

Острая травма мягких

тканей лица, зубов и

костей лицевого

скелета у детей

ТРАВМА

- Травма - внезапное воздействие на ткани и органы челюстно-лицевой области ребенка фактора внешней среды, приводящее к нарушению анатомической целостности, функции и физиологических процессов травмированного отдела или конкретного органа у пострадавшего. Разнообразные факторы внешней среды определяют причину детского травматизма:
 - родовая травма;
 - бытовая травма

- • уличная травма (транспортная, нетранспортная). Транспортная травма самая тяжелая. Как правило, она сочетанная; в этот вид входят черепно-челюстно-лицевые повреждения. Эти травмы приводят к инвалидности и могут быть причиной гибели ребенка;
- • спортивная;

ТРАВМА ЗУБОВ

- Большинство повреждений зубов у детей вызвано падениями или несчастными случаями во время игры.
- В настоящее время существует несколько классификаций острой травмы зубов (ОТЗ).
- По классификации ВОЗ выделено 8 классов ОТЗ:
 - 1. Ушиб зуба с незначительными структурными повреждениями.
 - 2. Неосложненный перелом коронки зуба.
 - 3. Осложненный перелом коронки зуба.
 - 4. Полный перелом коронки зуба.
 - 5. Коронково-корневой продольный перелом.
 - 6. Перелом корня зуба.
 - 7. Вывих зуба (неполный).
 - 8. Полный вывих зуба.

Классификация острой травмы зубов (по Чу-прыниной Н.М., 1985):

- 1. Ушиб зуба.
- 2. Вывих зуба. 2.1. Неполный:
 - а) без смещения зуба;
 - б) со смещением в сторону соседнего зуба;
 - в) с поворотом зуба вокруг продольной оси;
 - г) со смещением коронки в вестибулярном направлении;
 - д) со смещением коронки в сторону полости рта;
 - е) со смещением коронки в сторону ок-клюдзионной плоскости.

- 2.2. Вколоченный.

- 2.3. Полный.

- 3. Трещина.

- 4. Перелом (поперечный, косой, продольный):

- а) коронки в зоне эмали;

- б) коронки в зоне эмали и дентина без вскрытия полости зуба;

- в) коронки в зоне эмали и дентина с вскрытием полости зуба;

- г) зуба в области эмали, дентина и цемента;

- д) корня в пришеечной, средней и верхушечной частях.

- 5. Сочетанные (комбинированные) травмы.

- 6. Травма зачатка.



УШИБ ЗУБА

- Закрытое механическое повреждение зуба без нарушения его анатомической целостности. При этом происходит повреждение связочного аппарата зуба. Смещения и подвижности зуба нет (или подвижность незначительна). Механическая сила, воздействующая на зуб при ушибе,
- недостаточна для появления на нем видимых структурных разрушений, поэтому визуально зуб выглядит интактным



НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ ЗУБА

- У постоянных зубов перелом не выходит за пределы эмали и дентина, и пульповая камера не вскрыта. Временные зубы чаще подвергаются вывиху, чем перелому, поскольку их корни относительно короткие, а костная ткань челюстей слабо минерализирована.



ПОЛНЫЙ ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ ЗУБА

- Происходит чаще на уровне пульпы. Клинически определяется отсутствие коронки зуба; иногда коронка зуба удерживается только круговой связкой. Всегда сопровождается разрывом пульпы, иногда она выступает в виде сосочка над поверхностью. Отмечается реакция на температурные и механические воздействия, боль, кровотечение.



НЕПОЛНЫЙ ВЫВИХ ЗУБА

- Характеризуется изменением положения коронки в зубном ряду и смещением корня по отношению к стенкам альвеолы.
- Ребенок жалуется на боль, болезненность при прикосновении, изменение положения зуба в зубном ряду. При осмотре может наблюдаться отек губы, ссадины, иногда гематома или рана мягких тканей. При неполном вывихе повреждаются периодонт и костная ткань стенки лунки. Пульпа не всегда погибает, особенно в не-сформированном зубе. По мере формирования корня вероятность разрыва сосудисто-нервного пучка увеличивается. Волокнистая структура периодонта повреждается частично.
- Усиление воспалительного процесса через 2-3 дня после травмы или позже указывает на гибель пульпы. О гибели свидетельствуют потемнение коронки, прекращение формирования корня, деструкция кортикальной пластинки у корня

