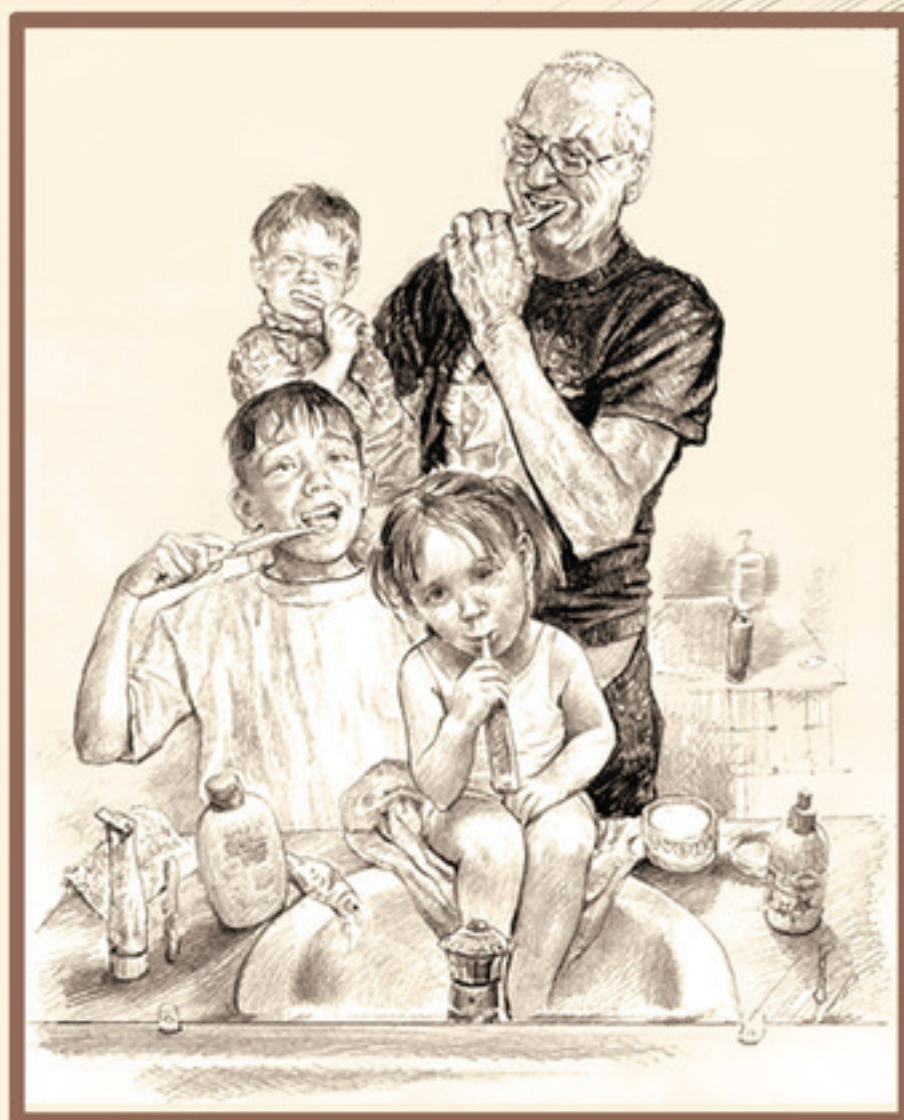


Воспалительные заболевания, травмы и опухоли челюстно-лицевой области у детей

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



Санкт-Петербург
СпецЛит

Воспалительные заболевания, травмы и опухоли челюстно- лицевой области у детей

«СпецЛит»

2014

УДК 6161.31-02

Воспалительные заболевания, травмы и опухоли челюстно-лицевой области у детей / «СпецЛит», 2014

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 6161.31-02

ISBN 978-5-299-00618-6

, 2014

© СпецЛит, 2014

Содержание

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ	5
ТЕМА № 1	6
ТЕМА № 2	12
Конец ознакомительного фрагмента.	15

Воспалительные заболевания, травмы и опухоли челюстно- лицевой области у детей

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 разможены. 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, желательно 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, мышечкового 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 ЧЛЮ.

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 мышечковых отростков.

Травматический остеолит наблюдается при отрыве головки нижнечелюстного сустава. Его можно сравнить с эпифизеолизом 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 отмечаются асимметрия 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 открыть рот – крике, зевоте, желании откусить слишком большой кусок пищи.

