

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ТРАВМЫ И ОПУХОЛИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ**

*Учебное пособие к практическим занятиям
для врачей-интернов, клинических ординаторов
стоматологических факультетов*

Санкт-Петербург
СпецЛит
2015

Составители:

Фищев С. Б. — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии СПбГПМУ;

Климов А. Г. — кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой стоматологии СПбГПМУ;

Березкина И. В. — кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии СПбГПМУ;

Севастьянов А. В. — кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии СПбГПМУ

Рецензенты:

Иорданишвили А. К. — доктор медицинских наук, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации;

Лепилин А. В. — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГПОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В77

Воспалительные заболевания, травмы и опухоли челюстно-лицевой области у детей : учебное пособие к практическим занятиям для врачей-интернов, клинических ординаторов стоматологических факультетов / С. Б. Фищев, А. Г. Климов, И. В. Березкина, А. В. Севастьянов. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. — 55 с. —

ISBN 978-5-299-00618-6

Учебное пособие предназначено для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по хирургической стоматологии студентов стоматологического и педиатрического факультетов. Для каждой темы определены актуальность и цель занятия, указаны источники литературы, необходимые для формирования базисных знаний и изучения темы, приводятся задания для определения исходного уровня знаний и задания для определения полученных знаний.

УДК 616.31-02

СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения.	4
Тема № 1. Травма челюстно-лицевой области у детей	5
Литература	13
Тема № 2. Одонтогенный периостит. Остеомиелиты челюстей	14
Литература	28
Тема № 3. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области	28
Литература	36
Тема № 4. Опухоли мягких тканей лица и полости рта. Опухо- ли челюстей. Опухоли слюнных желез	36
Литература	44
Тема № 5. Пороки развития челюстно-лицевой области	44
Литература	55

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

- КТ — компьютерная томография
- ПХО — первичная хирургическая обработка
- ФТЛ — физиотерапевтическое лечение
- ЧЛО — челюстно-лицевая область

ТЕМА № 1

ТРАВМА ЧЕЛЮСТНО–ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Содержание занятия

Частота повреждений челюстно-лицевой области у детей. Раны лица: классификация, клиника, особенности, лечение. Повреждения костей лицевого скелета, особенности в детском возрасте, повреждения зубов, травма полости рта. Перелом нижней челюсти, вывих нижней челюсти. Перелом верхней челюсти, скуловой кости и скуловой дуги.

Цель занятия

Ознакомиться с типами повреждений челюстно-лицевой области в детском возрасте, принципами лечения и диспансерного наблюдения, исходами повреждений. Научиться оказанию первой помощи и уходу за детьми, перенесшими травму челюстно-лицевой области. Определить роль педиатра в дальнейшем наблюдении за больными.

Повреждения челюстно-лицевой области (ЧЛО) у детей, по данным Н. Г. Дамье (1960), встречаются в 8 % случаев по отношению ко всем повреждениям в детском возрасте. Наиболее часто у детей наблюдается травма мягких тканей лица и полости рта. Обычно это результат бытового травматизма (на улице, в дорожно-транспортном происшествии, при занятии спортом), встречаются также случаи огнестрельного повреждения. Недостаточный надзор за ребенком, несоблюдение детьми правил дорожного движения часто приводят к травме. Возрастной фактор определяет характер повреждений, что связано с анатомическими особенностями в определенном возрасте. Чем меньше ребенок, тем больше слой подкожно-жировой клетчатки и эластичнее кости лицевого скелета, следовательно костные повреждения встречаются реже, чем травма мягких тканей (ушибы, гематомы, ссадины, раны). С появлением нижних центральных резцов становятся возможными различные раны языка, ребенок может прикусить язык, к примеру, во время падения. С возрастом, когда ребенок начинает брать в рот различные предметы, появляется вероятность получения раны слизистой оболочки и нёба. У детей 3–5 лет в результате падения происходят вывихи и переломы зубов, обычно во фронтальном отделе челюсти. Переломы костей лица чаще отмечаются у детей старшего возраста, однако могут возникать и у новорожденных при акушерском пособии.

