

## DENTOALVEOLAR INJURIES

**Alban Shabani**

PHO”Aldodent”Gnjilane, Kosovo, [albi\\_dents@hotmail.com](mailto:albi_dents@hotmail.com)

**Dimova Cena**

Faculty of medical science, “Goce Delcev” University, Stip, R. Macedonia  
[cena.dimova@ugd.edu.mk](mailto:cena.dimova@ugd.edu.mk)

**Naskova Sanja**

Faculty of medical science, “Goce Delcev” University, Stip, R. Macedonia  
[sanja.naskova@ugd.edu.mk](mailto:sanja.naskova@ugd.edu.mk)

**Zarkova-Atanasova Julija**

Faculty of medical science, “Goce Delcev” University, Stip, R. Macedonia  
[julija.zarkova@ugd.edu.mk](mailto:julija.zarkova@ugd.edu.mk)

**Abstract:** Denatoalveolar and peroral soft tissue injuries are often caused and caused by several types of trauma. Among the most common causes are falls, road accidents, sports injuries, squabbles, child abuse and injuries to playgrounds. More injuries are caused by a drop in children who begin to go and peak at children before they start school. Usually the dentist is called by frightened parents whose child has fallen and bleeds from his mouth. It is very important that the dentist has knowledge of dental illnesses so that he can effectively resolve them when they occur.

**Keywords:** injuries, dental, alveolar.

## ДЕНТОАЛВЕОЛАРНИ ПОВРЕДИ

**Албан Шабани**

ПЗУ „Алдодент,, Гњилане, Косово, [albi\\_dents@hotmail.com](mailto:albi_dents@hotmail.com)

**Цена Димова**

Факултет за медицински науки, Универзитет „Гоце Делчев“ Штип, Р. Македонија  
[cena.dimova@ugd.edu.mk](mailto:cena.dimova@ugd.edu.mk)

**Сања Нашкова**

Факултет за медицински науки, Универзитет „Гоце Делчев“ Штип, Р. Македонија  
[sanja.naskova@ugd.edu.mk](mailto:sanja.naskova@ugd.edu.mk)

**Јулија Заркова- Атанасова**

Факултет за медицински науки, Универзитет „Гоце Делчев“ Штип, Р. Македонија  
[julija.zarkova@ugd.edu.mk](mailto:julija.zarkova@ugd.edu.mk)

**Резиме:** Дентоалвеоларните и периоралните мекоткивни повреди честопати настануваат и се предизвикани од повеќе типови на траума. Меѓу најчестите причини се пад, сообраќајни несреќи, спортски повреди, препирки, злоставување на деца и повреди на игралишта. Повеќе повреди се причинети од пад кај деца кои почнуваат да одат и го достигнува врвот кај деца пред да почнат во школо. Обично стоматологот е повикан од уплашени родители чие дете паднало и крвари од устата. Многу е важно стоматологот да има познавање за дентоалвеоларните повреди така да може ефикасно да ги реши кога ќе се јават.

**Клучни зборови:** повреди, дентални, алвеоларни.

### 1. ВОВЕД

Дентоалвеоларните и периоралните мекоткивни повреди честопати настануваат и се предизвикани од повеќе типови на траума. Меѓу најчестите причини се пад, сообраќајни несреќи, спортски повреди, препирки, злоставување на деца и повреди на игралишта. Повеќе повреди се причинети од пад кај деца кои почнуваат да одат и го достигнува врвот кај деца пред да почнат во школо. Обично стоматологот е повикан од уплашени родители чие дете паднало и крвари од устата. Многу е важно стоматологот да има познавање за дентоалвеоларните повреди така да може ефикасно да ги реши кога ќе се јават.

Дентоалвеоларните повреди можат да бидат предизвикани од директна сила насочена кон забот или индиректна сила, најчесто пренесувајќи се преку мекото ткиво, како што е усната. Повредите на околните меки ткива скоро секогаш се придружени со повреди на дентоалвеоларни структури. На пример, гингивата може да биде раскината, долната усна може да биде зафатена меѓу забите при повредата правејќи и лацерација по целата ширина, или подот на усната празнина може да биде лацериран. Познавањето на техниките за решавање на повредите на обете дентоалвеоларни и повреди на меките ткива е неопходно да му овозможи на стоматологот да ги третира повредите ефикасно. Во првиот дел на ова поглавје се зборува за повреди на забите и алвеоларниот продолжеток, во вториот дел се зборува за повредите на околуусното меко ткиво без оглед дали се причинети истовремено со дентоалвеоларната повреда.

