижньої щелепи (на боці перелома) на 2 – 3 доби.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - фіксація уламків щелеп; 	<p>закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою індивідуальних гнутих дротяних шин за С.С.Тігерштедтом.</p> <p>В разі наявності значного зміщення малого відламка або при наявності перелома-вивиха, здійснюють остеосинтез за допомогою кісткового шва або міні пластини.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - фармакотерапія; 	<ul style="list-style-type: none"> - для профілактики гнійно-запальних ускладнень: лінкоміцин, амоксицилін та інші остеотропні антибіотики 2 рази на день доведено впродовж 7-10 днів; - для гіпосенсибілізації організму та зменшення проникності капілярів: антигістамінні препарати (димедрол, тавегіл, діпразін, фенкарол та ін.) впродовж 7-10 днів;

	- для відновлення мікроциркуляції на першому етапі репаративного остеогенезу застосовують антиагреганти (ацетілсаліцилова кислота, пентоксіфілін), ан-тигіпоксанти (літія оксібутірат), також можна призначати спазмолітики (но-шпа, спазмалгон) 2-3 рази на добу впродовж 3-7 днів;
	- для оптимізації репаративної регенерації кісткової тканини: іммуномодулятори (Т-активін, тімалін) внутрішньом'язево чи підшкірно 1 раз на добу впродовж 3-5 днів;
	вітамінотерапія: аскорбінова кислота 3 рази на
	день впродовж 14 днів; токоферола ацетат 1 раз на добу, впродовж 8 днів; нікотинова кислота 2-3 рази на добу впродовж 7 днів; ретинол 2 рази на добу впродовж 2 днів.
	для стимуляції інтрамембранозного остеогенезу (4-8 доба після травми): кальцитонін внутрішньом'язево 1 раз на добу впродовж 5 днів;
	для впливу на кісткові клітини, що завершили диференціацію (9-14 доба після травми) призначають Феррум Лек 1 раз на добу через день впродовж 5-7 днів;
	для стимуляції окислювально-відновлювальних процесів та метаболізму призначають глютамінову кислоту 2-3 рази на добу впродовж 10-14 днів;
	для оптимізації мінералізації кісткової тканини призначають кальція гліцерофосфат по 2-3 рази на добу впродовж 7 днів;
	для мінералізації новоутвореної кістки (15-28 доба):

	Кальцій-ДЗ Нікомед 1 раз на добу впродовж 14 днів.
--	--

ДВОБІЧНИЙ МЕНТАЛЬНИЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
- премедикація; -знеболення;	уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, двобічна провідникова ментальна та термінальна оральна анестезія або двобічна мандибулярна (торусальна) анестезія;
- репозиція уламків щелеп;	- видалення зубів зі щілини перелому; зіставлення уламків у правильне анатомічне положення;
- фіксація уламків щелеп;	- закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою двощелепної шини за С.С.Тігерштедтом з зачіпними гачками (за наявності дефекту зубного ряду в ділянці перелому на шині виконують розпірковий вигин), стандартні шини Васильєва. При беззубих щелепах оперативне втручання з накладанням мініпластин, кісткового шва, спиць Кіршнера (Мал. 14).
- фармакотерапія;	аналогічна схемі лікування переломів нижньої щелепи інших локалізацій, що наведена вище.



Мал. 14. Етапи виконання остеосинтезу за допомогою внутрішньо кісткового штифта.

ПОДВІЙНИЙ ОДНОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ ТІЛА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
- премедикація; - знеболення;	- уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, провідникова мандибулярна або торусальна анестезія;
- репозиція уламків щелеп;	- видалення зубів зі щілини перелому; зіставлення уламків у правильне анатомічне положення;
-фіксація уламків щелеп;	- закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою двощелепної шини за С.С.Тігерштедтом з зачіпними гачками (за наявності дефекту зубного ряду в ділянці перелому на шині виконують розпірковий вигин), стандартні шини Васильєва. При беззубих щелепах

	оперативне втручання з накладанням мініпластин, кісткового шва, спиць Кіршнера.
- фармакотерапія;	аналогічна схемі лікування переломів нижньої щелепи інших локалізацій, що наведена вище.

ДВОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ ТІЛА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ДІЛЯНЦІ МОЛЯРІВ

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
- премедикація; -знеболення;	- уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, провідникова мандибулярна або торусальна анестезія;
- репозиція уламків щелеп;	- видалення зубів зі щілини перелому; зіставлення уламків у правильне анатомічне положення;
- фіксація уламків щелеп;	- закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою двощелепної шини за С.С.Тігерштедтом з зачіпними гачками (за наявності дефекту зубного ряду в ділянці перелому на шині виконують розпірковий вигин), стандартні шини Васильєва. При беззубих щелепах оперативне втручання з накладанням мініпластин, кісткового шва, спиць Кіршнера.
- фармакотерапія;	аналогічна схемі лікування переломів нижньої щелепи інших локалізацій, що наведена вище.

ДВОБІЧНИЙ АНГУЛЯРНИЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
- премедикація; - знеболення;	уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, провідникова мандибулярна або торусальна анестезія;

- репозиція уламків щелеп;	- видалення зубів зі щілини перелому; зіставлення уламків у правильне анатомічне положення;
- фіксація уламків щелеп;	- закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою двощелепної шини з зачіпними гачками за С.С.Тігерштедтом; стандартні шини Васильєва. При беззубих щелепах оперативне втручання з накладанням мініпластин, кісткового шва, спиць Кіршнера.
- фармакотерапія;	аналогічна схемі лікування переломів нижньої щелепи інших локалізацій, що наведена вище.

ДВОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ СУГЛОБОВИХ ВІДРОСТКІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
-премедикація; -знеболення;	уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, двобічна провідникова анестезія за Берше-Дубовим або за Вайсблатом біля овального отвору.
- репозиція уламків щелеп;	- зіставлення уламків у правильне анатомічне положення; в випадку наявності зміщення суставного відростку здійснюють його репозицію поступово за допомогою шматочків резини 5 мм завтовшки (пелотів), які поміщають між останніми молярами верхньої та нижньої щелепи (з обох боків) на 2 – 3 доби.
- фіксація уламків щелеп;	- закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою індивідуальних гнутих дротяних шин з зачіпними

	<p>гачками за С.С.Тігерштедтом або стандартних шин Васильєва.</p> <p>В разі наявності значного зміщення малих відламків або при наявності перелоμο-вивиха, здійснюють остеосинтез за допомогою кісткового шва або міні пластин.</p>
- фармакотерапія;	аналогічна схемі лікування переломів нижньої щелепи інших локалізацій, що наведена вище.

ДВОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ (АНГУЛЯРНИЙ ТА У ДІЛЯНЦІ ТІЛА З ПРОТИЛЕЖНОГО БОКУ)

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
- премедикація; - знеболення;	уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, двобічна провідникова мандибулярна або торусальна анестезія;
- репозиція уламків щелеп;	- видалення зубів зі щілини перелому; зіставлення уламків у правильне анатомічне положення;
- фіксація уламків щелеп;	- закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою індивідуальних гнутих дротяних шин з зачіпними петлями за С.С.Тігерштедтом або шин Васильєва, мініпластин, кісткового шва, спиць Кіршнера.
- фармакотерапія;	аналогічна схемі лікування переломів нижньої щелепи інших локалізацій, що наведена вище.

**ДВОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ (У МЕНТАЛЬНІЙ
ДІЛЯНЦІ З ОДНОГО БОКУ ТА СУГЛОБОВОГО ВІДРОСТКУ З
ПРОТИЛЕЖНОГО БОКУ)**

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
- премедикація; -знеболення;	- уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, двобічна провідникова анестезія (торусальна або мандибулярна з одного боку; за Берше-Дубовим або біля овального отвору за Вайсблатом на боці перелому суставного відростку).
- репозиція уламків щелеп;	- видалення зубів зі щілини перелому; зіставлення уламків у правильне анатомічне положення; в випадку наявності зміщення суставного відростку здійснюють його репозицію поступово за допомогою шматочка резини 5 мм завтовшки (пелота), який закладають між останніми молярами верхньої та нижньої щелепи (на боці перелома) на 2 – 3 доби.
- фіксація уламків щелеп;	- закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою двощелепної шини з зачіпними гачками за С.С.Тігерштедтом (за наявності дефекту зубного ряду в ділянці ментального перелому, на шині виконують розпірковий вигин), стандартні шини Васильєва. При беззубих щелепах оперативне втручання з накладанням мініпластин, кісткового шва, спиць Кіршнера.
- фармакотерапія;	аналогічна схемі лікування переломів нижньої щелепи інших локалізацій, що наведена вище.

ПОТРІЙНИЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
- премедикація; -знеболення;	- уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, двобічна провідникова анестезія (мандибулярна, торусальна або біля овального отвору).
- репозиція уламків щелеп;	- видалення зубів зі щілини переломів; зіставлення уламків у правильне анатомічне положення;
- фіксація уламків щелеп;	- закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою індивідуальних гнутих дротяних шин з зачіпними гачками за С.С.Тігерштедтом, стандартні шини Васильєва. При беззубих щелепах оперативне втручання з накладанням мініпластин, кісткового шва, спиць Кіршнера, апарату Рудька.
- фармакотерапія;	аналогічна схемі лікування переломів нижньої щелепи інших локалізацій, що наведена вище.

РОЗДІЛ 5

МЕХАНІЧНІ НЕВОГНЕПАЛЬНІ ПОШКОДЖЕННЯ КІСТОК СЕРЕДНЬОЇ ЗОНИ ОБЛИЧЧЯ

5.1. ПОШКОДЖЕННЯ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Мета заняття:

- навчитися обстеженню хворих та визначати характер механічної невогнепальної травми верхньої щелепи;
- навчитися наданню невідкладної та лікарської допомоги постраждалим з переломами верхньої щелепи;
- навчитися складанню плану комплексного лікування постраждалих з переломами верхньої щелепи.

ПИТАННЯ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ:

Статистика та класифікація переломів верхньої щелепи.

Загальні принципи діагностики пошкоджень верхньої щелепи.

Загальні принципи лікування хворих з переломами верхньої щелепи.

Ускладнення переломів верхньої щелепи, їх профілактика та лікування.

МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАНЯТТЯ:

1. Череп.
2. Верхня щелепа.
3. Моделі щелеп пластмасові.
4. Шприці з голками.
5. Місцеві анестетики.
6. Лігатурний дріт.
7. Дріт алюмінієвий для шинування.
8. Ножиці для різання металу.
9. Ножиці медичні.

- 10.Крампонні щипці
- 11.Скальпель.
- 12.Распатор.
13. Кровоспинні затискачі
14. Хірургічні пінцети.
15. Гачки Фарабефа.
16. Голкотримачі
- 17.Голки хірургічні ріжучі.
- 18.Бормашина.
- 19.Комплект борів.
- 20.Дріль.
21. Спиці Кіршнера.
22. Стандартна підборідна праща Ентіна.
- 23.Набір марлевих і гіпсових бинтів.
- 24.Набір інструментів для видалення зубів.
25. Матеріал для накладання швів на слизову оболонку порожнини рота.
26. Матеріал для накладання кісткового шва.
27. Матеріал для накладання швів на шкіру.
28. Стандартний комплекс Збаржа

5.1.1. САМОСТІЙНА РОБОТА З ДІАГНОСТИКИ ПОШКОДЖЕНЬ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

АЛГОРИТМ ДІЙ: опитування хворого, загальний та місцевий огляд, локальна пальпація, перкусія, рентгенографія кісток лицевого скелета, загальноклінічне лабораторне дослідження. Визначення діагнозу постраждалого.

ПЕРЕЛОМИ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ НИЖНІЙ ТИП (ЛЕ ФОР III)

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на біль у ділянці верхньої щелепи, який підсилюється при змиканні зубів або при жуванні їжі; неможливість відкушувати їжу передніми зубами; оніміння зубів та слизової оболонки ясен; неправильне змикання зубів; відчуття інородного тіла у глотці, нудоту, утруднене носове дихання.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний анамнез, особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнтів.