Медицинскую помощь, оказываемую детям, можно разделить на неотложную и специализированную. Неотложная помощь оказывается в том учреждении, куда поступает больной, она направлена на устранение факторов, угрожающих жизни ребенка — шока, асфиксии, кровотечения. Осуществляется транспортная мобилизация. Специализированная помощь заключается в первичной хирургической обработке ран и в лечебной иммобилизации отломков, если повреждение мягких тканей сочетается с повреждением костей лицевого скелета.

Раны классифицируются как **изолированные**, когда имеется только повреждение мягких тканей, и **сочетанные**, когда повреждения мягких тканей сочетаются с повреждениями костей лицевого скелета и зубов. Раны бывают **единичными** и **множественными**, **проникающими** (в полость рта, носа, глазницу, череп) и **непроникающими**, с **дефектом** и **без дефекта** тканей. По характеру ранящего предмета они бывают **резаными**, **колотыми**, **рваными**, **ушибленными**, **укушенными**, что чаще встречается в детском возрасте. **Огнестрельные** раны у детей встречаются реже.

К негативным особенностям ран челюстно-лицевой области относят:

1. Обезображивание лица.
2. Нарушение функции речи и жевания.
3. Опасность повреждения жизненно важных органов — головного мозга, глаз, органов слуха, верхних дыхательных путей, крупных сосудов и нервов.
4. Вероятность повреждения зубами, которые, будучи кариозными, являются дополнительным инфицирующим, а иногда и ранящим фактором.
5. Сложность при постановке диагноза по причине несоответствия вида пострадавшего тяжести повреждения.
6. Особенности ухода: большинство таких больных нуждаются в специальном уходе и питании. Питание осуществляется из поильника жидкой пищей, при крайне тяжелых состояниях — через зонд.

К положительным особенностям необходимо отнести:

1. Повышенную регенеративную способность тканей лица.
2. Резистентность тканей к микробному загрязнению.

Данные особенности обусловлены богатством кровоснабжения и иннервации. При повреждении приротовой области, несмотря на вытекание слюны, попадание пищи, раны регенерируют хорошо за счет наличия в приротовой области значительного количества соединительной ткани с низко дифференцированными клеточными элементами, являющимися потенциалом регенерации тканей.

Косметические соображения при обработке ран лица диктуют применение бережных хирургических приемов. Первичная хирургическая обработка ран лица наиболее эффективна в первые 24 ч с момента травмы. Однако при применении антибиотиков, а также учитывая особенности челюстно-лицевой области первичная хирургическая обработка может производиться и в течение 36 ч с момента травмы. Перед обработкой ран нужно провести тщательное рентгенологическое обследование для диагностики возможных костных повреждений. Первичная хирургическая обработка раны (ПХО) включает в себя: туалет раны, остановку кровотечения, удаление инородных тел, ревизию раны (с осмотром стенок и дна раны), иссечение нежизнеспособных краев и ее послойное ушивание.

Туалет раны проводят после обезболивания антисептическими препаратами (фурацилин, водный раствор хлоргексидина, катапол, октенисепт и т. д.). Имеет значение исключительно механическая обработка раны этими растворами, что значительно снижает риск присоединения гнойного воспаления. Ревизию раны проводят во всех случаях, что при знании анатомии позволяет обнаружить повреждение важных анатомических образований и провести их скорейшее полноценное хирургическое восстановление. Это позволяет избежать серьезных последствий, а в некоторых случаях и инвалидности. Так, например, незамеченное повреждение ветвей лицевого нерва приводит к стойкому параличу лицевой мускулатуры и восстановить функцию нерва подчас бывает невозможно. Незамеченное повреждение мышц лица приводит к нарушению мимики или функции жевания, а повреждение слюнных желез (особенно околоушной) может стать причиной образования слюнных свищей.