## 2. РЕШАВАЊЕ НА ДЕНТОАЛВЕОЛАРНИ ПОВРЕДИ

Повредите на забите и алвеоларниот процес се чести и треба да бидат згрижени како итни состојби, бидејќи успехот зависи од имедијатното згрижување на повредата. Бидејќи соодветниот третман може да се даде после поставување точна дијагноза, дијагностичкиот процес треба да започне веднаш тоа со:

2.1. ИСТОРИЈА (анамнеза): Првиот чекор во секој дијагностички процес треба да биде обезбедување на веродостојна историја. Комплетната историја за повредата треба да се добије од пациентот, додавајќи информации кој, кога, каде и како. Стоматологот мора да ги постави следниве прашања на пациентот, родителот или сигурен извор:

1. Кој е пациентот? Вклучително овде треба да биде името, возраст, адреса, телефон и други демографски факти. Овие факти треба да се обезбедат брзо за да не се губи време.

2. Кога се случи повредата? Ова е едно од најважните прашања кои треба да се прашаат, бидејќи истражувањата покажуваат дека колку е пократко времето од избивањето на забот тогаш има можност за репозиција и за подобра прогноза. Исто така резултатите од третирање на дислоцирани заби, фрактури на коронката (со експонирана или неекспонирана пулпа) и алвеоларни фрактури можат да влијаат ако се доцни со третманот.

3. Каде се случи повредата? Ова прашање може да биде важно поради можноста од и степенот на бактериска и хемиска контаминација кој треба да биде проверен. На пример ако детето падне на игралиште и му навлезе нечистотија во раната, тогаш треба да се праша дали има тетанусна профилакса. Од друга страна ако повредата се случи од чист предмет кој бил држан во устата голема бактериска контаминација од надворешна средина не треба да се очекува.

4. Како се случи повредата? Природата на траумата обезбедува важни знаци кои се карактеристични и се резултат на одредена ткивната повреда. На пример патник во возило кој не е врзан со појас може да биде турнат кон предницата со прекумерна сила и да има оштетување на забите но исто така може да има придружни фатални повреди на вратот. Начинот на кој се настанати повредите е корисна информација и треба да го натера клиничарот да испита и други можни повреди. Дополнителните информации кои ќе се соберат со овие прашања можат да ни укажат на поврзаноста со причината на повредата. Ако пациентот не може да се сети што се случило, некоја претходна медицинска состојба како што е епилепсија, може да предизвика несреќа со настанување на повреда. Повредите предизвикани од можна небрежност од други имаат и правни аспекти. Овие забелешки треба да го опоменат клиничарот да ги документира наодите кај пациентот. Уште една работа која треба да ја има на памет клиничарот кога прегледува дете чии повреди не личат како резултат од повредата опишана од родителот е детското малтретирање. За жал детското малтретирање стана многу зачестено во последниве години, така да високо ниво на сомничавост е еденствен начин преку кој може да се открие од страна на медицински персонал.

5. Каков третман бил преземен после повредата (ако имало)?

Ова прашање дава важна информација во однос на првобитната состојба на повредената регија. Дали беше делумно избиениот заб реплантиран од страна на пациентот или родителот? Како беше заштитен забот до донесување кај докторот?

6. Дали некој забележал заб или дел од заб на местото на незгодата? Пред да се постави точна дијагноза и да се направи план на терапија императивно е да се преброи секој заб кој го имал пациентот пред незгодата. Ако за време на клиничкиот преглед се забележи дека недостасува цел заб или коронка а во анамнезата нема податоци дека е изгубен на местото на повредата тогаш треба да се направат ртг снимки на периферно меко ткиво, на градниот кош и на стомачната регија ако е потребно да се открие присуството на изгубениот дел.

7. Каква е општата здравствена состојба на пациентот? Битно е да се земе добра медицинска анамнеза, не треба да се игнорира брзањето на докторот да го реплантира изгубениот заб. Тоа може да биде направено напредно со третманот или веднаш после тоа. Во анамнезата каде има алергија на лекови, срцева слабост, нарушување во крварењето, други системски нарушувања пред третманот треба да се земат лековите што ги користи, бидејќи нивното присуство влијае на третманот што ќе го направи докторот.

8. Дали пациентот има гадење, повраќање, несвестица, амнезија, главоболка, проблеми со видот или конфузност после незгодата? Потврден одговор на било кое од овие прашања може да индицира на интракранијална повреда и да го насочи стоматологот да овозможи медицинска консултација веднаш после завршениот третман. Ако пациентот се уште ги има овие симптоми или ако пациентот не се чувствува или не изгледа добро веднаш треба да се упати во поголема здравствена установа. Животот на пациентот не треба да се загрози за да се сочува избиениот заб.

9. Дали има пореметување на загризот? Потврден одговор на ова прашање индицира поместување на заб или фрактура на алвеоларниот продолжеток или фрактура на вилицата.