ПОЛНЫЙ ВЫВИХ ЗУБА

- Это внедрение корня в костную ткань альвеолярного отростка. Возникает при ударе по режущему краю, всегда сопровождается растяжением, надрывом или полным разрывом тканей перио-донта, сдавлением костной ткани альвеолы.
- Рентгенологически имеет все признаки неполного и полного вывиха, определяются травмирование стенок альвеол на всем протяжении, исчезновение периодонтальной щели, разрушение дна альвеолы, проекция верхушки корня поврежденного зуба выше соседних. При вколоченном вывихе несформированного зуба
- ростковая зона проецируется уменьшенной или отсутствует.
- Ребенок жалуется на боль, укорочение или исчезновение коронки зуба, кровотечение из десны. Верхушка корня вколоченного временного зуба может травмировать соответствующий зачаток постоянного.

Переломы костей лица

- Они делятся на:
- 1) травматические;
- 2) патологические (самопроизвольные, спонтанные при наличии опухоли, воспалительных процессов). Переломы костей лица составляют 3,8 % всех переломов.
- **Классификация механических повреждений верхней, средней, нижней и боковых зон лица¹ по локализации:**
- а) травмы мягких тканей с повреждением:
 - – языка;
 - – слюнных желез;
 - – крупных нервов;
 - – крупных сосудов.
- б) травмы костей:
 - – нижней челюсти;
 - – верхней челюсти и скуловых костей;
 - – костей носа;
 - – двух костей и более;

- **2) по характеру ранения:** сквозные, слепые, касательные; проникающие в полость рта, не проникающие в полость рта; проникающие в верхнечелюстные пазухи и полость носа;
- **3) по механизму повреждения:**

 - а) огнестрельные: пулевые, осколочные, шариковые, стреловидными элементами;
 - б) комбинированные поражения;
 - в) ожоги;
 - г) отморожения.

- Повреждения лица могут быть изолированным, одиночными, изолированными, множественными: сочетанными изолированными (сопутствующие и ведущие), сочетанными множественными (сопутствующие и ведущие).
- Переломы, сопровождающиеся повреждением кожных покровов и слизистой оболочки полости рта, носа, считаются открытыми (все переломы в пределах зубного ряда). Переломы без повреждения мягких тканей принято считать закрытыми. Проникающими называются повреждения, при которых рана соединяется с полостью рта, носа, придаточными пазухами, глоткой, трахеей.
- *Клиническая картина:* резкие боли, полуоткрытый рот, слюнотечение, невнятная речь, расстройства жевания, глотания, изменение формы лица, нарушение прикуса, патологическая подвижность отломков, нарушение функций черепно-мозговых нервов, гематома, болезненная припухлость, отек лица.

Переломы альвеолярного отростка

- Встречаются чаще на верхней челюсти, сопровождаются переломами или вывихами зубов.
- *Клиническая картина:* нарушение прикуса, разрывы слизистой оболочки по линии перелома, кровоизлияния в области преддверия полости рта, патологическая подвижность участка альвеолярного отростка, затруднения при жевании и речи, переломы и вывихи зубов. Диагноз ставится по результатам рентгенологического исследования.
- *Лечение.* Удаление отломков отростка вместе с прилежащими зубами, так как их приживление невозможно. Острые костные края сглаживают и укрывают лоскутами из быстротвердеющей пластмассы.

- Повреждения мягких тканей лица, к сожалению, довольно часто возникают в повседневной жизни в силу тех либо иных трагических обстоятельств или по неосторожности -

например: в результате воздействия термических факторов в виде ожогов и отморожений, под влиянием лучевых агентов и разнообразных химических веществ, а также вследствие механической травмы (бытовой, транспортной, уличной, реже производственной и спортивной).