При осмотре полости рта определяют размеры разрыва слизистой оболочки, наличие повреждений языка. Колотая рана должна быть рассечена до дна, чтобы была возможность провести полноценную ревизию раны для выявления повреждения важных анатомических структур и в дальнейшем их восстановления. Особенность обработки ран лица зависит от времени, прошедшего с момента получения травмы, а также характера и локализации повреждения. Раны полости рта, языка, приротовой области, области углов рта, угла глаза, крыльев носа зашивают без иссечения краев. Экономное иссечение делают лишь в том случае, когда края раны сильно разможжены. Накладывают первичный глухой шов, что дает хороший косметический результат и предотвращает смещение и выворот в области углов рта, глаза, крыльев носа. Во всех областях лица и шеи при ушивании ран послойно восстанавливают все поврежденные

структуры (слизистая, мышцы, кожа с подкожной клетчаткой) до дренажа. При повреждении ветвей лицевого нерва, сосудов и нервов шеи необходимо их обязательное восстановление.

Если рана без дефекта тканей, ее закрывают простым сближением краев (на себя). Если направление раны прошло не по ходу естественных складок лица, желательнее провести первичную пластику с использованием фигур встречных треугольных лоскутов, особенно в области внутреннего угла глаза, носогубной борозде, на местах изменения рельефа с выпуклого на вогнутый и т. д. При наличии дефекта возможна первичная пластика с использованием близлежащих тканей, путем перемещения лоскута на ножке или встречных треугольных лоскутов. В случаях, связанных с травматической ампутацией участка тканей (кончик носа, ушная раковина), необходимо доставить в стационар ампутированный сегмент тканей в условиях холодовой ишемии, что позволяет провести реплантацию с хорошим косметическим результатом или использовать части этих тканей для пластического восстановления дефекта.

Особое место в детской практике занимают укушенные раны. Это чаще всего грубые повреждения мягких тканей с травматизацией важных анатомических структур. Эти раны всегда сопровождаются массивным микробным загрязнением, раздавливанием краев. Принято считать, что укушенные раны практически всегда нагнаиваются и ушивание их бесполезно. Но при тщательно проведенной ПХО раны в короткие сроки после получения травмы (до 12–24 ч) и применении антибактериальной терапии возникновение осложнений практически не встречается. Это позволяет получить хороший результат лечения таких тяжелых травм.

Для получения хорошего косметического результата необходимо применение подходящего шовного материала. Так, мышцы и клетчатка чаще восстанавливаются рассасывающимся шовным материалом (кетгут, викрил), для кожных швов применяется искусственная проленовая монофиламентная нить от 5/0 до 7/0. Такой шовный материал не вызывает воспалительной реакции в отличие от капрона и шелка и позволяет избежать грубых рубцов. При обширных, глубоких и укушенных ранах часто применяют дренирование раны тонкими полосками из перчаточной резины. Бесшовное сближение краев раны с помощью полос липкого пластыря применять не следует, особенно на активно подвижных поверхностях лица, так как, пропитываясь содержимым раны и слюной, пластырь не удерживает края раны, они расходятся и в последующем образуется грубый рубец. При гладком течении раневого процесса и при отсутствии натяжения швы на лице можно снимать на 4–7-й день после операции. Далее по

показаниям назначают массаж рубцов с контрактубексом и ФТЛ. Швы на языке накладывают длительно рассасывающимся шовным материалом и снимают не ранее 10-х суток.

Повреждения зубов: наиболее часто встречаются ушибы, в результате возникает небольшая подвижность зубов. Если повреждается пульпа, то зуб приобретает темную окраску. При вывихе изменяется его положение. Иногда встречается внедренный или вколоченный вывих, тип зависит от направления действующей силы. При вколоченном вывихе зуб смещается в сторону тела челюсти. Перелом зуба может произойти в любом отделе (корне, коронке), в этом случае стараются сохранить постоянный зуб. Вколоченный вывих лечения не требует, зуб через 6 мес. восстанавливается в зубной дуге. При значительной подвижности зубов необходимо шинирование. В случае полного вывиха постоянного зуба возможно проведение реимплантации.

Повреждения костей лицевого скелета могут наблюдаться с момента рождения — это повреждения при акушерском пособии в родах. Чаще всего происходит перелом тела нижней челюсти по средней линии, мышцелкового отростка головки нижней челюсти, либо скуловой дуги. Часто травма костей лица остается нераспознанной и диагностируются лишь ее последствия: деформация костей лица, нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава. По данным Г. А. Котова (1973), переломы челюстей в детском возрасте составляют 31,3 % от травм ЧЛО.

