Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Хирургии

Зав. кафедрой д. м. н.

Реферат

на тему:

"Неотложные состояния в стоматологии"

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к. м. н., доцент

Пенза 2008

План

Введение

1. Зубочелюстная система

1.1 Анатомия зуба

1.2 Пародонт в норме

2. Боль

2.1 Одонтогенная боль

2.2 Кариес

2.3 Постэкстракционная боль

2.4 Пародонтальный абсцесс

2.5 Острый язвенно-некротический гингивит

2.6 Неотложные состояния органов полости рта

2.7 Пароксизмальная боль неврологической этиологии

2.8 Другие заболевания

3. Травма зубов и альвеолярных отростков

3.1 Переломы

3.2 Подвывих и вывих зубов

3.3 Переломы альвеолярных отростков

3.4 Повреждение мягких тканей

4. Кровотечение

4.1 Спонтанное кровотечение

4.2 Послеоперационное кровотечение

Литература

## Введение

Существует четыре категории общей неотложной стоматологической патологии, имеющие важное значение для врача ОНП:

1) боль в полости рта и в области лица, главным образом одонтогенного происхождения;

2) дентоалызеолярная травма;

3) кровотечение;

4) неотложные состояния, связанные с полостью рта, включая проявления системных заболеваний.

Существенное значение для распознавания и лечения таких состояний имеет знание врачом анатомических особенностей зубочелюстной системы.

## 1. Зубочелюстная система

## 1.1 Анатомия зуба

Основу зуба составляет дентин. В области коронки дентин покрыт эмалью; корневая часть зуба - цементом. Внутри коронки и корней имеются полость и корневые каналы, заполненные мягкой тканью - пульпой; она состоит из рыхлой соединительной ткани, сосудов, нервов и различных клеток.

По форме и функциональному предназначению выделяют 4 типа зубов: резцы, клыки, малые коренные и большие коренные зубы, которые составляют два зубных ряда. В каждой половине зубного ряда, начиная от средней линии, расположены 1 центральный резец, 1 боковой резец, 1 клык, 2 малых коренных и 3 больших коренных зуба. Третий коренной зуб обычно называют "зубом мудрости". Может наблюдаться отсутствие какого-либо зуба или наличие сверхкомплектных зубов. Для врача неотложной помощи лучше всего просто описать тип зуба и его локализацию, например: верхний правый второй премоляр (малый коренной зуб) или нижний левый клык. Для описания поверхностей зубных коронок целесообразно использование следующих определений: язычная (соприкасающаяся с языком); небная (обращенная к небу), щечная (обращенная к щеке); медиальная (обращенная к срединной линии); дистальная (в задней части зубного ряда); жевательная (для малых и больших коренных зубов); режущий край (для резцов и клыков).

## 1.2 Пародонт в норме

Нормальный пародонт Разделяют на два основных компонента: гингивальный (десна) и связочный аппарат.

Гингивальная часть состоит из мягких тканей, покрывающих шейку зуба и альвеолярную часть челюсти. Десна покрыта многослойным плоским орогевающим эпителием. Она распространяется от свободного гингивального края до слизистой оболочки гингивального соединения.

В норме десна плотно прилегает к зубу, за исключением 2 - 3-миллиметровой полоски вокруг шейки зуба (десневой карман). Связочный аппарат, или механизм фиксации, состоит из цемента, покрывающего корень зуба, альвеолярной костной ткани, окружающей корень, и периодонтальной связки. Последняя состоит из коллагеновых волокон, которые на одном конце прикрепляются к стенке альвеолы, а на другом - к цементу.

## 2. Боль

При болях одонтогенного происхождения пациенты обычно точно указывают их локализацию. Врач ОНП должен уметь распознавать и неодонтогенные причинные факторы боли в области лица и полости рта (например, нарушения в височно-нижнечелюстном суставе, паралич Белла) и учитывать возможное наличие ишемической болезни сердца у взрослых с нижнечелюстной болью неясной этиологии.