- В ряде случаев помимо мягких тканей страдают и подлежащие кости лицевого скелета, наружного носа. Поэтому на сегодняшний день в челюстно-лицевой хирургии принято выделять две большие группы травматических повреждений мягких тканей. Первая - это изолированные, не сопровождающиеся вовлечением в патологический процесс костной ткани. Они могут быть без нарушения целостности кожных покровов лица и слизистой оболочки ротовой полости (ушибы) или сопровождаться таковым (ссадины, неглубокие раны). Вторая группа - так называемые сочетанные повреждения мягких тканей и костей лицевого черепа, которые также могут быть как с нарушением целостности покровных тканей, так и без него



- Ушибы возникают в результате удара небольшой силы по лицу с использованием тупого предмета и характеризуются повреждением подкожной клетчатки и подлежащих мышц без разрыва кожи. Объективно имеет место кровоизлияние и выраженный посттравматический отёк мягких тканей. Гематомы обычно исчезают на двенадцатые-четырнадцатые сутки, постепенно приобретая зеленоватую, а затем желтую окраску. В первые день-два после получения травмы рекомендуют прикладывать холод на место ушиба, а затем для ускорения процесса рассасывания кровоподтёка назначают тепловые процедуры.

- Ссадины чаще всего наблюдаются на коже лба, в области подбородка, скул, носа и, как уже было сказано выше, сопровождаются нарушением целостности поверхностных слоёв кожи. Наложения швов они не требуют - вполне достаточно произвести обработку кожи антисептическим средством, смазать зону повреждения раствором бриллиантовой зелени либо 5%-ной настойкой йода. Заживают ссадины под корочкой, для того чтобы она быстрее образовалась и не было мокнутия раневой поверхности из-за выделения лимфы и плазмы, раневую поверхность несколько раз смазывают раствором перманганата калия в разведении 1:10 (иногда берут более концентрированный), делая перерыв после каждой обработки около пяти минут.



- При ударах острыми предметами по лицу возможно образование ран мягких тканей, которые в зависимости от протяжённости раневого канала могут быть поверхностными (то есть не выходящими за пределы кожи и подкожной клетчатки) либо глубокими (с повреждением мышц, сосудов и нервов). Иногда раны лица проникают в полость носа, рта, в придаточные пазухи либо сочетаются с травмой глаз, мозгового черепа.

- Ожоги, некоторые травматические повреждения, огнестрельные ранения на лице образуют настолько обширные дефекты, что это ведёт к нарушению некоторых жизненно-важных функций, таких как носовое дыхание, глотание, жевание, артикуляция. К тому же, подобные функциональные расстройства сопровождаются и значительными эстетическими изменениями. В месте травмы достаточно быстро появляются кровоизлияния и нарастает реактивный отёк мягких тканей. В таких ситуациях следует безотлагательно обращаться за медицинской помощью.

Лечение

- 1. Начинать специальное лечение детей нужно с выбора метода обезболивания. У детей все манипуляции (включая детальный осмотр раны) предпочтительно проводить с обезболиванием. При отсутствии возможностей использования наркоза применяют местное обезболивание - инфильтрационное и/или проводниковое (по показаниям). Анестетики, как известно, оказывают ингибирующее действие на заживление ран, что обусловлено угнетением синтеза мукополисахаридов и коллагена. Повреждение тканей вводимым анестетиком можно уменьшить, изменяя его концентрацию, используя иглу меньшего калибра, осуществляя подход через интактные ткани и удлиняя время введения анестетика (1 мл в течение 10 с) и др. Выбор анестетиков - см. главы "Обезболивание" и "-Удаление зубов".

- 2. Туалет раны - важная врачебная процедура, так как способствует деконтаминации пиогенной флоры и механическому очищению раны; ирригационные мероприятия проводят слабыми растворами перманганата калия, фурацилина, хлортексидина, диоксидина, ферментов и др.
- Разобщение сквозной раны с полостью рта осуществляют путем ушивания раны слизистой оболочки рта. При дефиците слизистой оболочки рану в последующем ведут под тампоном. После ревизии костной раны, удаления из нее свободно лежащих фрагментов, зачатков зубов, осколков, сравнивания острых краев, сопоставления фрагментов фиксацию и иммобилизацию последних проводят одним из консервативных методов (зубонадесневые шины) или хирургических (мини-пластины, микропластины), фиксацию зубов осуществляют разными способами (см. Лечение травм зубов). Хирургический метод фиксации костных фрагментов путем наложения мини-пластин, микропластин, шурупов показан в старшем возрасте. Раны в области твердого неба чаще ведут под йодоформными тампонами, которые

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!