



**ГБОУ ВПО Московский Государственный Медико-
Стоматологический Университет им.А.И.Евдокимова**

КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Заведующий кафедрой

доктор медицинских наук, профессор О.З. Топольницкий

ТРАВМА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.

КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

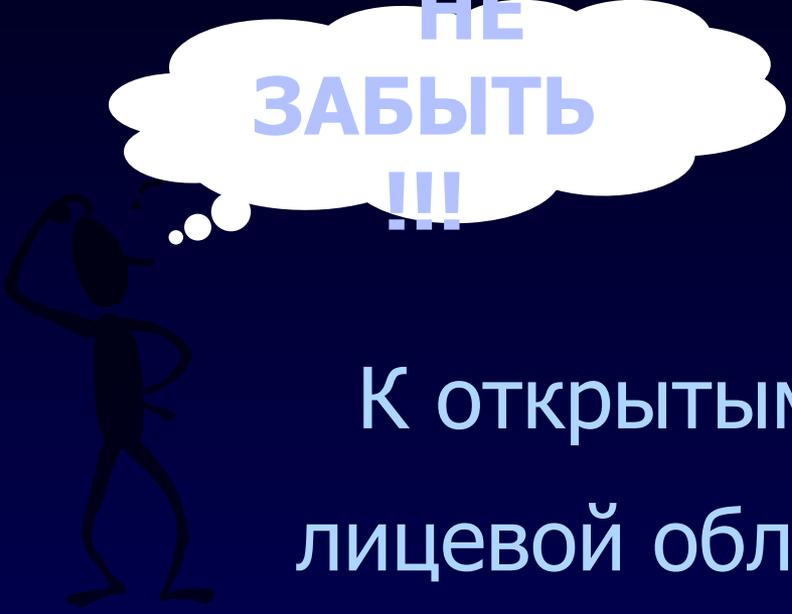


АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ И КОСТЕЙ ЛИЦА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

- ✓ наличие молочных зубов и зачатков постоянных зубов в верхней и нижней челюстях
- ✓ меньшая прочность
- ✓ значительный объем губчатого вещества
- ✓ тонкий кортикальный слой
- ✓ зоны роста
- ✓ слабовыраженная минерализация кости

ТИПИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ЛИЦА У ДЕТЕЙ

1. Родовая травма
2. Ушибы кости и надкостницы
3. Переломы по типу «зеленой ветки»
4. Поднадкостничные переломы
5. Полный перелом без смещения отломков
6. Перелом со смещением отломков
7. Травматический остеолит

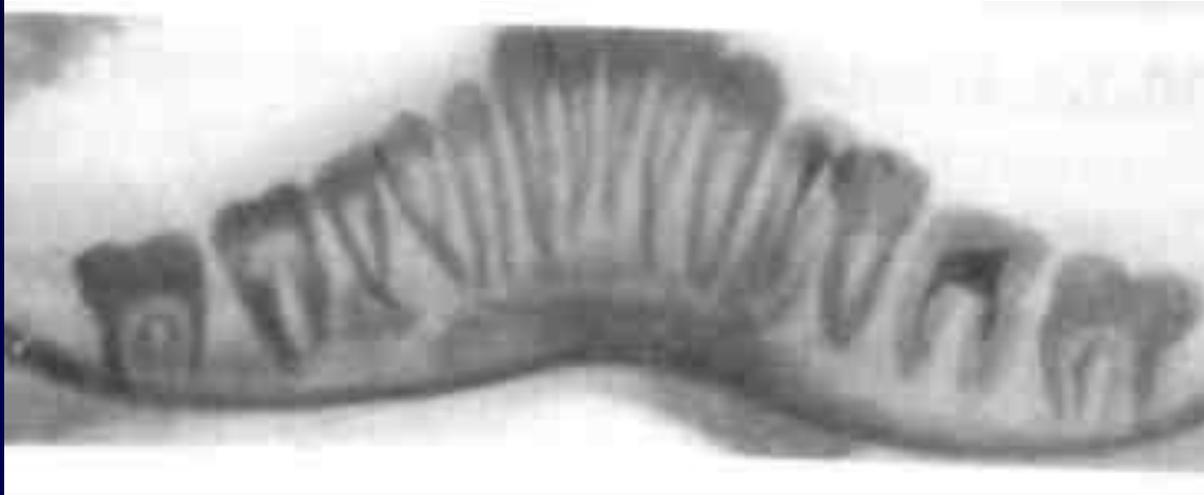


НЕ
ЗАБЫТЬ
!!!