## 2.1 Одонтогенная боль

Прорезывание зубов.

Самая ранняя боль одонтогенной природы связана с прорезыванием первого зуба у ребенка. Предположение о существовании связи между прорезыванием зубов и возникновением диареи и некоторого повышения температуры весьма спорно; ребенок, испытывающий боль в зубе, может отказываться от еды или питья, что приводит к дегидратации. Лечение направлено непосредственно на снятие боли, устранение диареи (если она присутствует) и на адекватную гидратацию. Полезным методом аналгезии может быть местная аппликация каждые 15-30 минут тампонов, смоченных раствором болеутоляющего препарата. Взрослые пациенты также могут испытывать боль, связанную с прорезыванием зуба, чаще всего третьего коренного. В десне, окружающей коронку затрудненно прорезывающегося или ретенированного третьего моляра, часто создаются условия для развития воспалительного процесса, называемого перикоронаритом. Местное лечение заключается в орошении полости рта солевым раствором и полоскании рта; при наличии флюктуации и гноя целесообразны инцизия и дренирование. В случае явного местного инфицирования, лихорадки или общего недомогания назначается феноксиметилпенициллин или эритромицин (250-500 мг 4 раза в день). Сразу после разрешения местного воспаления приступают к завершающему лечению - удалению больного зуба.

## 2.2 Кариес

Одонтогенная боль (одонталгия, или зубная боль) чаще всего ассоциируется с кариесом. Анамнестические данные о внезапном или постепенном возникновении боли (от острой до тупой и пульсирующей), локализованной в определенной области полости рта, усиливающейся при изменении температуры или, возможно, ослабевающей при воздействии холода, обычно связывают с кариесом. Подобный анамнез часто имеется при поражении пульпы и может указывать на наличие околозубного абсцесса (периапикальный абсцесс). Боль может быть и генерализованной или иррадиирующей, например, в ухо, висок, глаза, шею или даже в противоположный край челюсти. При осмотре часто обнаруживается значительное разрушение зуба (или зубов); иногда явная патология полости рта отсутствует. Локализация очага легче всего устанавливается при проверке перкуссии каждого зуба с помощью языкового шпателя; в случае абсцесса при этом выявляется острая боль в области определенного зуба. Лечение состоит в назначении обезболивающих средств, таких как кодеин, комбинации ацетоминофена и кодеина, или даже (в отдельных случаях) в парентеральном введении наркотических анальгетиков. Пациенты могут испытывать острую боль, связанную с предшествующим инструментальным лечением зубов и не поддающуюся действию анальгетика; об этом следует поставить в известность стоматолога.

Боль может быть вызвана любым сочетанным отеком в полости рта или в области лица, который обусловлен околозубным абсцессом. Отек может варьировать от небольшой припухлости на стороне, противоположной абсцессу, до поднадкостничного распространения или целлюлита лица. Наличие флюктуирующего отека требует инцизии и дренирования, назначения антибиотиков и полоскания рта теплым солевым раствором каждые 2 часа в течение нескольких дней.

## 2.3 Постэкстракционная боль

Боль, ощущаемая в течение 24 часов после экстракции зуба, связана с периоститом и хорошо поддается воздействию анальгетиков. Интенсивная боль, сочетаемая с гнилостным запахом изо рта и ощущаемая в полости рта в течение 2-3 дней после удаления зуба, свидетельствует о развитии альвеолита. Эта боль часто бывает мучительной и не устраняется пероральными анальгетиками. Лечение состоит в орошении лунки и проведении специального дентального тампонирования или просто применения турунд, пропитанных йодоформом, эугенолом или камфофенолом; последнее может выполняться врачом ОНП. Пациент должен наблюдаться стоматологом в течение 12-24 часов.