Клиническая картина. Не закрывается широко открытый рот, наблюдается слюнотечение, неподвижность нижней челюсти. Пальпаторно головки суставных отростков определяются под скуловыми дугами. При одностороннем вывихе рот полуоткрыт и нижняя челюсть смещена в здоровую сторону, нарушен прикус на стороне вывиха. В данном случае также необходимо рентгенологическое обследование, поскольку вывих может сочетаться с переломом шейки суставного отростка.

Лечение. При свежем вывихе можно произвести вправление без обезболивания. Если вывих застарелый, т. е. после травмы прошло несколько дней, то для снятия напряжения мышц производят инфильтрационную анестезию жевательных мышц или же под общим обезболиванием.

Техника вправления вывиха. Больного усаживают на стул. Помощник становится сзади от ребенка и удерживает его голову. Врач находится справа или спереди от больного. Большие пальцы обеих кистей врач обматывает марлей и накладывает на жевательные поверхности нижних больших коренных зубов справа и слева. Остальными пальцами охватывает челюсть снаружи. Затем производят три последовательных движения: надавливая большими пальцами книзу, низводят головку на уровень суставных бугорков. Не прекращая давления, смещают челюсть кзади, перемещая головки в суставные впадины. Последним движением кпереди и кверху заканчивают вправление, которое сопровождается характерным щелчком. После этого рот закрывается и открывается свободно. При одностороннем вывихе указанные движения производят свободной рукой. Иммобилизацию после вправления осуществляют мягкой циркулярной повязкой или косынкой на 5 – 6 дней. Назначают щадящую диету.

Перелом верхней челюсти в детском возрасте бывает после 4 лет. У детей наиболее часто повреждается альвеолярный отросток с вывихом зубов во фронтальном отделе.

Клиническая картина. При переломах альвеолярного отростка наблюдаются припухлость, болезненность, нарушение смыкания зубов. Пальпаторно определяется крепитация. Рентгенологическое исследование позволяет уточнить характер перелома. У детей старшего возраста возможны переломы по линиям «слабости» – Лефор 1, Лефор 2, Лефор 3. При переломе Лефор 1 линия перелома проходит от грушевидного отверстия параллельно альвеолярному отростку (с двух сторон) к бугру верхней челюсти. При этом переломе отмечают припухлость, боль, кровотечение из носа. Нарушения прикуса не бывает. При переломе Лефор 2 клиническая картина более тяжелая. Линия перелома проходит через корень носа, внутреннюю стенку глазницы и по скулочелюстному шву с двух сторон. Отмечается кровотечение из носа за счет повреждения решетчатой кости, нарушение прикуса и удлинение лица за счет смещения переднего отдела, диплопия. Наиболее тяжелым считают перелом по типу Лефор 3, когда линия перелома проходит через корень носа, скуловую кость (с двух сторон) и крылонёбную ямку.

Перелом верхней челюсти может сочетаться с переломом основания черепа.

Клиническая картина: боль, припухлость, ликворея, кровотечение из носа и ушей, нарушение прикуса. Транспортная иммобилизация осуществляется посредством накладывания шины-ложки Лимберга или дощечки Лимберга, прикрепляемой к опорной головной шапочке. Для лечебной иммобилизации используют назубные проволочные шины или шины из быстротвердеющей пластмассы, при смещении отломков – с внеротовыми стержнями, закрепляющимися на опорной головной шапочке. Оперативное лечение осуществляется наложением титановых минипластин. Дети, перенесшие перелом челюсти, находятся на диспансерном наблюдении. Если появляется тенденция к возникновению деформации (сужение верхнечелюстной дуги, неправильный прикус), становится необходимо ортодонтическое лечение.

Перелом скуловой кости и скуловой дуги возникает чаще у детей старшего возраста. В 4% случаев повреждается гайморова пазуха.

Клиническая картина зависит от локализации перелома и степени смещения отломков. Сразу после перелома видно западение скуловой области, которое через 2 – 4 ч маскируется отеком мягких тканей. У нижнеглазничного края пальпируется неровность – симптом «ступеньки». Если линия перелома проходит через нижнеорбитальное отверстие и сдавливается нижнеорбитальный нерв, то появляется онемение области боковой стенки носа и верхней губы на соответствующей стороне. При повреждении стенок гайморовой пазухи наблюдается кровотечение из носа, возможна подкожная воздушная эмфизема на лице. При переломе скуловой дуги открывание рта затруднено в связи с ущемлением венечного отростка нижней челюсти и прикрепляющегося к нему сухожилия височной мышцы. Рентгенологическое исследование подтверждает клинический диагноз. Вправление перелома производят под общим обезболиванием внеротовым или интратротоковым способом. Интратротовым способом применяют при сочетании перелома скуловой кости и скуловой дуги, наличии осколков в гайморовой пазухе и повреждении ее стенок. У детей чаще пользуются внеротовым способом, применяя крючок Лимберга. У края сместившегося отломка делают прокол кожи скальпелем. Кровоостанавливающим зажимом тупо расслаивают ткани до кости. Затем в рану заводят крючок Лимберга, которым захватывают край смещенного фрагмента и поднимают его. Иммобилизация не требуется. Поздние осложнения – деформация лица и парестезия, что требует оперативного лечения.