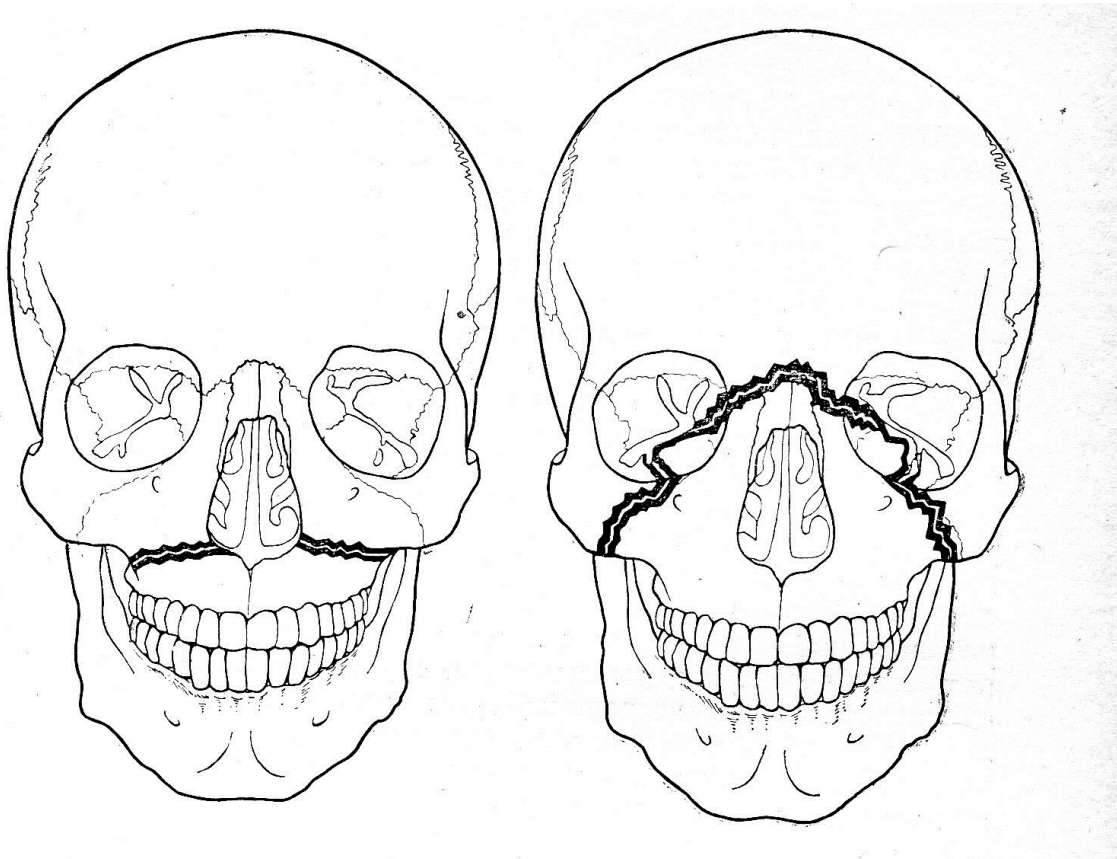
ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої важкості, важкий; орієнтація хворого у просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС. При зовнішньому огляді виявляють наявність припухлості м'яких тканин верхньої губи, щік, згладженість носогубних борозен, підшкірної емфіземи. Звертають увагу на садна, крововиливи, рани м'яких тканин. Пальпаторно визначають стан шкіри, м'язів, лімфатичних вузлів, слинних залоз. Виявляють болісні ділянки, осередки крепітації.

Необхідно зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота та стан сзисової оболонки порожнини рота, язика, ясен, зубних рядів.

Перелом обох половин верхньої щелепи, лінія якого проходить горизонтально на рівні грушоподібного отвору до бугра щелепи, характеризується тим, що при значному зміщенні відламків вниз збільшується нижня третина обличчя, а шкірна частина перегородки носа з горизонтального переміщується у косо положення. При змиканні зубів біля основи перегородки носа утворюється ледь помітна складка, а шкірна її частина переміщується уверх (Мал. 15а).



а - нижній тип

б - середній тип

Мал. 15. Типи переломів верхньої щелепи за Ле Фором.

При огляді порожнини рота можна визначити крововилив верхнього склепіння переддвер'я рота в межах усіх зубів, нерідко у верхньому відділі крилощелепних складок, а при однобічному переломі – і по серединній лінії твердого піднебіння. М'яке піднебіння здається подовженим. Визначається це при значному зміщенні відламка щелепи назад і вниз. Язичок торкається задньої стінки глотки або кореня язика. При пальпації дещо вище склепіння переддвер'я рота визначаються кісткові виступи (сходинки), нерівності, які більш чітко визначаються в ділянці вилично-альвеолярного гребеня. При помірному надавлюванні вказівним пальцем на крилоподібний відросток клиноподібної кістки або на його гачок виникає біль у місці проходження щілини перелому. Інколи при цьому передній відділ відламка опускається вниз. Визначаючи патологічну рухомість ушкодженого фрагменту щелепи, після фіксації пальцями правої руки фронтального відділу альвеолярного відростку і обережному виконанні гойдальних рухів вперед – назад, можна визначити пальцями лівої руки, розташованими у ділянці верхнього склепіння переддвер'я рота, характерну кренітацію. Зміщення відламків супроводжується рухомістю шкірної частини перегородки носа. У ділянці ясен усіх зубів больова чутливість знижується або повністю відсутня, при перкусії зубів звук низький. Прикус може бути відкритим.

СЕРЕДНІЙ ТИП (ЛЕ ФОР II)

СКАРГИ: на біль у ділянці верхньої щелепи, який підсилюється при змиканні зубів або при жуванні їжі; неможливість відкушувати їжу передніми зубами; оніміння зубів та слизової оболонки ясен, шкіри підочної ділянки, верхньої губи, крила носа, шкірної частини перетинки носа; неправильне змикання зубів; відчуття стороннього тіла у глотці, нудоту, утруднене носове дихання та втрату нюху, диплопію.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.),

перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний анамнез, особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середньої важкості, важкий; орієнтація хворого у просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС. При зовнішньому огляді виявляють наявність припухлості м'яких тканин верхньої губи, щік, підочних ділянок, кореня носа, згладженість носогубних борозен, підшкірної емфіземи. Звертають увагу на садна, крововиливи, особливо в ділянці очниць, рани м'яких тканин. Пальпаторно визначають стан шкіри, м'язів, лімфатичних вузлів, слинних залоз. Виявляють болісні ділянки, осередки крепітації (Мал. 15б).

Необхідно зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота та стан сзизової оболонки порожнини рота, язика, ясен, зубних рядів.

При переломі правої і лівої верхньої щелепи по середньому типу, лінія якого проходить через носолобний шов, по медіальній стінці очниці до нижньоорбітальної щілини, по дну очниці, по вилично-верхньощелепному шву до крилопіднебінного каналу з обох боків, визначаються посттравматичний набряк та крововиливи у м'які тканини підочної ділянки та кореня носа, інколи підшкірна емфізема. Характерним є крововилив в ділянці нижньої повіки, медіального кута ока та медіального відділу верхньої повіки. Може бути кровотеча з носа, рота, носової

частини глотки, інколи із слізних точок. Нерідко між зімкнутими повіками виступає кон'юнктива, насичена вилитою кров'ю. Інколи порушена больова чутливість шкіри підочної ділянки, нижньої повіки, крила носа. При горизонтальному положенні хворого його обличчя сплющується за рахунок зміщення відламка назад, при вертикальному – збільшується внаслідок зміщення щелепи донизу. Якщо акуратно виконати гойдальні рухи верхньої щелепи, беручи її за фронтальний відділ пальцями, в передньозадньому напрямку, то можна визначити одночасне зміщення кісткового фрагмента в ділянці підочного краю та кореня носа, над яким шкіра буде збиратися в складку. Визначається крововилив по верхньому склепінню переддвер'я рота в ділянці молярів та частково премолярів та кістковий виступ у ділянці виличноальвеолярного гребеня та позаду від нього. Больова чутливість слизової оболонки ясен може бути знижена в межах різців, іклів та премолярів з обох боків. Інші об'єктивні ознаки аналогічні таким при переломі за нижнім типом.

ВЕРХНІЙ ТИП ПЕРЕЛОМУ (ЛЕ ФОР I)

СКАРГИ: Якщо хворий у свідомості, то він вказує на диплопію при вертикальному положенні тулуба, болюче та утруднене ковтання, наявність стороннього тіла в горлі, похлинання та нудоту, погане відкривання рота.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

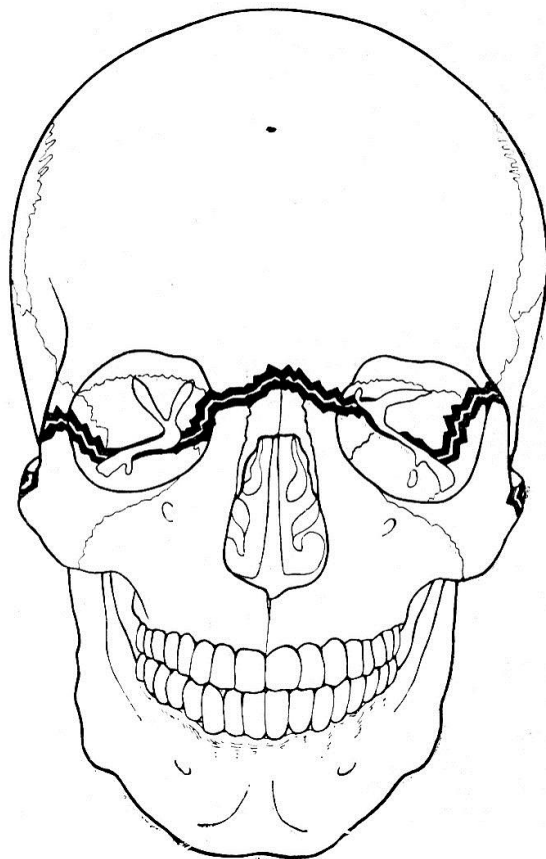
АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний анамнез, особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: середньої важкості, важкий; орієнтація хворого у просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС. При зовнішньому огляді виявляють наявність припухлості м'яких тканин верхньої губи, щік, ділянок очниць, кореня носа, згладженість носогубних борозен, підшкірної емфіземи. Звертають увагу на садна, крововиливи, рани м'яких тканин середньої зони обличчя. Пальпаторно визначають стан шкіри, м'язів, лімфатичних вузлів, слинних залоз. Виявляють болісні ділянки, осередки крепітації.

Необхідно зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота та стан сзизової оболонки порожнини рота, язика, ясен, зубних рядів (Мал. 16).



Мал. 16. Верхній тип перелома верхньої щелепи за Ле Фор

При верхньому типі перелому обох верхніх щелеп, лінія якого проходить через корінь носа, нижню очну щілину, латеральну стінку очниці, вилично-лобовий шов до основи черепа з обох боків, обличчя хворого набуває одутло-місяцеподібної форми. Визначається “симптом окулярів” – крововилив в біляочну клітковину. При горизонтальному положенні тіла хворого його обличчя сплющується, при вертикальному – відбувається подовження обличчя, а очні яблука зміщуються донизу, очна щілина розширюється. З’являється диплопія. При змиканні зубів очні яблука зміщуються вгору разом з дном орбіти. Може бути екзофтальм. У ділянці кореня носа та верхньозовнішнього кута орбіти визначається кривітација або кістковий виступ. Відкривання рота обмежене та болюче. Крововилив у слизову оболонку переддвер’я рота не відмічається. Больова чутливість її не змінюється. При пальпації з боку переддвер’я рота відсутні ознаки порушення цілісності кісткової тканини. Решта ознак відповідає таким при переломі за нижнім типом. У випадку поєднання з переломом основи черепа можуть ушкоджуватися базальні відділи мозку, його ствол і черепні нерви. Тому можна встановити загально мозкову симптоматику, ствольні порушення, ознаки ураження черепних нервів. Може бути кровотеча з вуха (перелом піраміди скроневої кістки з розривом слизової оболонки внутрішнього слухового проходу та барабанної перетинки), з носа (розрив слизової оболонки верхньої стінки порожнини носа, перелом решітчастої кістки), з рота та носоглотки (перелом кліноподібної кістки і розрив слизової оболонки свода глотки). Можлива лікворея з носа (при переломі основи черепа з розривом твердої мозкової оболонки слизової оболонки носа).

На рентгенограмах кісток лицевого скелета в аксіальній проекції при нижньому типі перелому верхньої щелепи визначається порушення цілісності кістки в ділянці її альвеолярного гребеня, а також зниження прозорості верхньощелепних пазух унаслідок крововиливу в них.