Неотложная помощь при патологии пародонта

## 2.4 Пародонтальный абсцесс

Отек десны, обусловленный развитием воспалительного процесса в так называемом кармане (пространство между зубом и десной) и называемый пародонтальным абсцессом, может вызывать сильную боль. Подобные абсцессы обычно поддаются местному лечению, состоящему в орошении воспаленного участка теплым солевым раствором и назначении антибиотиков (феноксиметилпенициллин, 250 мг перорально 4 раза в день); у лиц с аллергией к пенициллину (при отсутствии беременности) применяется тетрациклин (250 мг перорально 4 раза в день). Обширные абсцессы могут требовать вскрытия и дренирования.

## 2.5 Острый язвенно-некротический гингивит

Острый язвенно-некротический гингивит (ОЯНГ) является острым деструктивным заболеванием пародонта, которое чаще всего наблюдается у подростков и молодых взрослых. ОЯНГ - это поражение только пародонта, при котором бактерии (фузобактерии спирохеты) внедряются в жизнеспособные ткани. Пациенты жалуются на генерализованную боль в деснах, сочетающуюся с гнилостным привкусом и запахом. Могут наблюдаться лихорадка, общее недомогание и регионарная лимфаденопатия. При осмотре десна отечна и имеет огненно-красный цвет; межзубные сосочки отечны, изъязвлены и покрыты серым налетом. Язвенный гингивит вначале лечат антибиотиками (предпочтение отдается тетрациклину - 250 мг внутрь 4 раза в день; возможно назначение феноксиметилпенициллина - 250 мг внутрь 4 раза в день), полосканием рта теплым солевым раствором, а также местной аппликацией анестезирующих препаратов, таких как лидокаин или 10% перекись мочевины в специально приготовленном безводном глицерине.

## 2.6 Неотложные состояния органов полости рта

Хотя обсуждение бесчисленного множества неотложных состояний, связанных с полостью рта и способных вызвать боль, выходит за рамки настоящей главы, существует ряд важных патологических процессов, представляющих общие осложнения.

Герпетические поражения.

Пациенты часто обращаются по поводу боли вследствие повреждения слизистой оболочки рта. Нередко бывает трудно отличить первичный герпетический стоматит от рекуррентной инфекции, герпетической ангины или опоясывающего лишая. Такие поражения лучше всего лечить паллиативно в ОНП местными анестетиками (например, ксилокаином и полосканием рта теплым солевым раствором). Для лечения первичной герпетической инфекции у взрослых некоторые авторы рекомендуют применять пероральный ацикловир, особенно у пациентов с иммунными нарушениями. Подобные поражения обычно инфицируются вторично, и, поскольку боль в значительной мере обусловлена этой вторичной инфекцией, целесообразно назначение антибиотиков (эритромицин, 250 мг 4 раза в день или феноксиметилпенициллин, 250 мг 4 раза в день). В большинстве случаев следует избегать местного или системного назначения кортикостероидных препаратов. Хотя стероиды полезны при лечении мультиформной эритемы, их использование при вирусной инфекции полости рта не показано.

## 2.7 Пароксизмальная боль неврологической этиологии

Невралгия тройничного нерва (НТН) - наиболее частая причина пароксизмальной боли с вовлечением V черепного нерва. Диагноз ставится главным образом на основании анамнеза. Пациенты сообщают о внезапно возникающей приступообразной боли, обычно непродолжительной и напоминающей боль от удара сильным электрическим током. Ключом к диагностике служит локализация боли по ходу поражения черепного нерва. Часто подобная боль возникает при незначительном сенсорном раздражении в некоторых областях, называемых триггерными зонами. Невралгия тройничного нерва хорошо поддается лечению карбамазепином (вначале 100 мг 2 раза в день; при необходимости дозу постепенно увеличивают до максимальной - 1200 мг/день). Боль при НТН не всегда является идиопатической, она может быть обусловлена, например, опухолью угла мозжечка (акустическая неврома), назофарингеальной карциномой или наблюдается как проявление рассеянного склероза. Любой пациент с диагнозом НТН требует тщательного неврологического обследования и направления к стоматологу для исключения патологии полости рта, а также направления к невропатологу для исключения внутричерепной патологии.