К открытым травмам челюстно-
лицевой области относят все виды
повреждений, проходящих через
лунки зубов, воздухоносные пазухи,
полость носа

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА УШИБА КОСТИ И НАДКОСТНИЦЫ

- ✓ Протекают по типу закрытой травмы (без ссадин, царапин, ран на коже)
- ✓ Чаще встречаются на нижней челюсти
- ✓ Приводят к развитию асептического воспаления с последующим формированием гиперостоза
- ✓ Не диагностируются в ранние сроки (рентгенологически может определяться утолщение надкостницы)
- ✓ Ушиб надкостницы способствует усиленному периостальному построению кости
- ✓ Утолщение кости возникает через 3 – 4 недели после травмы (рентгенологически - напластование костных разрастаний на поверхности кости)



Травматический гиперостоз через 6 мес после травмы

ПЕРЕЛОМЫ ПО ТИПУ «ЗЕЛЕННОЙ ВЕТКИ» ИЛИ «ИВОВОГО ПРУТА»

Наблюдается разрыв компактной пластинки и губчатого вещества только по наружной поверхности кости, а с внутренней поверхности компактная пластинка непрерывна.

Надкостница внутренней поверхности сохраняет целостность и препятствует дальнейшему смещению фрагментов

Если такие переломы своевременно не диагностируются, через некоторое время (5—7 дней) они могут стать полными переломами с типичным смещением фрагментов, что обуславливается развитием воспалительных изменений в области перелома и под влиянием функции челюсти.

ПОДНАДКОСТНИЧНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ

характеризуются тем, что сломанная кость остается покрытой надкостницей

Чаще всего наблюдаются в боковом отделе нижней челюсти, скуловой кости. Смещение отломков в таких случаях не отмечается или незначительное.

Поднадкостничные переломы в детском возрасте диагностируются трудно. У этой группы костных повреждений отсутствуют классические клинические признаки (нарушения прикуса и функции, крепитация).

Эти переломы костей сопровождаются болью в месте приложения силы и изменениями мягких тканей (ушиб, гематома, рана). Таким образом, истинные признаки повреждения нивелируются.



Поднадкостничный перелом тела нижней челюсти без смещения фрагментов. Линия перелома проходит через зачаток клыка

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОСТЕОЛИЗ

Механизм процесса неясен, условно его можно сравнить с травматическим эпифизеолизом трубчатых костей

Рентгенологически обнаруживают полное рассасывание костного вещества. Исчезновение контуров головки нижней челюсти выявляется через 2—3 мес после травмы.

В более поздние сроки развиваются дефект и деформация дистального конца ветви нижней челюсти, выполняющего функцию ложного сустава.

Формируется неоартроз. Движения нижней челюсти сохраняются в полном объеме. Если травма произошла в первые годы жизни ребенка, к 7—12 годам можно видеть отставание роста одной половины нижней челюсти.

ПЕРЕЛОМЫ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

- Чаще бывают у детей 8— 11 лет,
- Травмированный фрагмент:
 - подвижен при полных переломах
 - ограниченно подвижен
 - занимает различное положение
- Отмечается дизокклюзия зубов.

сопровождаются разрывами слизистой оболочки и подлежащих мягких тканей, а также вывихом или переломом зубов

ПЕРЕЛОМЫ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

- При диагностике требуется тщательный выбор варианта рентгенологического исследования.
- Вывихи и переломы зубов затрудняют диагностику переломов альвеолярного отростка.
- Травмы боковых отделов альвеолярного отростка у детей крайне редки, как правило такие переломы встречаются в переднем отделе.

ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

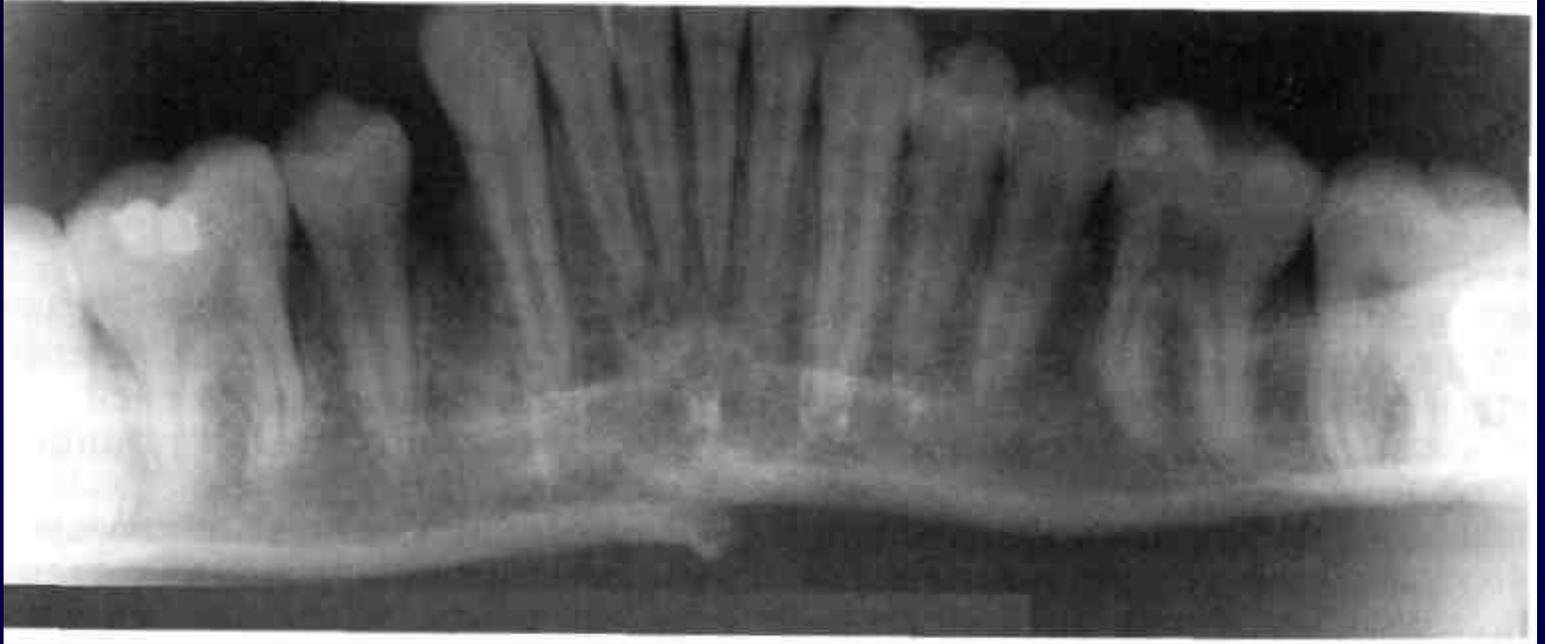
У детей переломы верхней челюсти второго и третьего уровня могут сочетаются:

- с черепно-мозговой травмой
- с переломами основания черепа
- с переломами нижней челюсти
- с переломами наружного носа
- с переломами глазницы
- с переломами скуловой кости и дуги.

Ранняя диагностика и своевременная репозиция отломков являются важными факторами профилактики бронхолегочной недостаточности, предупреждают усугубление течения черепно-мозговой травмы, шока, способствуют остановке кровотечения и распространению инфекции.

ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- по типу «зеленой ветки» или поднадкостнично:
типичные признаки перелома отсутствуют
- полные переломы:
 - смещение отломков
 - нарушение целостности слизистой оболочки
 - неполный или полный вывих зубов в линии перелома
- двусторонний полный перелом
 - дизокклюзия в результате смещения нижней челюсти кзади
 - контакт имеется только на последних зубах
 - клинически выражена сагиттальная щель



Перелом тела нижней челюсти со смещением фрагментов.

ПЕРЕЛОМЫ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА

□ одностороннее повреждение

- ограничение открывания рта
- нарушение окклюзии
- латеральный сдвиг нижней челюсти
- отсутствие движения в ВНЧС

□ двустороннее повреждение

- дизокклюзия по типу открытого прикуса
- смещение челюсти кзади
- ограничение движения челюсти

При этом виде перелома может произойти вывих головки нижней челюсти. Переломы мышцелкового отростка нередко сочетаются с повреждением мягкотканых структур ВНЧС.

ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВОЙ КОСТИ

Не бывают изолированными.

Скуловая кость, как правило, не ломается, а внедряется в верхнечелюстную пазуху, разрушая ее переднюю стенку. Этот вид повреждения рассматривают как сочетанный или множественный скуло-челюстной перелом.

ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВОЙ ДУГИ

чаще всего бывают закрытыми

Абсолютным признаком такого повреждения является нарушение движений нижней челюсти вследствие механического препятствия, созданного отломками дуги для движений венечного отростка.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ ЧЕЛЮСТЕЙ

В отличие от травматического перелома это нарушение целостности кости, измененной каким-нибудь предшествовавшим патологическим процессом

Наиболее частой причиной таких переломов челюстей являются новообразования костей, реже хронические остеомиелиты.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ

восстановление анатомической целостности и функции поврежденной кости

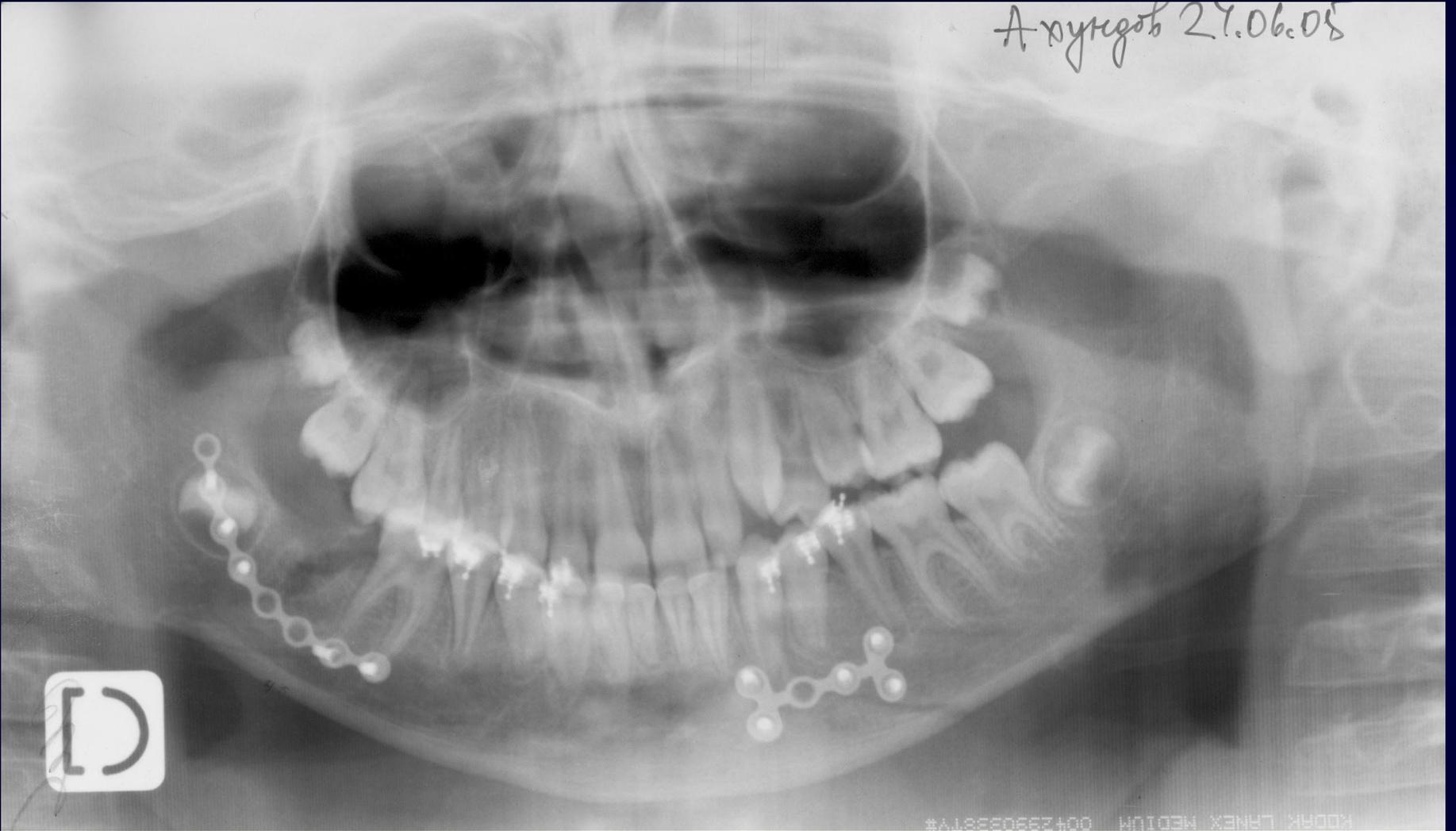
- Репозиция отломков
- Фиксация отломков в правильном положении
- Иммобилизация челюстей
- Предупреждение осложнений
 - травматический остеомиелит
 - гайморит
 - абсцессы
 - флегмоны





C. H. 141105

A. pyrogob 27.06.08



KODAK LAMEX MEDIUM 00+23903381V#

Переломы нижней челюсти

Если переломы происходят по типу «зеленой ветки» или поднадкостнично, типичные признаки (нарушения прикуса, функции, подвижность отломков) перелома отсутствуют. Интенсивно нарастающий отек, гематомы, особенно в области дна рта, нарушают артикуляцию, вызывают слюнотечение, боль.

При полных переломах тела нижней челюсти смещение отломков обусловлено направлением действующей силы, функцией жевательных мышц и размером фрагментов. Нарушение целостности слизистой оболочки, подвижность или полный вывих зубов в линии перелома наблюдаются почти во всех случаях.

При двустороннем полном переломе этой локализации отмечается дизокклюзия в результате смещения нижней челюсти кзади, и контакт зубов верхней и нижней челюстей имеется только на последних зубах; клинически выражена сагиттальная щель (открытый прикус).