Перелом нижней челюсти. Часто у детей наблюдаются поднадкостничные переломы, чаще всего они бывают в боковых отделах нижней челюсти. Как правило, это переломы без смещения. Переломы по типу «зеленой ветки» или «ивового прута» — это полные переломы, локализующиеся в области мышцелковых отростков.

Травматический остеолит наблюдается при отрыве головки нижнечелюстного сустава. Его можно сравнить с эпифизолизом длинных трубчатых костей. Переломы нижней челюсти у детей старшего возраста чаще встречаются в типичных местах: по средней линии, на уровне премоляров, в области угла нижней челюсти и шейки суставного отростка. Переломы, локализующиеся в пределах зубного ряда, всегда являются открытыми, поскольку слизистая оболочка в момент травмы разрывается. Закрытыми являются поднадкостничные переломы и переломы, локализующиеся в области ветви и шейки суставного отростка нижней челюсти. Линия перелома может проходить в месте расположения зубного зачатка постоянного зуба, который, несмотря на травму, в большинстве случаев не погибает, и поэтому его не удаляют. Если же зубной зачаток некротизируется,

он отделяется самопроизвольно, как секвестр. Молочные зубы, оказавшиеся в линии перелома, удаляют.

При переломах нижней челюсти дети жалуются на боль в месте повреждения, на затрудненную речь, отсутствие возможности жевания и смыкания зубов. При внешнем осмотре отмечают асимметрию лица, полуоткрытый рот, гематома в месте травмы. Осмотр со стороны полости рта дает возможность обнаружить разрыв слизистой оболочки, нарушение прикуса, повреждение зуба. При бимануальном исследовании определяется патологическая подвижность отломков. Для уточнения диагноза производят рентгенологическое исследование.

При оказании первой помощи в поликлинике ребенку накладывают временную, или транспортную, иммобилизацию, для чего используют жесткую подбородочную пращу или накладывают мягкую повязку. В травмпункте можно произвести связывание отломков проволокой, проведенной через межзубные промежутки. В стационаре репозируют отломки, если в этом есть необходимость, и накладывают лечебную иммобилизацию, используя назубные проволочные шины или колпачковые шины из быстротвердеющей пластмассы. Для наложения назубных шин должно быть достаточное количество зубов на всех фрагментах. Кроме того, выбор метода фиксации зависит от возраста. Высота коронок молочных зубов значительно меньше, чем постоянных, длина корней тоже небольшая. Поэтому проволочные шины в возрасте до 3 лет наложить практически невозможно. У детей этой возрастной группы лучше использовать мягкие подбородочно-головные повязки с межчелюстными прокладками или колпачковые шины из быстротвердеющей пластмассы. В 9—10-летнем возрасте применяют назубные металлические шины, при переломах со смещением — двучелюстные с наложением межчелюстного вытяжения. Оперативный метод фиксации показан в случае, если отсутствует возможность использования ортопедических методов (шины). Наиболее рациональным в настоящее время является наложение костного шва или фиксация титановыми минипластинами. После перелома нижней челюсти, особенно в области суставного отростка, может развиваться тугоподвижность в суставе, или анкилоз, а также отставание в росте нижней челюсти, что клинически выражается в нарушении прикуса. В связи с этим необходимо диспансерное наблюдение за ребенком в течение 5—6 лет.

Вывих нижней челюсти. Чаще встречается у детей старшего возраста и бывает преимущественно передним — односторонним или двусторонним. Передний вывих возникает при попытке широко

Учебное издание

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТРАВМЫ
И ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ**

Учебное пособие

Редактор *Медведев Н. В.*
Корректор *Полушкина В. В.*
Компьютерная верстка *Тархановой А. П.*

Подписано в печать 27.10.2014.

Формат 60 × 88 ¹/₁₆.

Печ. л. 3,5

Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“»
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15,
тел./факс: (812)495-36-09; 495-36-12
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии «L-PRINT»
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н

ISBN 978-5-299-00618-6



9 785299 006186