Непароксизмальная боль неврологической природы может появиться в следующих случаях:

1) у пациентов, страдающих НТН длительное время;

2) вследствие хирургической травмы по ходу V черепного нерва, чаще всего его нижнечелюстной ветви;

3) в связи с вирусной инфекцией, применением лекарственных препаратов или интоксикацией тяжелыми металлами. На состояние полости рта влияют и другие невропатии (например, алкогольная или диабетическая сенсорная невропатия).

## 2.8 Другие заболевания

Дифференциальный диагноз боли в полости рта и в области лица включает кластерную головную боль, височный артрит и ревматическую полимиалгию. При дифференциальной диагностике челюстной боли следует иметь в виду иррадиирующую боль, обусловленную ишемией миокарда.

Проявления системного заболевания в полости рта

Некоторые системные заболевания сопровождаются значительными проявлениями в полости рта, которые нередко бывают их первыми симптомами.

Сахарный диабет.

У больных диабетом часто возникают пародонтальные абсцессы и пролиферация десны. Могут наблюдаться сухость слизистой оболочки полости рта, спонтанная кровоточивость десен, припухлость и болезненность десен, сухость губ и подвижность зубов. Хроническая патология полости рта, в частности пародонтит, может затруднять контроль диабета.

Коллагеноз.

Системная красная волчанка может сопровождаться обширным некротическим изъязвлением слизистой оболочки полости рта, к которому иногда присоединяется вторичная инфекция.

Склеродермия может проявляться характерным изменением лица или утолщением периодонтальной связки на рентгенограмме. Обширное изъязвление неба может наблюдаться при гранулематозе Вегенера. Все изъязвления слизистой оболочки полости рта, которые не поддаются паллиативному лечению, требуют проведения биопсии в пределах 7-10 дней.

Гранулематоз.

В некоторых случаях туберкулез может проявляться в полости рта гранулематозным изъязвлением. Следует исключить другие инфекционные поражения, такие как актиномикоз. Подобные поражения нередко путают с сифилитическим изъязвлением слизистой оболочки полости рта; причем наиболее частой локализацией язв являются язык и область миндалин.

Более доброкачественным и часто наблюдаемым проявлением патологического процесса является образование, снабженное ножкой (или без нее), которое называют пиогенной гранулемой. Это пролиферация хорошо васкуляризированной соединительной ткани, которая появляется в ответ на неспецифическое инфицирование десны. Специфическая пиогенная гранулема, возникающая первично при беременности, относится к опухоли беременных. Образование доброкачественное и часто рецидивирует во время беременности. Если опухоль не подвергается обратному развитию в течение 2-3 месяцев после родов, то показано ее окончательное удаление.

Заболевание крови.

Острый лейкоз, особенно его острая гранулоцитарная форма, вызывает массивную инфильтрацию ткани десны лейкемическими клетками, что приводит к развитию гиперпластического гингивита, настолько выраженного, что зубы почти не видны из-под десен; появляются отек и цианотичная окраска слизистой оболочки. При хроническом лейкозе изменения в полости рта наблюдаются редко.

Возникающие при заболевании осложнения включают кровоточивость десен, инфекцию полости рта, значительный дискомфорт и потерю аппетита. В острую фазу заболевания необходимо проведение только тех процедур, которые устраняют дискомфорт в полости рта и кровоточивость десен.

Интраоральные признаки и симптомы тромбоцитопенической пурпуры включают кровоточивость десен, внутрислизистые кровоизлияния и продолжительное кровотечение после травмы. Кроме того, описаны случаи гипертрофии десен.

Гиперплазия, вызванная фенитоином.