На рентгенограмах лицевих кісток, яку виконують в аксіальній проекції при *середньому типі перелому* відмічається порушення неперервності кістки в ділянці перенісся, нижнього краю орбіти та вилично-альвеолярного гребеня, зниження прозорості верхньощелепних пазух.

На рентгенограмах лицевих кісток *при верхньому типі перелому* може визначитися порушення цілісності кісткової тканини в ділянці виличної дуги, великого крила клиноподібної кістки та лобновилично з'єднання, а також зниження прозорості верхньощелепних та клиноподібної пазух.

НЕСИМЕТРИЧНІ ПЕРЕЛОМИ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗА ЛЕ ФОР I З ОДНОГО БОКУ ТА ЛЕ ФОР II З ІНШОГО

СКАРГИ: на біль у верхній щелепі, який підсилюється при змиканні зубів або при спробі відкушування чи пережовування їжі, неправильне змикання зубів, відчуття стороннього тіла у в горлі, похлинання та позиви до блювання, недостатньо широке відкривання рота, диплопію; оніміння шкіри нижньої повіки, підочної ділянки, крила носа, різців, ікла, премолярів та слизової оболонки ясен з вестибулярного боку у ділянці цих зубів (Ле Фор I), оніміння шкіри верхньої повіки, лоба, зовнішнього та внутрішнього кута очної щілини (у випадку ушкодження очного нерва в ділянці верхньоочної щілини).

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова , транспортна, спортивна, виробнича та ін.), перше звернення за медичною допомогою (коли і в який лікувальний заклад), обсяг медичної допомоги.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (серцево-судинних, нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові та ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз, СНІД), шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, наркотиків), алергологічний анамнез, особливості матеріально-побутових умов життя та праці пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: середньої важкості, важкий; орієнтація хворого у просторі і часі, контактність, наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Визначення характеру дихання, пульсу, артеріального тиску.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС. При зовнішньому огляді виявляють наявність припухлості м'яких тканин верхньої губи, щік, ділянок очниць, кореня носа, згладженість носогубних борозен, підшкірної емфіземи. Звертають увагу на садна, крововиливи, рани м'яких тканин обличчя. Пальпаторно визначають стан шкіри, м'язів, лімфатичних вузлів, слинних залоз. Виявляють болісні ділянки, осередки крепітації.

Необхідно зробити огляд порожнини рота, визначити ступінь відкриття рота та стан слизової оболонки порожнини рота, язика, ясен, зубних рядів.

При верхньому типі перелому одної верхньої щелепи та середньому іншій (див .вище), обличчя деформоване за рахунок після травматичного набряку та підшкірної емфіземи. При переводі хворого у вертикальне положення добре помітний процес подовження обличчя, розширення очної щілини (на стороні Ле Фор I), енофтальм (на стороні Ле Фор I). При переводі хворого у горизонтальне положення простежується укорочення та сплюснення обличчя. Можливий двобічний екзофтальм за рахунок крововиливу у ретробульбарну клітковину. Визначається крововилив у м'які тканини пері орбітальної зони, характерні для верхнього та середнього типів. При змиканні зубів очне яблуко на стороні Ле Фор I може зміщуватися догори, очна щілина – звужуватися. Диплонія при цьому може зменшуватися, в ділянці кореня носу з'являється шкірна складка. При пальпації лицевого скелету визначається кістковий виступ в ділянці верхньозовнішнього кута очниці та виличної дуги (на стороні Ле Фор I) та нижньоорбітального краю справа (Ле Фор II), а також кістковий виступ у носовій частині лобної кістки або з'являється відчуття провалювання тканин під пальцем в цій зоні (при значному зміщенні уламків). При визначенні симптому рухливості кісткового уламка можна визначити

рухливість фрагменту в ділянці підочного краю (на стороні Ле Фор II), верхньозовнішнього кута очниці та виличної дуги (на стороні Ле Фор I), а також в ділянці кореня носа. Відкривання рота дещо обмежене.

Прикус відкритий (або прямий). За відсутності зміщення співвідношення зубів може не змінюватися. На боці Ле Фор II по перехідній складці верхньої щелепи в ділянці премолярів та молярів чітко видно крововилив, який розповсюджується на слизову оболонку щоки. При пальпації передньої та підскроневої поверхні тіла верхньої щелепи визначають кістковий виступ в ділянці виличноальвеолярного гребеня і позаду нього на боці Ле Фор II. На боці Ле Фор I такі ознаки не визначаються. Знижена больова чутливість слизової оболонки ясен відповідно фронтальній групі зубів на боці Ле Фор II. У верхньому відділі крилощелепної складки може бути крововилив, на стороні Ле Фор I цього немає. М'яке піднебіння зміщено назад, uvula може торкатися задньої стінки глотки або кореня язика. При перкусії зубів визначається низький перкуторний звук.

На рентгенограмах – зниження прозорості верхньощелепних пазух, порушення цілісності кісткової тканини: на боці Ле Фор I – в ділянці кореня носа, верхньозовнішнього краю очниці та виличної дуги, на боці Ле Фор II – в ділянці підочного краю та виличноальвеолярного гребеня. При цьому варіанті перелому верхньої щелепи можливий перелом основи черепа з неменшою вірогідністю ніж при симетричному переломи по верхньому або середньому типу. У такому випадку на рентгенограмі може бути видна сходинка або лінія перелому, яка розташована на турецькому сідлі або дещо спереду від нього.

ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗА ЛЕ ФОР II (СЕРЕДНІЙ ТИП) З ОДНОГО БОКУ ТА ЛЕ ФОР III (НИЖНІЙ ТИП) З ІНШОГО

Припустимо, що зліва перелом проходить по середньому, а справа – по нижньому типу. Лінія перелому проходить в місці з'єднання лобного відростку верхньої щелепи з носовою частиною лобної кістки зліва, прямує

по внутрішній стінці орбіти та далі – відповідно з переломом за Ле Фор II, але тільки з одного лівого боку. Перетинка носа ламається на різних рівнях залежно від проходження лінії перелому по кістках носа.права лінія перелому починається у грушоподібного отвору, а далі прямує по типу, характерному для перелому за Ле Фор III.

Хворі можуть скаржитись на біль в ділянці верхньої щелепи, який підсилюється при змиканні зубів та спробі пережовування їжі; неправильне змикання зубів; відчуття стороннього тіла в горлі, позиви на блювання; оніміння шкіри підочної ділянки, нижньої повіки, крила та шкірної перетинки носа зліва; оніміння або зниження больової чутливості в ділянці різців, ікла та премолярів зліва та тканин ясен в межах цих зубів; двоїння в очах при погляді у бік.

При огляді виявляється деформація обличчя за рахунок після травматичного набряку тканин: зліва переважно в підочній, виличній, щічній ділянках; справа – в щічній і ділянці верхньої губи. Зліва може бути крововилив в тканини підочної ділянки, верхньої та нижньої повіки, внутрішнього кута очниці, кореня носа, кон'юнктиву і в склеру очного яблука. При значному крововиливі в ретробульбарну клітковину – екзофтальм. Однак, можливий однобічний енофтальм зліва, якщо щілина перелому пройшла через виличну кістку та обломалося усе дно очниці. Можуть бути садна, рани, крововиливи різної локалізації як зліва, так і справа.

При пальпації підочного краю зліва і ділянки кореня носа можна виявити кістковий виступ або западання тканин. У деяких хворих лінія перелому визначається (пальпується кісткова сходи́нка) в ділянці нижньозовнішнього кута очниці, тобто вона проходить через виличну кістку та дно орбіти і разом з верхньою щелепою та очним яблуком зміщується долі. Це призводить до порушення співвісності очних яблук, що виявляється у хворих диплопію. При значному зміщенні відламків назад можливе однобічне сплюснення обличчя (зліва), однак менш значне ніж при

симетричному переломі за середнім типом. На верхньому склепіння присінку рота має місце крововилив в межах усіх зубів справа та молярів зліва. Прикус частіше відкритий, але може бути і прямий. Больова чутливість слизової оболонки ясен знижена, або відсутня в зоні усіх зубів справа та різців, ікла та премолярів зліва. При пальпації визначається кісткова сходишка в межах підскроневої та передньої стінок верхньої щелепи справа та підскроневої стінки зліва. Особливо чітко її можна відчутти в ділянці виличноальвеолярного гребеня як зліва, так і справа. М'яке піднебіння дещо зміщено назад, у верхніх відділах крилощелепних складок (зліва і справа) може бути крововилив. При спробі зміщення кісткового фрагменту визначається рухливість ділянці виличноальвеолярного гребеня зліва і справа, підочного краю зліва і кореня носу. Крім того може утворюватися шкірна складка в ділянці кореня носу та шкірної частини його перетинки. Симптом навантаження позитивний та виявляється больовими відчуттями зліва і справа у відповідності до розташування щілини перелому. При перкусії зубів як зліва, так і справа, - тупий звук. Цей вид перелому часто супроводжується переломами основи черепа та травмами головного мозку.

На рентгенограмах верхньої щелепи в передній полуаксильній проекції має місце зниження прозорості верхньощелепних пазух зліва і справа, порушення цілісності виличноальвеолярного гребеня з обох боків та нижньоорбітального краю зліва.

ПЕРЕЛОМИ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗА ВАСМУНДОМ

Існує два типи перелома верхньої щелепи за класифікацією Васмунда: верхній і нижній. Перелом за верхнім типом Васмунда аналогічний перелому за верхнім типом Ле Фор, а перелом за нижнім типом Васмунда аналогічний перелому за середнім типом Ле Фор. Відрізняються вони лише тим, що на відміну від переломів за Ле Фор кістки носа при переломах за Васмундом залишаються непошкодженими.

ОДНОБІЧНИЙ ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Однобічні або сагітальні переломи верхньої щелепи виникають тоді, коли ушкоджуючий предмет не має гострих країв та силу прикладено зверху долі у косому напрямі, переважно на боковий відділ однієї верхньої щелепи або зону верхньої губи з однієї сторони. При цьому ушкоджується тіло верхньої щелепи з крилоподібним відростком клиноподібної кістки відповідної сторони або без нього. У ділянці передньої та підскроневої стінок (горба) верхньої щелепи щілина перелому проходить вище за дно гайморової пазухи, а в ділянці твердого піднебіння – латеральніше серединного шва. По серединній лінії твердого піднебіння лінія перелому ніколи не проходить, тому що прикладена сила найчастіше спрямована паралельно піднебінному контрфорсу. На твердому піднебінні щілина перелому може мати зигзагоподібну або лінійну форму. Таким чином, при цьому типі перелому утворюються два неоднакових за розміром кісткових фрагменти, якими є зламана щелепа з одного боку і неушкоджений – з іншого. Кожний з них вміщує верхню щелепу, піднебінну кістку, крилоподібний відросток клиноподібної кістки. Перетинка носа з'єднана з неушкодженою верхньою щелепою. Однак, вона може ламатися, якщо щілина перелому перетинає середню лінію. Відламаний фрагмент зміщується долі і назад (дія прикладеної сили та тяга медіального крилоподібного м'язу), а також назовні (дія волокон нижньої головки латерального крилоподібного м'язу, що кріпиться до зовнішньої поверхні крилоподібного відростку клиноподібної кістки). Це обумовлює порушення прикусу.

При однобічному переломі хворі скаржаться на біль в ділянці верхньої щелепи, що підсилюється при змиканні зубів або спробі пережовування їжі, неможливість правильно зімкнути зуби, оніміння усіх зубів та ясен відповідної верхньої щелепи, інколи відчуття стороннього тіла в горлі.

При огляді визначається однобічна деформація обличчя за рахунок набряку тканин верхньої губи, щічної та підочної ділянок. Можуть бути

крововиливи у зазначених ділянках, садна, рани – сліди прикладеної дії. Рот у хворого напіввідкритий. Слизова оболонка альвеолярного відростку між центральними різцями (або між центральним та латеральним різцями) розірвана. Має місце крововилив по верхньому склепінню присінку рота та вище нього на боці перелому в межах всіх зубів. Пальпується кістковий виступ в межах гематоми, в тому числі і в ділянці виличноальвеолярного гребеня. На твердому піднебінні – значний крововилив, інколи рвана рана слизової оболонки. Розходження відламків може бути таким великим, що рана нагадує природжену щілину твердого піднебіння, крізь яку видно порожнину носа. При надавлюванні на крилоподібний відросток клиноподібної кістки або останні моляри визначається рухливість фрагменту візуально і при пальпаторному контролі в ділянці виличноальвеолярного гребеня. Інколи зуби можуть бути рухливими і між ними проходить щілина перелому. Перкусія їх помірно болісна. Зуби контактують на стороні перелому, слід зазначити, що більш щільним буває контакт піднебінних горбів зубів верхньої щелепи зі щічними горбами зубів нижньої щелепи. На здоровому боці контакт зубів відсутній. Симптом рухомості уламка позитивний. При перкусії зубів звук на боці перелому низький.