Ситуационные задачи

Задача № 1. У ребенка проникающая рана в полость рта с дефектом тканей. Какой метод обработки раны нужно применить в данном случае?

Задача № 2. У больного колотая рана в подчелюстной области, отек, гематома. Как вы обработаете рану этой локализации?

Задача № 3. У больного полуоткрыт рот, смыкание зубов невозможно, отек в области нижней челюсти и в подчелюстной области. Как поставить диагноз, какой метод исследования вы примените? Какую первую помощь окажете и как будете транспортировать больного?

Задача № 4. У ребенка открыт рот, нижняя челюсть неподвижна, слюнотечение, речь невозможна. Ваш предположительный диагноз? Что вы предпримете для подтверждения диагноза? При подтверждении диагноза, что необходимо предпринять в качестве неотложной помощи?

Задача № 5. У больного кровотечение из носа, гематома в области верхней половины лица справа или слева. При осмотре со стороны полости рта нарушения прикуса нет. Ваш предположительный диагноз? Какое обследование необходимо назначить больному? Что необходимо применить при транспортировке?

Задача № 6. Состояние больного тяжелое. Кровотечение и ликворея из носа, нарушение прикуса. При опросе жалобы на двоение в глазах. Ваш предположительный диагноз? Какой метод обследования нужно применить? Какую неотложную помощь вы окажете? Какой вид помощи ему будет оказан в стационаре?

Литература

Александров Н. М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. – Л.: Медицина, 1985.

Ковалева Н. Н. Травма челюстно-лицевой области у детей // Г. А. Баиров. Травматология детского возраста. – Л.: Медицина, 1976.

Колесов А. А. Стоматология детского возраста. – М.: Медицина, 1985.

Котов Г. А. Переломы челюстей у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1973.

ТЕМА № 2

ОДОНТОГЕННЫЙ ПЕРИОСТИТ. ОСТЕОМИЕЛИТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ

Содержание занятия.

1. Острый одонтогенный периостит челюстей: клиника, диагностика, лечение и профилактика.
2. Хронический одонтогенный периостит челюстей: клиника, диагностика, лечение и профилактика.
3. Одонтогенный остеомиелит челюсти: возрастные особенности, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
4. Гематогенный остеомиелит челюсти: возрастные особенности, клиника, диагностика, лечение и профилактика.

Цель занятия.

Повторить анатомические особенности ЧЛЮ. Уметь выделить основные признаки остеомиелитов челюстей, их осложнений, составить схему обследования и лечения больных этими заболеваниями.

Цель занятия	Цели конечного уровня знаний студентов
1. Выявить клинические признаки острого и хронического периостита челюстей. Составить схему обследования больных с острым и хроническим периоститом	Использовать знание методов местного обезболивания при оперативных вмешательствах на лице и челюстях, методик операций удаления зубов
2. Провести дифференциальную диагностику острого и хронического периостита на основании данных клинического и рентгенологического обследования	Ориентироваться в методах клинического и рентгенологического обследования ЧЛЮ
3. Выявить клинические признаки острого и хронического остеомиелита челюстей, использовать классификацию для постановки диагноза	Интерпретировать данные клинко-лабораторных и рентгенологических методов обследования, определить тактику и методы лечения пациента
4. Провести дифференциальную диагностику острого и хронического остеомиелита на основании данных клинического и рентгенологического обследования	Ориентироваться в методах клинического и рентгенологического обследования ЧЛЮ. Иметь понятие о диспансеризации больных с хроническим остеомиелитом челюсти

Цель занятия	Цели конечного уровня знаний студентов
5. Провести дифференциальную диагностику одонтогенного и гематогенного остеомиелита на основании данных клинического и рентгенологического обследования. Использовать классификацию для постановки диагноза	Интерпретировать данные клинико-лабораторных и рентгенологических методов обследования в зависимости от причины заболевания, возраста пациента и сроков заболевания
6. Определить показания к видам хирургического и консервативного лечения одонтогенного периостита, одонтогенного и гематогенного остеомиелита	—

Структура практического занятия.