Гиперплазия десен вследствие применения фенитоина встречается примерно у 40% пациентов, преимущественно в молодом возрасте. Ее тяжесть не всегда связана с дозировкой или концентрацией препарата в крови. Начальным проявлением гиперплазии является расширение межзубных сосочков, которые наползают на коронки зубов выпуклым плотным и имеющим бледно-розовую окраску краем десны. Воспаление вследствие местного раздражения изменяет вид десны при гиперпластическом гингивите и уменьшается или исчезает при строгом соблюдении гигиены полости рта. Хирургическое удаление пораженной ткани весьма эффективно, однако в случае продолжения применения препарата гиперплазия возобновляется. Аналогичная реакция может наблюдаться при применении нифедипина.

## 3. Травма зубов и альвеолярных отростков

Простейшим типом дентальной травмы является перелом передних зубов. Лечение переломов зависит от степени повреждения пульпы зуба и от возраста пациента. Классификация, разработанная Эллисом, основывается на анатомии переломов зубов. Однако врач ОНП может также использовать описательную классификацию травматических повреждений зубов и поддерживающих структур, которая рекомендуется Джонсоном.

## 3.1 Переломы

По классификации Эллиса, I класс переломов включает только повреждение эмали зуба. Как правило, это незначительное осложнение, которое требует неотложного вмешательства лишь в том случае, если острый край зуба травмирует мягкие ткани. В подобных случаях можно просто сгладить острый край наждаком и (или) направить пациента к стоматологу для устранения косметического дефекта.

II класс включает более сложные переломы с повреждением не только эмали, но и дентина. Пациент может жаловаться на чувствительность зуба к теплу, холоду или даже к воздуху. Необходимость немедленного лечения таких переломов диктуется возрастом пациента (у пациентов до 12 лет зуб имеет меньше дентина). При проникновении микроорганизмов через микроканальцы обнаженного дентина возможно инфицирование пульпы.

Лечение переломов II класса у молодых пациентов требует немедленного наложения повязки с гидроокисью кальция на обнаженный дентин, которая сверху покрывается сухой марлей или фольгой. В течение суток пациент должен быть направлен к стоматологу. Пациентам постарше (от 12 до 14 лет), у которых количество дентина (в соотношении с пульпой) больше, можно посоветовать избегать крайних температур и обратиться к дантисту на следующий день. Тяжелые переломы II класса (которые могут быть распознаны по розоватому оттенку дентина) лечат так же, как у пациентов до 12 лет. Могут потребоваться и анальгетики. Правильное лечение подобных переломов может избавить от необходимости пломбирования канала корня зуба. Врач ОНП должен предупредить каждого пациента с травмой передних зубов (независимо от степени ее тяжести) о возможном нарушении иннервации и кровоснабжения зуба; отдаленными осложнениями могут быть некроз пульпы и разрушение зуба.

III класс переломов, помимо повреждения эмали и обнажения дентина, включает полное обнажение пульпы. Эти переломы можно отличить от переломов II класса при аккуратной очистке зуба кусочком марли для исключения возможности поступления крови из травмированных мягких тканей. Затем зуб осматривают с целью выявления какого-либо окрашивания дентина (кровью) или появления капли крови. Пациент может жаловаться на острую боль или отмечает ее отсутствие, если нарушены иннервация и кровоснабжение зуба. Переломы III класса (по Эллису) являются истинно неотложным состоянием, требующим немедленной помощи стоматолога общего профиля или эндодантиста, так как отсрочка в лечении способна привести к возникновению интенсивной боли и, возможно, к формированию абсцесса. Если немедленная стоматологическая помощь недоступна, то зуб можно временно покрыть фольгой, свести к минимуму раздражение пульпы и боль. Следует назначать анальгетики и как можно быстрее направить пациента к стоматологу. Врач ОНП должен воздерживаться от введения каких-либо инструментов в зуб с целью удаления пульпы, так как случайная поломка инструмента или перелом зуба сделает последующее лечение трудным или невозможным. Упомянутые выше топические аналгезирующие препараты не следует ни назначать, ни применять. Хотя эти препараты могут принести временно облегчение при боли в пульпе, они часто вызывают сильное раздражение мягких тканей и образование стерильного абсцесса. Во всех случаях перелома зубов следует пропальпировать мягкие ткани с целью определения отломков и фрагментов зубов; если отек ограничивает исследование, необходимо получить рентгенограмму.