На рентгенограмі верхньої щелепи в передній полуаксимальній проекції - зниження прозорості верхньощелепної пазухи, порушення цілісності виличноальвеолярного гребеня на боці ураження. На рентгенограмі твердого піднебіння видно щілину його перелому.

5.1.2. САМОСТІЙНА РОБОТА З ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

АЛГОРИТМ ДІЙ ЛІКАРЯ: надання екстренної допомоги; складання плану надання лікарської допомоги – транспортної (тимчасової) іммобілізації

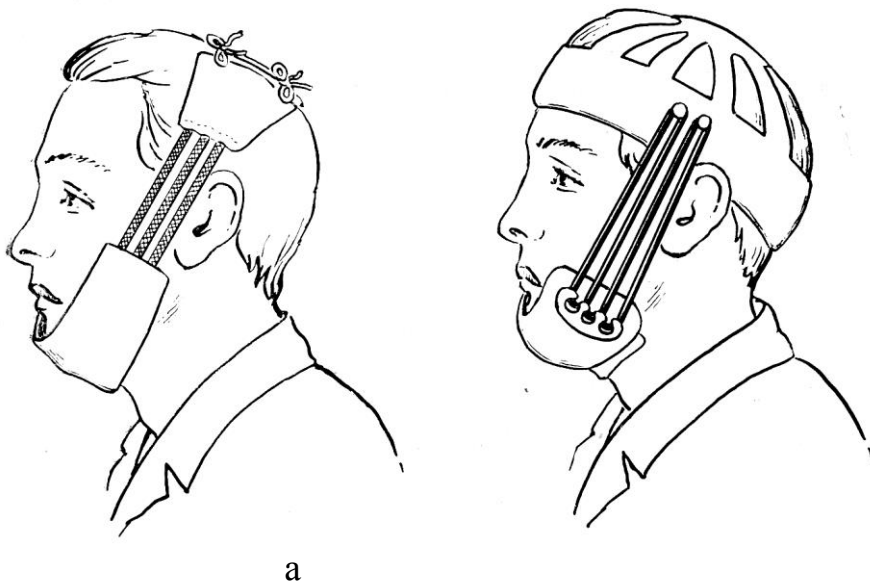
ушкодженої верхньої щелепи; складання плану та проведення кваліфікованого лікування та реабілітації хворого; оформлення медичної документації.

ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПО НИЖНЬОМУ ТИПУ (ЛЕ ФОР III)

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
<i>екстрені дії</i>	
- знеболення;	- уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, місцева провідникова та термінальна анестезія;
- репозиція уламків щелеп;	- зіставлення уламків у правильне анатомічне положення; видалення зубів зі щілини перелому (за можливості);
-транспортна іммобілізація;	- накладання простої бинтової (або косиночної) тім'яно- підборідної пов'язки чи тім'яно-підборідної пов'язки Гіппократа; - накладання стандартної м'якої підборідної праці Померанцевої – Урбанської, стандартної пов'язки для транспортної іммобілізації (Мал. 17); - накладання стандартної транспортної шини-ложки для іммобілізації верхньої щелепи;
<i>Кваліфіковані дії:</i>	
- репозиція уламків щелеп;	- зіставлення уламків у правильне анатомічне положення; видалення зубів зі щілини перелому;
- фіксація уламків щелеп;	- закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою індивідуальних гнутих дротяних шин з зачіпними гачками за С.С.Тігерштедтом (у поєднанні з підборідною пращею), стандартного комплексу Збаржа, мініплатин, кісткового шва.

<p>- фармакотерапія;</p>	<p>- для профілактики гнійно-запальних ускладнень: лінкоміцин, амоксицилін та інші остеотропні антибіотики 2 рази на день доведено впродовж 7-10 днів;</p> <p>- для гіпосенсибілізації організму та зменшення проникності капілярів: антигістамінні препарати (димедрол, тавегіл, діпразін, фенкарол та ін.) впродовж 7-10 днів;</p> <p>- для відновлення мікроциркуляції на першому етапі репаративного остеогенеза застосовують антиагреганти (ацетилсаліцилова кислота, пентоксифілін), антигіпоксанти (літія оксібутірат), також можна призначати спазмолітики (но-шпа, спазмалгон) 2-3 рази на добу впродовж 3-7 днів;</p>
	<p>- для оптимізації репаративної регенерації кісткової тканини: імуномодулятори (Т-активін, тімалін) внутрішньом'язево чи підшкірно 1 раз на добу впродовж 3-5 днів;</p>
	<p>вітамінотерапія:</p> <p>аскорбінова кислота 3 рази на день впродовж 14 днів;</p> <p>токоферол ацетат 1 раз на добу, впродовж 8 днів;</p> <p>нікотинова кислота 2-3 рази на добу впродовж 7 днів;</p> <p>ретинол 2 раз на добу впродовж 2 днів.</p>
	<p>для стимуляції інтрамембранозного остеогенезу (4-8 доба після травми):</p> <p>кальцитонін внутрішньом'язево 1 раз на добу впродовж 5 днів;</p>
	<p>для впливу на кісткові клітини, що завершили</p>

	диференціацію (9-14 доба після травми) призначають Феррум Лек 1 раз на добу через день впродовж 5-7 днів;
	для стимуляції окислювально-відновлювальних процесів та метаболізму призначають глютамінову кислоту 2-3 рази на добу впродовж 10-14 днів;
	для оптимізації мінералізації кісткової тканини призначають кальція гліцерофосфат по 2-3 рази на добу впродовж 7 днів;
	для мінералізації новоутвореної кістки (15-28 доба): Кальцій-Д3 Нікомед 1 раз на добу впродовж 14 днів.



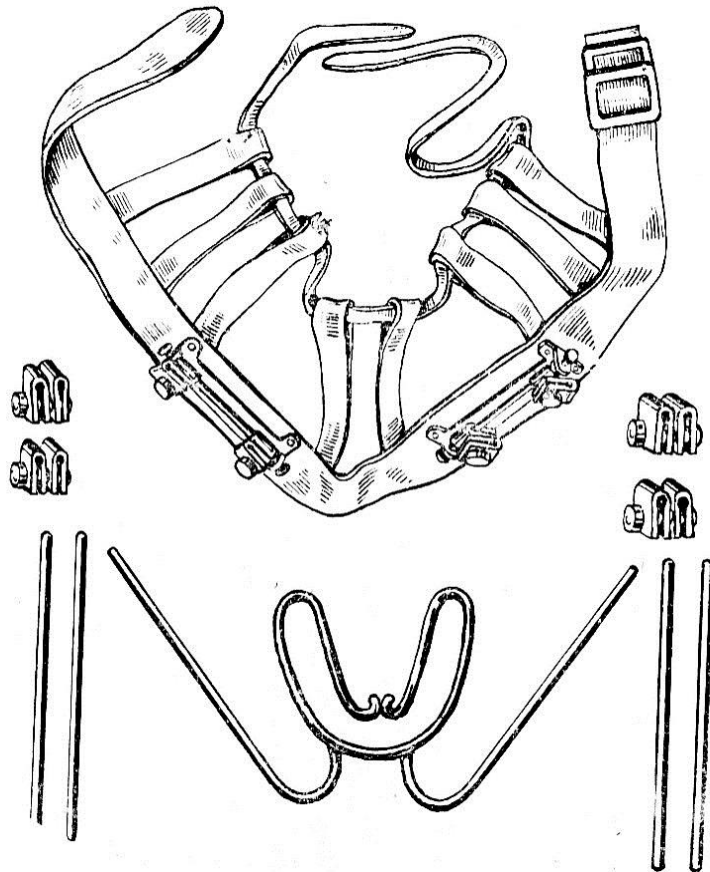
Мал. 17. Стандартні засоби транспортної іммобілізації при переломах щелеп: а – за Померанцевою-Урбанською; б – за Ентінім.

**ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПО СЕРЕДНЬОМУ ТИПУ (ЛЕ ФОР ІІ)
ТА ВЕРХНЬОМУ ТИПУ (ЛЕ ФОР І)**

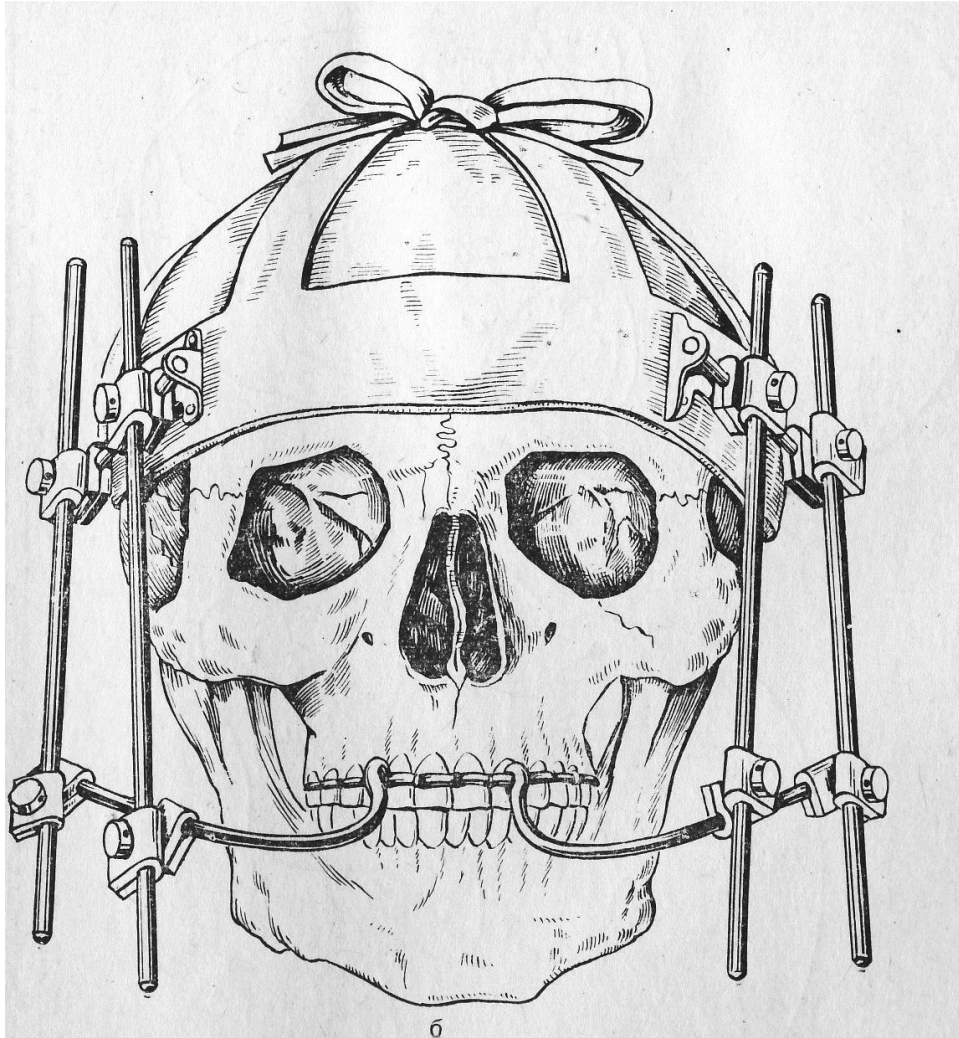
<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
<i>екстрені дії</i>	
- знеболення;	- уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, місцева провідникова та термінальна анестезія;
- репозиція уламків щелеп;	- зіставлення уламків у правильне анатомічне положення; видалення зубів зі щілини перелому (за можливості);
-транспортна іммобілізація;	- накладання простої бинтової (або косиночної) тім'яно- підборідної пов'язки чи тім'яно-підборідної пов'язки Гіппократа; - накладання стандартної м'якої підборідної праці Померанцевої – Урбанської, стандартної пов'язки для транспортної іммобілізації; - накладання стандартної транспортної шини-ложки для іммобілізації верхньої щелепи;
<i>Кваліфіковані дії:</i>	
- репозиція уламків щелеп;	- зіставлення уламків у правильне анатомічне положення; видалення зубів зі щілини перелома;
- фіксація уламків щелеп;	- закріплення уламків травмованої щелепи у встановленому положенні за допомогою стандартного комплексу Збаржа (Мал. 18, 19), мініпластин, кісткового шва, спиць Кіршнера, за методом Дінгмана, Фальтіна-Адамса, Швиркова.
- фармакотерапія;	- для профілактики гнійно-запальних ускладнень: лінкоміцин, амоксицилін та інші остеотропні антибіотики 2 рази на день доведено впродовж 7-10