В начале занятия проводится контроль исходного уровня знаний. Затем студенты под контролем преподавателя приступают к курации больных, принимают участие в выполнении отдельных диагностических и лечебных манипуляций, анализируют данные клинических и лабораторных методов обследования больных, решают ситуационные клинические задачи.

В конце занятия проводится разбор историй болезни, ситуационных задач или итоговый тестовый контроль для определения усвоения изучаемой темы. Анализируются действия студентов во время курации больных. Подводится итог. Дается задание к следующему занятию.

Эпидемиология: анализ стоматологической заболеваемости у детей в различных регионах России, по данным эпидемиологического обследования населения, проведенного в 1996 – 1998 гг. в соответствии с приказом Минздрава России № 181 от 06.05.96 г. показал, что 78 % детей в возрасте 12 лет имеют пораженные кариесом постоянные зубы. В 15-летнем возрасте средняя распространенность кариеса достигает 88 %. Более половины 15-летних подростков имеют признаки поражения тканей пародонта.

На сегодняшний день наблюдается аналогичная ситуация. По данным, представленным территориальными отделами здравоохранения (2002), у детей старших возрастных групп распространенность кариеса постоянных зубов составляет в среднем 80 – 85 %, а в отдельных регионах этот показатель приближается к 100 %.

Остаются высокими показатели распространенности воспалительных заболеваний пародонта, зубочелюстных аномалий (до 60 % детей в возрасте до 14 лет и более 30 % 15 – 17-летних подростков нуждаются в ортодонтическом лечении). Морфологические нарушения в зубочелюстно-лицевой области сочетаются с функциональными нарушениями носового дыхания – у 67 % детей, глотания – у 61 %, жевания – у 24 %, речи – у 15 %.

Осложнения кариеса (пульпит и периодонтит)

Детскому хирургу-стоматологу часто приходится встречаться с тяжелыми осложнениями кариеса – пульпитом и периодонтитом. В структуре стоматологических заболеваний осложнения кариеса составляют 35 – 50 % от общего числа детей, обратившихся за стоматологической помощью.

Развитие кариеса и его осложнений находится в определенной зависимости от уровня реактивности организма ребенка. Признаками низкого уровня реактивности являются:

высокая частота респираторных заболеваний, длительное и тяжелое течение заболеваний, плохое заживление ран и т. д.

Периодонтит

У детей преобладают хронические формы периодонтита над острыми. Хронический периодонтит развивается как исход острого или как первично-хронический процесс, являющийся осложнением периодонтита хронического пульпита.

Хронический периодонтит часто протекает практически бессимптомно. Однако, при протекании этого процесса часто гибнет зона роста, что ведет к прекращению формирования корня. Хронический гранулирующий периодонтит, начавшись в периодонте временного зуба, быстро распространяется вглубь, оказывая негативное влияние на сформированный зачаток постоянного зуба, вплоть до его гибели или развития местной гипоплазии (зуб Турнера).

Любая форма хронического периодонтита молочных или постоянных зубов часто сопровождается обострениями воспалительного процесса, который протекает более агрессивно при ослаблении организма ребенка. Этот процесс в конечном итоге может привести к развитию периостита, остеомиелита, флегмоны.

Возможность лечения обострившегося одонтогенного хронического периодонтита в значительной степени зависит от реактивности организма ребенка. В случае если хронический периодонтит является очагом одонтогенной инфекции, поддерживающим очагово-обусловленное заболевание, то тактика лечения должна быть радикальной.

Лечение хронического периодонтита можно считать успешным в случае полной ликвидации очага воспаления и наступления полной регенерации костной ткани на месте деструкции, обусловленной воспалением.

Остеомиелит челюстей

В зависимости от источника инфекции различают одонтогенный (источник – больной зуб), гематогенный (занос инфекции с током крови из какого-либо органа), травматический и специфический остеомиелит челюсти.

Среди воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области наиболее частым является остеомиелит челюстей, причем более чем у 80 % больных – одонтогенного происхождения. Остеомиелиты челюстей другого происхождения (гематогенные, травматические, специфические) составляют не более 15 – 20 % от всех форм этой патологии. В детском возрасте наиболее частой (до 70 %) причиной развития воспалительных заболеваний являются молочные моляры, разрушенные кариесом.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.