## 3.2 Подвывих и вывих зубов

Под воздействием той же силы, которая приводит к перелому передних зубов, может возникнуть и расшатывание зуба, что называется подвывихом. Травмированный зуб должен быть всегда исследован с целью выявления подвывиха путем давления пальцем или применения осторожного давления двумя шпателями с каждой стороны зуба. Более тонким показателем травмы зуба является появление крови в зубодесневом кармане. Минимальная мобильность зуба благополучно проходит в течение 1-2 недель при соблюдении щадящей диеты. Значительная подвижность зуба требует быстрой стабилизации. В качестве временной меры часто оказывается полезным аккуратное призакусывание пациентом кусочка марли для удержания зуба на месте в ожидании осмотра стоматологом или челюстно-лицевым хирургом.

Полный вывих зуба из лунки является истинно неотложным состоянием. Если пациенту не известно, куда делся отсутствующий зуб, то необходимо выполнить рентгенограмму для определения его возможного вдавления в десну. Вдавленный молочный зуб прорезывается в течение 6 недель. Постоянные зубы репонируются хирургическим путем с помощью щипцов и иммобилизуются. Нераспознавание внедрения зубов в десну может привести к косметическому дефекту или инфекции. Лечение вывиха зуба зависит от возраста пациента и времени, прошедшего с момента вывиха. Вывихнутые передние зубы у детей (в возрасте от 6 месяцев до 5 лет) не подлежат реимплантации. При реимплантации молочных зубов отмечается тенденция к анкилозированию или к расплавлению самой кости, в результате чего возникает деформация лица.

Постоянный зуб следует реимплантировать в лунку как можно быстрее, если с момента вывиха прошло не более 2-3 часов. Чем дольше зуб находится вне лунки, тем меньше шансов на его приживление. При получении информации о вывихе зуба по телефону следует уточнить возраст пациента, и если речь идет о постоянном зубе, следует предложить пациенту прополоскать зуб проточной водой и немедленно вставить его в лунку. Если это невозможно, пациенту советуют как можно быстрее доставить зуб и ОНП, завернув его во влажную марлю или поместив в баночку с молоком (что предпочтительно).

Если зуб не удалось реимплантировать до прибытия в ОНП, следует все же попытаться это сделать; необходимо промыть его подсоленной или проточной водой, не подвергая очистке (чтобы максимально сохранить оставшиеся волокна периодонтальной связки, что облегчит его прикрепление). Если реимплантации препятствует сгусток крови или со времени вывиха зуба прошло много времени, то сгусток следует быстро отсосать или разрушить и удалить под местной анестезией, а затем поместить зуб на место.

Вывихнутые зубы требуют немедленной стабилизации; прикусывание марли является временной мерой. Хотя стабилизация обычно осуществляется стоматологом общего профиля или челюстно-лицевым хирургом, в некоторых ситуациях она может быть проведена врачом ОНП, например, при вывихе одного зуба. Любой зуб, стабилизированный врачом ОНП, должен быть осмотрен специалистом не позднее чем через сутки.

Для иммобилизации подвывихнутого или вывихнутого зуба в распоряжении врача ОНП имеется ряд методов. Простой метод, описанный Медфордом, заключается в наложении повязки на пародонт ("Сое-Pak"); она содержит цинк, к которому добавляют катализатор, смешивая до получения полутвердой консистенции. При наложении такой повязки на реимплантированный зуб и на соседние зубы может быть достигнута надежная иммобилизация на 24 часа.