	<p>днів;</p> <ul style="list-style-type: none"> - для гіпосенсибілізації організму та зменшення проникності капілярів: антигістамінні препарати (дімедрол, тавегіл, діпразин, фенкарол та ін.) впродовж 7-10 днів; - для відновлення мікроциркуляції на першому етапі репаративного остеогенеза застосовують антиагреганти (ацетилсаліцилова кислота, пентоксифілін), антигіпоксанти (літія оксібугірат), також можна призначати спазмолітики (но-шпа, спазмалгон) 2-3 рази на добу впродовж 3-7 днів;
	<ul style="list-style-type: none"> - для оптимізації репаративної регенерації кісткової тканини: іммуномодулятори (Т-активін, тімалін) внутрішньом'язево чи підшкірно 1 раз на добу впродовж 3-5 днів;
	<p>вітамінотерапія:</p> <ul style="list-style-type: none"> аскорбінова кислота 3 рази на день впродовж 14 днів; токоферол ацетат 1 раз на добу, впродовж 8 днів; нікотинова кислота 2-3 рази на добу впродовж 7 днів; ретинол 2 раз на добу впродовж 2 днів.
	<p>для стимуляції інтрамембранозного остеогенезу (4-8 доба після травми):</p> <ul style="list-style-type: none"> кальцитонін внутрішньом'язево 1 раз на добу впродовж 5 днів;
	<p>для впливу на кісткові клітини, що завершили диференціацію (9-14 доба після травми) призначають Феррум Лек 1 раз на добу через день впродовж 5-7 днів;</p>

	для стимуляції окислювально-відновлювальних процесів та метаболізму призначають глютамігнову кислоту 2-3 рази на добу впродовж 10-14 днів;
	для оптимізації мінералізації кісткової тканини призначають кальція гліцерофосфат по 2-3 рази на добу впродовж 7 днів;
	для мінералізації новоутвореної кістки (15-28 доба): Кальцій-Д3 Нікомед 1 раз на добу впродовж 14 днів.



Мал. 18. Комплекс Збаржа у розібраному стані.



Мал. 19. Комплекс Збаржа у зафіксованому стані.

5.2. МЕХАНІЧНІ НЕВОГНЕПАЛЬНІ ПОШКОДЖЕННЯ ВИЛИЦЕВОЇ КІСТКИ ТА ДУГИ

Мета заняття:

- навчитися обстеженню хворих та визначати характер механічної невогнепальної травми вилицевої кістки та дуги;
- навчитися наданню невідкладної та лікарської допомоги постраждалим з переломами вилицевої кістки та дуги;
- навчитися складанню плану комплексного лікування постраждалих з переломами вилицевої кістки та дуги.

ПИТАННЯ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ:

Статистика та класифікація переломів вилицевої кістки та дуги.

Загальні принципи діагностики пошкоджень вилицевої кістки та дуги.

Загальні принципи лікування хворих з переломами вилицевої кістки та дуги.

Ускладнення переломів вилицевої кістки та дуги, їх профілактика та лікування.

МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАНЯТТЯ:

1. Череп.
2. Шприці з голками.
3. Місцеві анестетики.
4. Лігатурний дріт.
5. Дріт алюмінієвий для шинування.
6. Ножиці для різання металу.
7. Ножиці медичні.
8. Крампонні щипці
9. Скальпель.
10. Распатор.
11. Кровоспинні затискачі
12. Хірургічні пінцети.
13. Гачки Фарабефа.
14. Голкотримачі
15. Голки хірургічні ріжучі.
16. Бормашина.
17. Комплект борів.
18. Дріль.
19. Спиці Кіршнера.
20. Набір марлевих і гіпсових бинтів.
21. Матеріал для накладання швів на слизову оболонку порожнини

рота.

22. Матеріал для накладання кісткового шва.

23. Матеріал для накладання швів на шкіру.

24. Гачок Лімб ерга.

25. Елеватор Карапетяна.

26. Кульові щіпці.

27. Ложка Фолькмана.

28. Марля йодоформна.

29. Елеватор прямий.

5.2.1. САМОСТІЙНА РОБОТА З ДІАГНОСТИКИ ПОШКОДЖЕНЬ ВИЛИЦЕВОЇ КІСТКИ ТА ДУГИ

Алгоритм дій: опитування хворого, загальний та місцевий огляд, локальна пальпація, перкусія, рентгенографія кісток лицевого скелета, загальноклінічне лабораторне дослідження. Визначення діагнозу постраждалого.

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на біль в вилицевій ділянці; сплющення тканин вилицевої області; біль і утруднення при відкриванні рота; неможливість щільно зімкнути зуби; оніміння шкіри верхньої губи, крила носа, підочної області і нижньої повіки; двоїння в очах (диплопію); слабкість, нездужання, запаморочення, нудоту.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича й ін.) і обставини, що призвели до травми; чи була травма локальною або сполученою; чи пам'ятає хворий події до травми, у її момент, після травми; чи не було блювоти, нудоти; чи знаходився хворий у момент травми в

наркотичному або алкогольному сп'янінні; коли і куди було перше звернення за медичною допомогою, її обсяг.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові й ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз), шкідливих навичок (паління, алкоголь, наркотики), алергічний статус, особливості матеріально-побутових умов життя пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТТРАВМОВАНОГО

ОГЛЯД. ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середній, важкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного сп'яніння, температура тіла в межах норми або підвищена.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді визначіть кровотечу з носа, сплюснення обличчя з одного боку, набряк м'яких тканин, крововиливи в підочну, вилицеву, верхні відділки привушножувальної області, повіки; западіння в області вилицевої кістки, набряк і гіперемію шкіри, можливу флуктуацію в підочній області; опущення очного яблука на стороні травми; зниження болючої чутливості шкіри в підочній області, крилі носа, верхній губі, нижньої повіки і перегородки носа. Пальпаторно виявіть наявність кісткового виступу або «сходінки» по нижньому краї очниці, в області вилицеволобового шва і вилицевої дуги, наявність болю і крепітації, стан лімфатичних вузлів, слинних залоз. Зробіть огляд присінка порожнини рота, визначіть ступінь відкривання рота, зміни прикусу, стан слизової оболонки тканин порожнини рота і язика, по перехідній складці і щоки на рівні верхніх молярів. Зробіть огляд і перкусію зубів (при перкусії верхніх молярів відчувається тупий звук), можливі порушення больової чутливості верхніх зубів і ясен на стороні перелому. При пальпації визначіть больові ділянки в області вилицевоальвеолярного гребеня, наявність кісткових виступів, патологічну рухливість вилицевої кістки (при бімануальній пальпації і свіжих

переломах). Чи є можливість ввести палець або шпатель між гілкою нижньої щелепи і бугром верхньої щелепи.

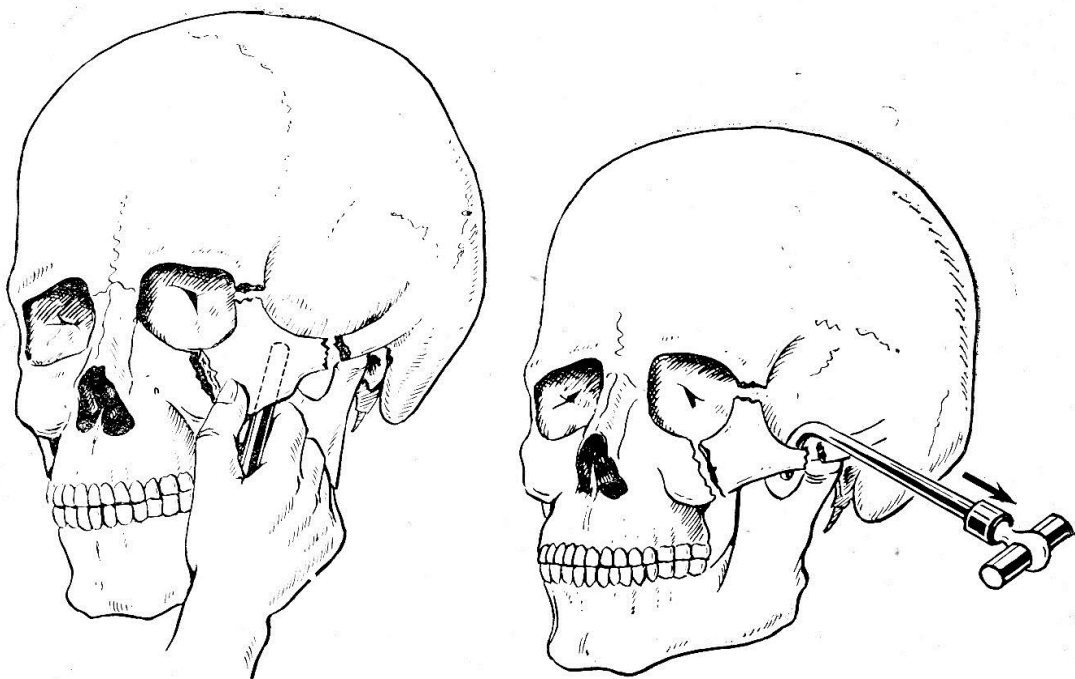
З додаткових методів діагностики здійснюємо рентгенографію в аксіальній проекції, яка визначить порушення цілісності і рельєфу нижнього краю орбіти, вилицевоальвеолярного гребеня й в області вилицеволобового шва, зміна розмірів і форми очниці, зниження пневматизації верхньощелепових пазух, “V”- подібне западіння вилицевої дуги.

5.2.2. САМОСТІЙНА РОБОТА З ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ВИЛИЦЕВОЇ КІСТКИ ТА ВИЛИЦЕВОЇ ДУГИ ПЕРЕЛОМ ВИЛИЦЕВОЇ КІСТКИ

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
<i>екстрені дії</i>	
- знеболення;	- уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, місцева провідникова та термінальна анестезія;
- транспортна іммобілізація;	- при ізольованому переломі вилицевої кістки не потрібна.
<i>кваліфіковані дії:</i>	
- репозиція зламаної кістки;	встановлення зламаної кістки у правильне анатомічне положення: - шпателем або елеватором через розтин слизової оболонки в ділянці позаду скуло-альвеолярного гребеня; - зовні за допомогою гачка Лімберга (Мал. 20) або кульових щипців через прокол шкіри; - з боку верхньощелепного сінуса після проведення гайморотомії.
- фіксація зламаної кістки;	закріплення вилицевої кістки виконується, (якщо має місце тенденція до її повторного зміщення) за

	допомогою тампонади гайморової порожнини йодоформною марлею, мініпластин, кісткового шва.
- фармакотерапія;	<p>- для профілактики гнійно-запальних ускладнень: лінкоміцин, амоксицилін та інші остеотропні антибіотики 2 рази на день доведено впродовж 7-10 днів;</p> <p>- для гіпосенсибілізації організму та зменшення проникності капілярів: антигістамінні препарати (димедрол, тавегіл, діпразін, фенкарол та ін.) впродовж 7-10 днів;</p> <p>- для відновлення мікроциркуляції на першому етапі репаративного остеогенеза застосовують антиагреганти (ацетилсаліцилова кислота, пентоксифілін), антигіпоксанти (літія оксібутірат), також можна призначати спазмолітики (но-шпа, спазмалгон) 2-3 рази на добу впродовж 3-7 днів;</p>
	- для оптимізації репаративної регенерації кісткової тканини: імуномодулятори (Т-активін, тімалін) внутрішньом'язево чи підшкірно 1 раз на добу впродовж 3-5 днів;
	<p>вітамінотерапія:</p> <p>аскорбінова кислота 3 рази на день впродовж 14 днів;</p> <p>токоферол ацетат 1 раз на добу, впродовж 8 днів;</p> <p>нікотинова кислота 2-3 рази на добу впродовж 7 днів;</p> <p>ретинол 2 раз на добу впродовж 2 днів.</p>
	<p>для стимуляції інтрамембранозного остеогенезу (4-8 доба після травми):</p> <p>кальцитонін внутрішньом'язево 1 раз на добу</p>

	впродовж 5 днів;
	для впливу на кісткові клітини, що завершили диференціацію (9-14 доба після травми) призначають Феррум Лек 1 раз на добу через день впродовж 5-7 днів;
	для стимуляції окислювально-відновлювальних процесів та метаболізму призначають глютамігнову кислоту 2-3 рази на добу впродовж 10-14 днів;
	для оптимізації мінералізації кісткової тканини призначають кальція гліцерофосфат по 2-3 рази на добу впродовж 7 днів;
	для мінералізації новоутвореної кістки (15-28 доба): Кальцій-Д3 Нікомед 1 раз на добу впродовж 14 днів.