### 3. КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

Ова е можеби најважниот дел од дијагностичкиот процес. Преку прегледот на пациентот кој има повреда на дентоалвеоларни структури не треба да се фокусира само на на тие места. Придружни повреди можат исто така да бидат присутни, анамнезата може да го насочи докторот да ги прегледа и другите регии за знаци од повреди. Виталните знаци како што е пулсот, крвниот притисок и дишење треба да бидат измерени. Вакви тестови можат да се постигнат за време на земање анамнеза. Исто така и менталната состојба се забележува при земањето анамнеза и додека се изведуваат клиничкиот преглед преку посматрање на начинот на кој пациентот реагира на прегледот и одговара на прашања. За време на клиничкиот преглед следниве регии треба рутински да се прегледаат.

#### 1. Екстраорални меко ткивни повреди (рани)

Лацерација, абразија, контузија на кожата се јавуваат најчесто со дентоалвеоларните повреди и треба да се нотираат. Ако е присутна лацерација треба да се одреди и длабочината. Дали е лацерацијата проширена преку целата ширина на усната или образот. Дали има некои витални структури како што се паротидниот дуктус или фаџијалниот нерв да се пресечени со правецот на лацерацијата? Големи лацерации како овие е најдобро да се третираат од орален или максилофаџијален хирург.

#### 2. Интраорални мекоткивни рани

Повредите на орално меко ткиво се многу често придружени со дентоалвеоларни повреди. Пред да се премине на прегледот, може е потребно да се отстранат крвните коагулуми, да се испира со физиолошки раствор и да се исчисти усната шуплина. Региите кои крварат обично добро реагираат на притисок со газа. Мекоткивни повреди треба да се забележат и при прегледот треба да сме сигурни каде има страни тела како коронки од забите или цели заби, заедно со делови од усните, под на усна празнина, образи или други регии. Докторот исто така треба да нотира и кои регии се со голем губиток на меко ткиво, затоа што крвното снабдување кон делот од ткивото може да биде нарушено.

3. Фрактура на вилицата или на алвеоларниот продолжеток. Фрактурите на вилиците најчесто се откриваат на палпација. Бидејќи болката може да биде многу јака после повредата, прегледот ќе биде отежнат. Крварење на подот на усната празнина или лабијалниот вестибулум може да индицира за фрактура на вилицата. Деловите алвеоларниот процесус кои се скршени најдобро се откриваат со визуелен преглед и палпација.

4. Преглед на коронката на забот за присуство на фрактура или експонирање на пулпата. За адекватен преглед забите треба да се исчистат од крвта. Секоја фрактура треба да биде нотирана. Важно е и се нотира длабочината на фрактурата. Дали е проширена на дентинот или на пулпата?

5. Дислокација на забот. Забите можат да бидат дислоцирани во било кој правец. Најчесто тие се поместени во буко-лингвален правец, но исто така можат да бидат интродирани или екструдирани. Кај најтешкиот случај на дислокација на забот е авулзија или избивање што значи дека забот е целосно поместен од алвеоларната чашка. Проверка на оклузијата на забите може да ни овозможи помош при одредување на минимални поместувања на забот.

6. Мобилност на забот. Сите заби треба да бидат проверени за нивната мобилност во вертикален и хоризонтален правец. Забот што изгледа дека не е мобилен но има значајна мобилност може да има

прикриена фрактура на коренот. Ако соседниот заб се движи заедно со забот кој се тестира, треба да се посомневаме во дентоалвеоларна фрактура.

7. Перкусија на забот . кога забот не изгледа дека е поместен но сеуште има болка во тој предел при перкусија се одредува каде периодонталниот лигамент има претрпено некоја повреда.

8. Тестирање на пулпата на забот. Иако многу ретко се користи при акутни повреди, тестот на виталност (кој предизвикува реакција од забот) може да не насочи за видот на терапијата на забот откако откако повредата ќе се санира. Може да се добије лажно-негативен резултат, така да забот треба уште еднаш да се тестира неколку недели подоцна и пред да се прави ендодонтска терапија.

#### 4. ЗАКЛУЧОК

Преку анамнезата, клиничкиот и радиолошкиот преглед докторот треба да може да го определи планот на терапија. Некои околности може да придонесат да се остави не третирана помала повреда од самиот доктор. Сериозен проблемот за докторот најчесто настанува кага повредениот пациент не соработуваат, а тоа се најчесто деца. Комбинација на траума кај детето и неговиот страв од стоматолог придонесува обична хирушка процедура да биде невозможна без општа анестезија.

#### КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- [1] Драговиќ М. (1988). Ургентна хирургија врата. Медицинска књига. Београд, Загреб.
- [2] Juniper R. (1990). Emergencies in dental practice diagnosis and management. Heinemann med books, Oxford.
- [3] Петовиќ В, Гавриќ М.(2001). Ургентна стања. Издавачка куќа “Драганиќ”, Београд.
- [4] Но М, Mills J. (1985). Ургентна медицина – савремена дијагностик и лечење, Савремена администрација, Београд.