## 3.3 Переломы альвеолярных отростков

Вывихнутые зубы стабилизируются на срок от 10 дней до 2 недель. Когда одновременно имеются переломы альвеолярных отростков, то иммобилизация обеспечивается по указанной методике не менее чем на 6 недель. Профилактически назначаются антибиотики, например феноксиметилпенициллин (250-500 мг 4 раза в день). Проводят соответствующую профилактику столбняка.

## 3.4 Повреждение мягких тканей

Закрытие сочетанных разрывов десен, слизистой оболочки, губ и других мягких тканей лица осуществляется после стабилизации зубов. Если разрывы губ сочетаются с повреждением десен, твердого неба, языка или других мягких тканей в полости рта, то первыми устраняются повреждения в полости рта, а затем ушиваются кожные раны новыми стерильными инструментами.

Зияющие разрывы слизистой оболочки полости рта (более 1,5 см) имеют тенденцию к вторичному инфицированию и заживлению с образованием грубого фиброзного рубца, который подвержен повторным травмам. Разрывы слизистой оболочки тщательно осматривают с целью выявления костных отломков, нежизнеспособные ткани удаляют, раны обильно промывают и ушивают хромированным материалом (№ 4-0). Приемлемой альтернативой является черный шелк (№ 4-0); этот шовный материал удобен в работе, но требует его удаления через 7-10 дней. Предпочтительно точное сопоставление краев раны для получения герметичного шва с оставлением дренажа на случай возможного инфицирования раны. При обширных разрывах или наличии большого количества поврежденной ткани лучше назначить антибиотики (феноксиметилпенициллин или эритромицин по 250 мг внутрь 4 раза в день); эта рекомендация основывается на клиническом опыте.

Разрывы языка (более 1 см) ушивают либо черным шелком № 4-0, либо хромированным кетгутом № 4-0. При обнаружении разрыва спинки языка следует тщательно осмотреть его вентральную поверхность для выявления возможных дополнительных повреждений от зубов. При реэпителизации недостаточно точно сопоставленных краёв, и эпителий окаймляет снизу основание раны с каждой стороны, что приводит к так называемому расщеплению языка и, следовательно, к косметической деформации и функциональным нарушениям, требующим повторного вмешательства. При обширных разрывах слизистой поверхности языка оправдано назначение антибиотиков, как и при других повреждениях слизистой оболочки полости рта.

Могут наблюдаться разрывы твердого или мягкого неба. Повреждения мягкого неба часто возникают у детей при падении с каким-либо остроконечным предметом во рту. Такие разрывы лечат так же, как колотые раны. Зияющие края кожной раны можно сопоставить и ушить хромированным кетгутом № 5-0, но на большей части раневого края следует обеспечить возможность дренирования. Следует учитывать и возможность повреждения заглоточного пространства. Рекомендуется профилактическое назначение антибиотиков.

При лечении обширных ран необходимы тщательный контроль и консультация с челюстно-лицевым хирургом. Закрытие таких ран может производиться в операционной с применением общей анестезии или основательной седатации. Закрытие разрывов твердого неба может быть весьма трудным ввиду малоподвижности его тканей. Раны ушивают шелковыми нитями № 4-0 или 5-0 или же хромированным кетгутом, используя тонкие иглы. Ссадины неба могут заживать с образованием грануляций; для большего комфорта при этом может быть назначена зубная размягчающая паста (такая, как орабаза). Разрывы неба не склонны к инфицированию.

Разрывы губы требуют тщательного ушивания, особенно если они распространяются на наружную (красную) часть губы. Как и при любом ушивании кожи лица, швы удаляют через 4 - 5 дней. Однако при глубоких разрывах возможно раннее расхождение краев раны вследствие сокращения мышц губы. Поэтому в случае разрывов губы с вовлечением глубоко расположенных подкожных тканей и мышц ушивание этих структур производится рассасывающимся материалом (поливикрил 5-0). На кожу затем накладываются швы нейлоновыми нитями № 6-0. Если повреждена красная кайма губы, то первый шов накладывают после максимально точного сопоставления краев раны. Затем закрывается остальная часть раны. Если возможно, шов, проходящий по красной кайме губ, следует удалить, предварительно убедившись в точном сопоставлении краев ушитой раны. Пациент должен содержать рану в чистоте, протирая ее раствором перекиси водорода и нанося три слоя мази с антибиотиками. Следует соблюдать определенную предосторожность: не раскрывать рот слишком широко во время еды, при смехе или рассматривании повреждения губы.