Мал. 20. Репозиція виличної кістки: а – за допомогою елеватора;
б – за допомогою гачка Лімба ерга.

ПЕРЕЛОМ ВИЛИЦЕВОЇ ДУГИ

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
<i>екстрені дії</i>	
- знеболення;	уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, місцева термінальна анестезія.
- транспортна іммобілізація;	- при ізольованому переломі вилицевої дуги не потрібна.
<i>кваліфіковані дії:</i>	
- репозиція відламків;	- встановлення зламаної дуги у правильне анатомічне положення шпателем зі сторони порожнини рота або зовні за допомогою гачка Лімберга, кульових ципців, елеватора Карапетяна через прокіл шкіри.
- фіксація відламків;	закріплення відламків вилицевої дуги у правильному анатомічному положенні виконується, за допомогою мініпластин, кісткового шва, зовнішніх пластмасових фіксаторів; - при поодиноких переломах достатньо репозиції відламків.
- фармакотерапія;	аналогічна схемі медикаментозної терапії при пошкодженнях інших кісток лиця.

5.3. МЕХАНІЧНІ НЕВОГНЕПАЛЬНІ ПОШКОДЖЕННЯ КІСТОК НОСА

Мета заняття:

- навчитися обстеженню хворих та визначати характер механічної невогнепальної травми кісток носа;
- навчитися наданню невідкладної та лікарської допомоги постраждалим з переломами кісток носа;

- навчитися складанню плану комплексного лікування постраждалих з переломами кісток носа.

ПИТАННЯ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ:

Статистика та класифікація переломів кісток носа.

Загальні принципи діагностики пошкоджень кісток носа.

Загальні принципи лікування хворих з переломами кісток носа.

Ускладнення переломів кісток носа, їх профілактика та лікування.

МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАНЯТТЯ:

1. Череп.
2. Шприці з голками.
3. Місцеві анестетики.
4. Ножиці медичні.
5. Скальпель.
6. Распатор.
7. Кровоспинні затискачі
8. Хірургічні пінцети.
9. Гачки Фарабефа.
10. Голкотримачі
11. Голки хірургічні ріжучі.
12. Набір марлевих і гіпсових бинтів.
13. Матеріал для накладання швів на слизову оболонку носа.
14. Матеріал для накладання швів на шкіру.
15. Елеватор Волкова
16. Затискач Кохера
17. Елеватор прямий
18. Трубки гумові
19. 3% р-н перекису водня
20. 0,1% р-н адреналіну

21. 5% р-н амінокапронової к-ти
22. Йодоформна марлева турунда
23. Шина Шефтеля
24. Гипсовий бинт
25. Вазелінова олія
26. Дзеркало носове

5.3.1. САМОСТІЙНА РОБОТА З ДІАГНОСТИКИ ПОШКОДЖЕНЬ КІСТОК НОСА

АЛГОРИТМ ДІЙ: опитування хворого, загальний та місцевий огляд, локальна пальпація, перкусія, рентгенографія кісток лицевого скелета, загальноклінічне лабораторне дослідження. Визначення діагнозу постраждалого.

ПЕРЕЛОМ КІСТОК НОСА

СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

СКАРГИ: на біль в області кісткової основи носа, деформацію і припухлість носа, носову кровотечу, утруднення носового подиху, головний біль, нудоту.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ: необхідно уточнити час одержання травми, її характер (побутова, транспортна, спортивна, виробнича й ін.) і обставини, що призвели до травми; чи була травма локальною або сполученою; чи пам'ятає хворий події до травми, у її момент, після травми; чи не було блювоти, нудоти; чи знаходився хворий у момент травми в наркотичному або алкогольному сп'янінні; коли і куди було перше звернення за медичною допомогою, її обсяг.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ: необхідно з'ясувати наявність супутніх захворювань (нервово-психічних, онкологічних, захворювань крові й ін.), раніше перенесених захворювань (гепатит, сифіліс, туберкульоз), шкідливих навичок

(паління, алкоголь, наркотики), алергічний статус, особливості матеріально-побутових умов життя пацієнта.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: задовільний, середній, важкий; орієнтація хворого в просторі і часі, контактність, наявність алкогольного сп'яніння, температура тіла в межах норми або підвищена.

МІСЦЕВИЙ СТАТУС: при зовнішньому огляді відзначте кровотечу з носа, набряк і крововиливи в тканини області носа, підочні ділянки, повіки по обидва боки. Пальпаторно виявіть ділянки болю і крепітації, патологічної рухливості носових кісток, гострі кісткові виступи. Проведіть пальпацію регіонарних лімфатичних вузлів, слинних залоз. Зробіть огляд порожнини рота, визначіть ступінь відкривання рота, зміни прикусу, стан слизової оболонки тканин порожнини рота і язика. Зробіть огляд і перкусію зубів.

З додаткових методів діагностики здійснюємо передню риноскопію, яка виявить згустки крові в носових ходах, розриви слизової оболонки порожнини носа, звуження носових ходів і рентгенографію в боковій проекції (м'яке випромінювання), яка визначить лінію перелому у верхній, середній або нижній третині кісток носа або лінію перелому, яка роз'єднує власне носові кістки.

5.3.2. САМОСТІЙНА РОБОТА З ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМ КІСТОК НОСА

<i>Тактика лікаря:</i>	<i>Послідовність та методика лікарських дій:</i>
<i>екстрені дії</i>	
- знеболення;	уведення наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, місцева термінальна анестезія.
- транспортна іммобілізація;	при ізольованому переломі кісток носа не потрібна.
<i>кваліфіковані дії:</i>	
- репозиція відламків;	- встановлення зламаних кісток у правильне

	<p>анатомічне положення пальцями зі сторони шкіри при боковому зміщенні;</p> <p>- репозиція зміщених кісток з боку порожнини носа за допомогою елеватора Волкова або інших інструментів (кровозатискувач, зімкнутий пінцет, прямий елеватор та ін.).</p>
- фіксація відламків;	<p>- за допомогою лейкопластирної пов'язки, гіпсової лангетки або шини Шефтеля;</p> <p>- за допомогою тампонади порожнин носа йодоформними турундами просякнутими вазеліною олією.</p>
- фармакотерапія;	аналогічна схемі медикаментозної терапії при пошкодженнях інших кісток лица.

РОЗДІЛ 6

ХАРЧУВАННЯ І ДОГЛЯД ЗА ПОСТРАЖДАЛИМИ З ТРАВМОЮ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

6.1. МЕТОДИ ХАРЧУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ЩЕЛЕПНО- ЛИЦЕВОЮ ТРАВМОЮ

При вирішенні питань харчування таких постраждалих виникає цілий ряд труднощів.

Незначна за своїм обсягом щелепно-лицева травма (перелом альвеолярного відростка, ізольоване поранення м'яких тканин обличчя і т. п.) утрудняє відкусування їжі і її розжовування. Проте такий хворий не потребує сторонньої допомоги під час їжі. Він може обходитися звичайною загальною дієтою (стіл № 15). Труднощі дощого прийому їжі і безпорадність пораненого нарастають у міру обтяження травми (порушення цілісності кісток лицевого скелета, пошкодження язика, твердого і м'якого піднебіння, глотки, дна порожнини рота) і такий хворий страждає від порушення всіх компонентів акту їжі: відкусування, жування, переміщення і формування харчової грудки, а незрідка і ковтання.

Будь-які рухи пошкоджених органів – нижньої щелепи, м'язів дна порожнини рота, язика, глотки, м'якого піднебіння, щік, м'язів – викликають відчуття болю. Тому кожна їжа в цих випадках супроводиться більш менш вираженими больовими відчуттями і, якщо годування проводиться медичним персоналом невміло, то постраждалий нерідко відмовляється від їжі.

Після надання спеціалізованої допомоги з іммобілізацією щелеп назубними шинами з міжщелепною тягою, їжа через рот не тільки не полегшується, але, навпаки, стає ще важчою.

З дієт найбільш вживаних в щелепно-лицевому стаціонарі можна назвати три:

- щелепна перша (зондова);
- щелепна друга;

- загальна (стіл № 15).

Щелепні дієти відрізняються одна від однієї і від загальної дієти лише мірою подрібнення їжі.

Перша щелепна дієта призначається тоді, коли потерпілий харчується через зонд, або з поїльника, тому продукти протираються через сито до вершкоподібної консистенції. Ця дієта механічно щадна, вона повинна містити різноманітні блюда, по можливості такі, що мало відрізняються по смакових якостях від блюд загального столу. Показанням до призначення цієї дієти є значне порушення жування і ковтання унаслідок поранення, або при вживанні шин з міжщелепною фіксацією.

Друга щелепна дієта містить всі блюда в меленому і кашоподібному вигляді. Вона є перехідною до загального столу і призначається потерпілим, здатним розжовувати їжу без великих зусиль.

Спеціальні дослідження показали, що подрібнення їжі не змінює її калорійності і складу основних речовин – білків, жирів і вуглеводів, але істотно впливає на вміст аскорбінової кислоти. Тому обов'язкове збагачення їжі вітаміном С (до 180 міліграм на добу).

Загальна дієта призначається хворим, що по своєму стану не потребують спеціального харчування.

Зондовий метод годування показаний при значних пошкодженнях анатомічних структур, що порушують не лише функцію жування, але і ковтання. Крім того, цей метод показаний при обширних опіках, у хворих, що тривалий час знаходяться в несвідомому стані, у хворих з психічними розладами, що відмовляються від їжі.

Необхідні: тонкий шлунковий зонд, воронка ємкістю 200 мл або шприц типу Жане. На зонді заздалегідь робиться три мітки: перша на відстані 30-35 см, для введення лише в стравохід, 45 см – в шлунок, 50-55 см – в дванадцятипалу кишку. Все приладдя має бути прокип'ячене і охолоджене. Їжу підігрівають до 45-50⁰ С.

Кінець зонда, змащений гліцерином, вводять в нижній носовий хід, дотримуючись напрямку перпендикулярно поверхні обличчя. Коли 15-17 см зонда сховається в носоглотці, голову хворого злегка нахиляють вперед і пропонують йому робити ковтальні рухи. Під час кожного такого ковтка трубку просувають далі до шлунку (до відмітки 45 см).

У хворих, що знаходяться в несвідомому стані, після введення зонда в носоглотку вказівний палець однієї руки вводять в рот, нащупують кінець зонда і злегка притискуючи його до задньої стінки глотки, іншою рукою продовжують просувати зонд. Без такого контролю пальцем зонд може потрапити в трахею. Для того, щоб переконатися в тому, що зонд потрапив в стравохід, а не в трахею, до зовнішнього його кінця підносять ворсинку вати і спостерігають, чи немає коливань. Переконавшись, що зонд знаходиться в стравоході, а не в трахеї, просувають його в шлунок, керуючись позначкою. Після цього можна приступити до годування.

До зовнішнього кінця зонда прикріплюють лійку, опускають її нижче рівня голови, заповнюють їжею. Годування проводять повільно то піднімаючи, то опускаючи лійку з таким розрахунком, аби при кожному русі лійки в зонд вливалася їжа в кількості не більш за ковток (8-10 мл).

По завершенні годування лійку видаляють, а кінець зонда закріплюють липким пластирем на шкірі щоки хворого.

Гумовий зонд можна залишати в носовому ході на декілька днів, після чого його необхідно витягнути, ретельно промити і прокип'ятити. Ще краще користуватися полихлорвініловою трубкою діаметром 5-6 мм, яка легше сприймається пацієнтами і може бути залишена на весь період годування (3 – 4 тижні).

Замість лійки при зондовому харчуванні можна також користуватися великим шприцем.

Пероральне живлення. Клінічний досвід показує, що багато хворих з щелепно-лицевою травмою навіть після накладання назубних шин і міжщелепного стягнення можуть вживати рідку їжу із звичайної ложки, якщо в

зубному ряду є хоча б невеликий дефект внаслідок раніше видаленого зуба. Якщо у хворого збереглися смоктальні рухи, то він сповна може харчуватися рідкою їжею за допомогою звичайної ложки, що має велике психологічне значення. У тих випадках, коли користування ложкою неможливе, годування проводять за допомогою поїльника, з гумовою або поливініловою дренажною трубкою завдовжки 20-25 см, насадженою на носик поїльника.

Не дивлячись на вдавну простоту годування, за допомогою поїльника, воно є відповідальною і трудомісткою процедурою.

Перш за все, потрібно запевнити хворого, що такий метод годування є тимчасовим, а надалі у міру одужання він прийматиме їжу так само вільно, як він це робив до травми.

Найчастіша помилка, яку допускає медичний персонал, полягає в тому, що в рот хворого вливають або надмірно велику, або надмірно малу кількість їжі. У першому випадку хворий захлинається і кашляє, відчуваючи від цього сильний біль. У другому випадку йому доводиться робити посилене скорочення м'язів, що беруть участь в акті ковтання, що також пов'язане із значним болем. Встановлено, що інтенсивність болю при ковтанні їжі в значній мірі залежить від її консистенції: щільніша їжа зазвичай викликає менший біль, ніж рідка, а найбільш болісним є ковтання води, оскільки в цьому випадку виникає рефлекторно найбільш сильне скорочення м'язів глотки.

Методика годування за допомогою поїльника: хворому надають в ліжку сидяче або напівсидяче положення. Тяжкохворих годують лежачи, підвівши на подушці голову. Тіло і груди хворого закривають фартухом церати. Кінець гумової трубки, надітої на носик поїльника, підводять до кореня язика. Аби не влити їжу в рот передчасно, поїльник спочатку слід тримати нижче рівня підборіддя. Потім затискають середину трубки пальцями і підводять поїльник вище рівня підборіддя хворого. Обережно розтискаючи пальці, що утримують трубку, вливають в рот оптимальну кількість їжі (8 – 10 мл), необхідні для повного ковтка. Після цього трубка знов затискається пальцями, хворому

пропонується проковтнути їжу і зробити декілька вдихів і видихів. Потім введення їжі повторюється в тому ж порядку.

В разі наявності в роті міжщелепної фіксації, для введення трубки використовують, перш за все, дефекти зубного ряду. Якщо такі дефекти в зубному ряду відсутні, трубку вводять в присінок порожнини рота до ретромоларного простору. При зімкнутих щелепах позаду нижніх і верхніх молярів існує природна щілина, достатніх розмірів для проходження рідкої їжі.

Методика годування в цьому випадку буде наступною: шпателем відсовують щоку і обережно вводять кінець трубки в присінок рота, просуваючи її до позадумоларного простору. При цьому потрібно стежити, аби кінець трубки не упирався в слизову оболонку. Таким чином, гумова трубка своїм кінцем просувається лише до природної щілини позадумоларного простору, а не вводиться в неї, як це часто рекомендується.

6.2. ЗАГАЛЬНИЙ І СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ ДОГЛЯД ЗА ПОСТРАЖДАЛИМИ

Загальномедичний догляд за постраждалими в щелепно-лицевому стаціонарі починається з дотримання правил загальної гігієни. Перш за все необхідно стежити за чистотою повітря в палаті, що забезпечується своєчасним провітрюванням, яке повинне проводитися не менше 4 разів протягом доби (вранці перед сніданком, перед обідом, перед вечерею і за півгодини до сну). Хворих, що потребують постільного режиму, на цей час слід видалити з палати, а що знаходяться на постільному режимі необхідно ретельно укутати, залишивши відкритим лише обличчя. Залежно від температури зовнішнього повітря провітрювання палати можна робити протягом 15-30 хв. Під час провітрювання палати необхідно зробити вологе прибирання.

Особливістю травми щелепно-лицевої ділянки, проникаючої в порожнину рота, окрім вказаних вище, є те, що ця травма, як правило, супроводиться появою специфічного неприємного запаху з рота. Це сприяє

швидкому забрудненню повітря палати. Уникнути цього можна, вдаючись до двох простих заходів: по-перше, частішим провітрюванням палати і, по-друге, своєчасним спеціальним гігієнічним доглядом за порожниною рота хворих.

До загальногігієнічних процедур, що також сприятливо впливають на загальний стан хворого, відноситься своєчасна заміна постільної і натільної білизни як в плановому порядку (зазвичай раз на тиждень), так і в кожному випадку, коли білизна з якої-небудь причини виявилася забрудненою (кров, гній, блювотні маси, їжа, слина, потіння).

Середній і молодший персонал повинен володіти методикою заміни постільної і натільної білизни хворих, що знаходяться на строгому постільному режимі.

При надходженні хворого до лікувальної установи йому необхідно провести загальну гігієнічну обробку (ванна або душ). Найчастіше ця процедура виконується в приймальному відділенні. Якщо з різних причин (технічних або медичних) цього не було зроблено, санітарна обробка проводиться в спеціалізованому відділенні з обов'язковою заміною натільної білизни. Щоб уникнути забруднення ран, ділянки пов'язок ретельно закривають фіксованою поліетиленовою плівкою. При санітарній обробці хворих з щелепно-лицевою травмою можна покрити голову великим поліетиленовим мішком, спадаючим до плечей, обличчя ж після прийняття ванни (душа) досить протерти ватними тампонами, змоченими мильною водою, потім чистою водою і протерти насухо. Прийняття душу, ванни травматологічним хворим забезпечує санітарка, причому хворий у ванні повинен лише сидіти.

Необхідно ретельно стежити і за чистотою шкірних покривів, що також забезпечується, перш за все, регулярним прийняттям гігієнічного душу або ванни в звичайному плановому порядку (не рідше за один раз на тиждень). Виняток можуть становити хворі з підвищеною температурою тіла, що особливо потребують догляду за шкірою унаслідок підвищеної пітливості. Шкіра в пахових згинах, в пахвинних ділянках, в ділянці заднього проходу, промежини, особливо у огрядних, так само як і у дуже виснажених осіб,

протирається не менше одного разу на добу камфорним спиртом, а складки, згини шкіри потім припудрюються тальком. Такий гігієнічний догляд за шкірою попереджає розвиток пролежнів, а також інших ускладнень – банального висипу, піодермії, фурункульозу, бешихового запалення і тому подібного.

Догляд за постраждалими, що надійшли у відділення в результаті щелепно-лицьової травми в несвідомому стані. Такі постраждалі потребують до себе особливої уваги. Несвідомий стан навіть після надання невідкладної кваліфікованої хірургічної допомоги може тривати протягом декількох годин і навіть днів. Такі хворі потребують не лише особливого, але і посиленого догляду з боку медичного персоналу.

Несвідомий стан, як правило, супроводжується зниженням всіх функцій організму, таке пониження окремих функцій досить часто межує з так званим термінальним станом, тобто станом на межі життя і смерті. Як вже зазначалось вище, особлива увага при такому стані має бути звернена на серцево-судинну і дихальну системи, оскільки раптове різке порушення функції цих систем може виявитися безпосередньою причиною смерті. При стабільному артеріальному тиску досить вимірювати його через кожні 2-3 години. Якщо ж воно нестійке, вимірюють кожні 20-30 хв. Необхідно також стежити за частотою, наповненням і напругою пульсу.

Важливим показником стану гемодинаміки в тих, що знаходяться в несвідомому стані є стан зіниць, їх звуження або розширення. Різке розширення зіниць спостерігається при підвищенні внутрічерепного тиску, наприклад, при субдуральній гематомі.

Колір шкірних покривів, зокрема блідість обличчя, ціаноз губ, кінчика носа, нігтів, мочок вушних раковин може свідчити про порушення гемодинаміки, а також про порушення функції дихання, викликаного кисневою недостатністю. Температура тіла у таких хворих повинна вимірюватися кожні 4 години. Це необхідно робити у зв'язку з можливим розвитком гіпертермії –

різкого підвищення температури тіла, обумовленого порушенням діяльності терморегулюючого центру.

При несвідомому стані необхідне ретельне спостереження за функцією дихання, порушення якої може дати ряд ускладнень, у тому числі і найважчих: раптову зупинку дихання, розвиток ателектаза легенів, аспірацію блювотних мас з подальшим розвитком пневмонії, задуху.

Для попередження бронхо-пульмональних ускладнень слід один раз на добу ставити гірчичники на грудну клітину, не допускати довгого лежання на спині, необхідно 5-6 раз на добу повертати хворого з боку на бік, проводити дихальну гімнастику шляхом ритмічних здавлень грудної клітки за допомогою рук.

Для уникнення аспірації блювотних мас при ознаках блювоти, що починаються, голову хворого необхідно повернути набік, а після припинення блювоти, якщо вона все ж сталася, очистити рот пальцем, обернутим марлевою серветкою.

Хворим, що знаходяться в несвідомому стані, часто для підтримки функції дихання і кровообігу дають зволожений кисень. Зволоження кисню досягається шляхом підключення джерела кисню до апарату Боброва. Кисень слід подавати за допомогою гумових катетерів, введених через нижні носові ходи на глибину, рівну приблизно довжині від крила носа до козелка вушної раковини. Коли необхідність подачі кисню минула, катетери можуть бути залишені в носових ходах, але мають бути зафіксовані на лобі або спинці носа липким пластиром.

Особливої уваги вимагає до себе шкіра таких хворих, оскільки можливе виникнення пролежнів в області крижів, ліктів, п'ят. В значній мірі виникнення пролежнів попереджають періодичним перевертанням хворого з боку на бік. Проте цього може бути недостатньо. При положенні хворого на спині під крижі необхідно підкладати гумовий круг, ретельно, без складок обернутий простиралом, а під лопатки і п'яти – подушечки з вати, обернуті рушником,

наволочкою або так звані «бублики» – м'які ватяні круги, обернуті марлею. Ще краще, якщо є спеціальний противопротилежний матрац.

Як і для всіх хворих, вимушених тривалий час знаходитися на постільному режимі, незмінною вимогою є своєчасна заміна постільної білизни, часта поправка простирадла, аби не було складок; сама ж білизна має бути сухою. Нижню білизну постраждалому, що знаходиться в несвідомому стані, краще не надівати.

Особлива увага має бути приділена органу зору, оскільки у цих хворих часто відсутній мигальний рефлекс і очна щілина постійно розчинена, що веде до висихання рогівки і кон'юнктиви. Для попередження цього ускладнення рекомендується закапувати в кон'юнктиву розчин 20-30% сульфацилу, а самі очі прикривати марлевою серветкою, зволоженою фізіологічним розчином.

Хворому, що знаходиться в несвідомому стані протягом декількох днів, необхідно поповнювати енергетичні запаси. Це досягається лише зондовим і парентеральним харчуванням.

Самостійна дефекація і сечовиділення в тих, що знаходяться в несвідомому стані можуть бути порушені. Для спорожнення кишечника в цих випадках необхідно періодично, не рідше за один раз на 2–3 діби, удаватися до простих очисних клізм.

Необхідно також постійно стежити за діурезом. При тривалій затримці сечовипускання (більше 10 годин) показано спорожнення сечового міхура катетером.

Спеціалізований догляд за хворими з травмою щелепно-лищевої ділянки.

Пошкодження щелепно-лищевої ділянки супроводяться розладом, а незрідка неможливістю процесу жування і ковтання, що наводить не лише до порушення потрапляння в організм життєво важливих енергетичних і пластичних компонентів, але і до різкого погіршення самоочищення порожнини рота. Цьому також сприяє широке вживання в лікуванні таких постраждалих назубних шин з міжщелепною фіксацією, які створюють в порожнині рота багато ретенційних пунктів, де затримуються залишки їжі.

Внаслідок цього в порожнині рота створюються ідеальні умови для активного розвитку мікрофлори. Це наводить до появи специфічного, у крайньому випадку неприємного для хворого і тих, що його оточують, запаху, який відчувається на відстані декількох метрів.