В отношении лечения сквозных разрывов, затрагивающих кожу лица и ткани полости рта, высказываются противоречивые суждения. По мнению некоторых авторов, рану следует оставлять неушитой со стороны рта. Сквозные раны необходимо тщательно промывать. Пациента следует проинструктировать в отношении промывания раневой поверхности солевыми растворами (полоскания). Большинство челюстно-лицевых хирургов с профилактической целью назначают антибиотики (феноксиметилпенициллин или эритромицин, 250 мг 4 раза в день) несмотря на отсутствие, хорошо контролируемых исследований, подтверждающих эффективность подобной практики. Рану у таких пациентов следует осматривать в пределах 48 - 72 часов для выявления инфекционных осложнений. При этом не следует путать инфекционное воспаление с нормальным отеком слизистой оболочки при начальном заживлении раны. Необходимо помнить о профилактике столбняка при всех повреждениях органов полости рта.

## 4. Кровотечение

## 4.1 Спонтанное кровотечение

Кровотечение в полости рта может быть спонтанным (из десен). Если кровотечение возникло в связи с предшествующим удалением зубного камня или проведением профилактической санации, то оно обычно останавливается при орошении рта раствором перекиси водорода и местном применении давяших тампонов. Спонтанное кровотечение из десен может быть начальным проявлением системного заболевания, такого как лейкоз или коагулопатия. Необходимость проведения лабораторных исследований определяется степенью кровотечения, возрастом пациента и результатами общего обследования.

Кровотечение вследствие экстракции зуба

Кровотечение, возникающее после удаления зуба, обычно останавливается посредством постоянного давления марлевым шариком, который поддерживается сомкнутыми зубами. Сплевывание, курение сигарет или использование соломинки (для питья напитков) создает отрицательное давление в полости рта и усиливает постэкстракционное кровотечение.

Если кровотечение не удается остановить давящим марлевым тампоном и имеется большой сгусток крови, то необходимо удалить сгусток из полости рта, отсосать кровь из лунки и вновь попытаться остановить кровотечение давлением тампона. Если это не приносит успеха, то область лунки и десну инфильтрируют местным анестетиком (2% лидокаин с добавлением эпинефрина в концентрации 1: 100 000 или 1: 50 000) и возобновляют давление марлевым шариком в течение 20 мин. Если кровотечение продолжается, то в лунку можно поместить небольшой кусочек абсорбирующей желатиновой губки, закрепив ее одним или двумя швами (черные шелковые нити № 3-0).

Если же после всех вышеописанных процедур наблюдается упорное просачивание крови, то проводится исследование свертываемости, включающее выполнение коагулограммы, подсчет тромбоцитов, определение протромбинового и частичного тромбопластинового времени, так как постэкстракционное кровотечение часто бывает начальным проявлением коагулопатии. В некоторых случаях такое кровотечение обусловлено применением неадекватного хирургического метода или недостаточным наложением швов; следовательно, необходима соответствующая коррекция.

## 4.2 Послеоперационное кровотечение

В случае кровотечения после периодонтального вмешательства врач неотложной помощи должен связаться с хирургом-стоматологом с целью выяснения деталей периодонтальной тампонады, проведенной во время операции, что имеет крайне важное значение для заживления раны; неправильное тампонирование может привести к неудовлетворительному результату лечения.

## Литература

1. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ. /Под Н52 ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза. - М.: Медицина, 2001.
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год