Ось чому пострадалі потребують систематичного регулярного туалету порожнини рота, принаймні після кожної їди. Цю маніпуляцію важко хворим виконує медперсонал за допомогою пінцета і марлевих кульок, змочених в 0,5% розчині перекису водню або в розчині фурациліна (1:5000). При цьому необхідно пінцетом видаляти всі залишки їжі, ретельно очищати поверхню шин, своєчасно замінювати гумову тягу. Після такої механічної обробки шин і міжзубних проміжків, необхідно провести іригацію порожнини рота струменем води під тиском. Можна використовувати і різні дезінфікуючі розчини - перекис водню, фурацилін, перманганат калію. Для проведення іригації у відділенні має бути передбачене спеціальне приміщення (іригаційна), обладнане ємкістю для розчину, укріпленою на висоті не менше метра над раковиною. До ємкості приєднується гумова трубка діаметром 1,0-1,5 см із затиском. На вільний кінець трубки хворий надіває свій індивідуальний наконечник і, при зняттю затиску, приставляє його до поверхні зубів, здійснюючи іригацію. Ходячі хворі роблять іригацію самостійно, а лежачим хворим її виконують за допомогою гумової груші або шприця Жане в палаті над лотком або тазом.

При проникаючих в порожнину рота пораненнях щік і губ, що супроводяться дефектами, виникає рясна слинотеча. При цьому слина постійно зволожує передню поверхню грудної клітки, що сприяє мацерації шкіри, переохолодженню і виникненню пневмонії.

Для таких постраждалих мають бути передбачені слюнозбирачі, які легко можна виготовити із звичайного поліетиленового пакету, прикріпивши до нього стрічки. Передню поверхню грудної клітини слід прикривати фартухом. З метою зменшення слиновиділення хворим призначають всередину препарати,

що містять атропін (пігулки «Аерон», 0,1% розчин атропіну по 6 – 8 крапель всередину 3 рази на день за півгодини до їжі).

У жарку пору року специфічний запах, що розповсюджується від постраждалих, приваблює в палату величезну кількість мух. Ось чому голову важко поранених слід захищати марлею, закріпленою над ліжком на дротяному каркасі, вікна палати треба закривати сітками.

Догляд за постраждалими з трахеотомою.

Щелепно-лицеві хірурги, отоларингологи частіше за інших лікарів стикаються з необхідністю проведення операції трахеостомії, яка зазвичай є методом вибору для врятування життя хворого. Хворі з трахеостомою в стоматологічному стаціонарі зустрічаються досить часто. Саме тому добре знання догляду за ними дуже важливе.

Перш за все, потрібно пам'ятати, що дихання через трахеотомічну канюлю істотно відрізняється від носового. Добре відомо, що верхні дихальні шляхи є потужним нейтралізатором мікробного середовища, що поступає з атмосферним повітрям в легені. Крім того, у верхніх дихальних шляхах повітря зволожується, зігрівається, очищається від найдрібніших чужорідних тіл у вигляді пилу.

Отже, при диханні через трахеостому захисна функція носа відсутня повністю, слизова оболонка трахеї і бронхів піддається висиханню і миготливий епітелій посилено злущується, підслизовий шар безпосередньо інфікується, що наводить до гострого трахеобронхіта. Мокрота при цьому набуває в'язкого характеру, а якщо засихає, то утворює кірки, що в цілому у край утрудняє дихання.

Після операції трахеостомії хворі позбавляються голосу і важко переживають цей стан, оскільки не можуть спілкуватися з медичним персоналом. Потрібно навчити їх нормально, як і раніше, розмовляти. Для цього під час розмови хворому потрібно пальцем щільно закрити вхід в трахеотомічну трубку. Голос в значній мірі відновлюється.

Догляд за ділянкою трахеостоми зводиться до наступного. Зазвичай операція трахеостомії завершується введенням трахеотомічної трубки (металевою або пластмасовою) в трахею і щільним ушиванням шкірних країв рани довкола трубки. По ходу операції робиться ретельний гемостаз. Але все ж таки по всій глибині рана поверхня стикається з трубкою і тому, поки трубка знаходиться в трахеостомі, неминучі в невеликій кількості сукровичні виділення назвні. У зв'язку з цим рана, що оточує трахеотомічну трубку, має бути постійно закрита стерильними марлевими серветками (у 3-4 шари розміром 6x8 см, з розрізом по довжині лише до середини). Марлеві стерильні серветки потрібно готувати про запас, вони повинні бути завжди напоготові для зміни промоклик. При кожній зміні серветок робиться обробка шкірних покривів довкола трахеостоми дезинфікуючими розчинами, що не подразнюють шкіру (фурациліновий, ріваноловий або інші) з подальшим протиранням досуха і змазуванням стерильною вазеліною олією.

Для запобігання потрапляння в зовнішнє середовище виділень з самої трахеотомічної трубки рекомендується поверх марлевої пов'язки накладати такого ж розміру фартушок з медичної церати.

У перші дні необхідно кожні 2 – 3 години видаляти внутрішню канюлю трахеотомічної трубки і замінювати її стерильною. Видалена канюля ретельно миється щіточкою з милом і стерилізується.

Перед введенням внутрішньої канюлі проводиться низка заходів, спрямованих на видалення слизу і мокротиння, що накопилися в просторі трахеї, попередження утворення сухих кірок, їх розм'якшення і видалення, якщо вони утворилися.

Зазвичай, хворий з трахеостоמוю дихає беззвучно. Поява голосного і утрудненого дихання свідчить про закупорку просвіту канюлі кірками, слизом або мокротинням. Необхідно видалити внутрішню канюлю і замінити її на чисту, стерильну. Крім того, за допомогою тонкого катетера підключеного до електровідсмоктувача, видалити з просвіту трахеї слиз і мокротиння. Катетер вводиться на глибину 5 – 10 см при включеному електровідсмоктувачі. Ця

маніпуляція повинна проводитися обережно, аби не травмувати слизисту оболонку трахеї. Після виконання даної процедури використаний катетер ретельно промивається і стерилізується.

Якщо слиз або мокротиння виявляються дуже густими, то для видалення їх з трахеї заздалегідь в просвіт трубки вливається кілька разів по 3 – 5 мл стерильного теплого фізіологічного розчину і відразу ж вводиться катетер при включеному електровідсмоктувачі. Після відсмоктування виділень з трахеї в просвіт трахеотомічної трубки вводиться 5 крапель розчину неоміцину на фізіологічному розчині (400 000 ЕД в 50 мл фізіологічного розчину). Неоміцин – антибіотик широкого спектру дії, бактерицидний по відношенню до стафілокока, стрептокока, пневмокока, кишкової палички і багатьох інших мікробів.

Для розм'якшення і видалення кірок, що утворилися в просвіті трахеї, попередження висихання слизистої оболонки при кожній зміні внутрішньої канюлі рекомендується після видалення слизу і мокроти в просвіт трахеї ввести 4 – 5 крапель розчину такого складу:

Natrii hydrocarbonici
Natrii Sulfurici aa 0,8
Glycerini 20,0
Aq. destillatae 60,0

Таким чином, догляд за хворим з трахеостомою зводиться до ретельного догляду за шкірними покривами довкола трахеостоми, своєчасній зміні внутрішньої канюлі трахеотомічної трубки, відсмоктуванню секрету з просвіту трахеї і видаленню сухих кірок, що утворилися, до протибактерійної місцевої терапії, що має на меті попередження розвитку гнійного запалення в самій трахеї і бронхах.

Слід пам'ятати, що трахеостома може дати ряд небажаних ускладнень. Якщо м'які тканини в глибині рани недостатньо щільно прилягають до трахеотомічної трубки, а шкірні краї, навпаки, дуже щільно охоплюють трубку, то повітря при виході може потрапляти в міжфасціальні простори шиї,

внаслідок чого є реальна загроза виникнення внутритканинної емфіземи. Це виявляється в помітному здутті шиї, затрудненні дихання і крепітації, що виразно відчувається, при пальцевому дослідженні.

Якщо операція трахеостомії проводилася без дотримання належної асептики, в післяопераційному періоді можливі запальні ускладнення, що зовні визначається рясним просяканням марлевої пов'язки гнійним відокремлюваним і різко вираженою запальною реакцією тканин довкола рани.

Якщо трахеотомічна трубка була недбало закріплена на шиї марлевими стрічками, можливе її випадання з просвіту трахеостоми. Намагатися вставити її на місце в ліжку не слід. Краще цю процедуру здійснити в маніпуляційній.

Слід пам'ятати, що хворі навіть після видалення трахеотомічної трубки все ще потребують постійного спостереження до повного загоєння рани.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агапов В.С., Емельянова Н.В., Шипкова Т.П. Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Учебное пособие / М.: Мед. информ. агентство, 2005. – 25 с.
2. Амосова К.М., Безродний Б.Г., Бур'янов О.А., Венцківський Б.М. та ін. Невідкладна медична допомога / Навчальний посібник – К.: Медицина, 2006. – 632 с.
3. Аржанцев П. З., Иващенко Г. М., Лурье Т. М. Лечение травм лица М.: Медицина, 1975. - 303 с.
4. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
5. Вайсблат С.Н. Местное обезболивание при операциях на лице, челюстях и зубах. – Киев, 1962.– 265 с.
6. Гуцан А.Е. Справочник: Челюстно-лицевые операции. – Витебск, 1997.– 367 с.
7. Диагностика и лечение ранений /Под ред. Ю.Г. Шапошникова.–М.: Медицина,1984.–340с.
8. Дмитриева В. С. Переломы челюстей мирного времени и их лечение. - Москва, 1966. - 469 с.
9. Дунаевский В. А., Соловьев М. М., Павлов Б. Л. и др. Остеосинтез при переломах нижней челюсти. - Л., 1973.-128 с.
- 10.Ефанов О.Н. Физиотерапия стоматологических заболеваний. – М.: Медицина, 1980.
- 11.Жабин В. Е. Клиника и лечение переломов челюстей и повреждений мягких тканей лица. - Минск, 1966. - 207с.
- 12.Збарж Я. М. Переломы верхней челюсти и их лечение. - Л.: Медицина, 1965. - 127с.
- 13.Золотарёва Т.В., Топоров Г.Н. Хирургическая анатомия головы.– М., 1968.–С.208-212.
- 14.Кабаков Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. – М.: Медицина, 1981.

15. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия / Под ред. Н.М.Александрова.– Л.: Медицина, 1985.
16. Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь. – Л.: Медицина, 1988.
17. Лукьяненко А.В. Огнестрельные ранения лица / Лукьяненко А.В. – С.-Петербург: Спец. Литература, 1996. – 182 с.
18. Лурье Т.М. Врачебная трудовая экспертиза в стоматологии.– М.: Медицина, 1984.
19. Машковский М.Д. Лекарственные средства: Пособие по фармакологии для врачей. I и II том.– М.: Медицина, 1987.
20. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области.–Л.: Медицина, 1982.
21. Петров С.В. Общая хирургия / Петров С.В. - СПб: Питер, 2003. – 768 с.
22. Рибалов О.В., Волошина Л.И. Травмы костей лицевого скелета мирного часу.– Полтава, 1999.
23. Рузин Г.П., Бурых М.П. Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Харьков, 2000. – 292 с.
24. Рузин Г.П., Бурых М.П. Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Харьков, 2000. – 292 с.
25. Рузін Г.П. Стоматологія надзвичайних ситуацій з курсом військової стоматології / Рузін Г.П., Голік В.П., Рибалов О.В., Дем'яник С.Г. – Харків: Торнадо, 2006. – 204 с.
26. Руководство по анестезиологии и реаниматологии / Под ред. Ю.С.Полунина. ООО «ЭЛБИ – СПб», 2004. – 720 с.
27. Руководство по хирургической стоматологии / Под ред. А.И.Евдокимова, Г.А.Васильева, И.М.Старобинского.– М.: Медицина, 1972.
28. Рыбалов О.В., Саяпина Л.М., Чайка Е.Н. Физиотерапия воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области: Учебное пособие. – Полтава, 1997. – 56 с.

- 29.Скарлетта Томас А., Шайдер Джеффри Дж. Неотложная травматология / пер. с англ. – М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2006. – 744 с.
- 30.Соловьёв М.М., Большаков О.П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М., «МЕДиресс». – 2001. – 229 с.
- 31.Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: 2002. – 1022 с.
- 32.Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Том2.– Киев: ООО «Червона Рута-Турс», 1998. – 348 с.
- 33.Травматическая болезнь /Под ред. И.И. Дерябина, О.С. Насонкина. – Л.: Медицина, 1987. – 302 с.
- 34.Травмы челюстно-лицевой области /Под ред. Н.М.Александрова, П.З.Аржанцева. – Л.: Медицина, 1986.
- 35.Хирургическая стоматология /Под ред. Т.Г. Робустовой. – М.: Медицина, 1985.
- 36.Чистякова В.Ф. Травмы лица и головного мозга. – Киев: Здоров'я, 1977. – 103 с.