

**Тема: ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ, ТРАВМА ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ. ПРОФИЛАКТИКА.**

**Общее время занятия:** 5 часов.

**Мотивационная характеристика темы.** Вопросы одонтогенной инфекции актуальны не только для врача-стоматолога, но и педиатра, так как частота воспалительных заболеваний лица и шеи у детей в значительной мере зависит от эффективности лечения кариеса зубов и его осложнений, которые в свою очередь могут привести к развитию общесоматического заболевания или его обострению. Крайнюю озабоченность вызывает тот факт, что у детей с тяжелым течением одонтогенной инфекции могут развиваться грозные осложнения в виде сепсиса, медиастинита, тромбоза синусов твердой мозговой оболочки и др. Довольно часто у детей, перенесших одонтогенное воспаление встречаются осложнения в виде нарушения развития зубов, их прорезывания, задержки роста челюстей и многие др. Все это определяет актуальность проблемы, которую следует решать с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей зубо-челюстной системы и организма в целом, так как они определяют специфику подхода к решению вопросов диагностики, лечения и реабилитации детей с одонтогенной инфекцией совместно врачом-стоматологом и педиатром.

Знание основных клинических признаков травматических повреждений мягких тканей, зубов, челюстей и последствий травмы, возможностей оказания неотложной помощи ребенку, являются педиатру необходимыми для профилактики развития серьезных осложнений у ребенка.

**Цель:** Изучить этиологию и особенности клиники одонтогенных воспалительных заболеваний, а также травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей, их диагностику, освоить роль врача-педиатра при оказании неотложной и первой врачебной помощи детям с данной патологией.

**Задачи занятия:** В результате освоения теоретической части темы студент должен **знать:**

- 1 Основные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей, этиологию, особенности клиники, диагностики и принципы лечения детей с этими заболеваниями.
- 2.Связь одонтогенной инфекции с общими заболеваниями.
- 3.Особенности клиники и принципы лечения травматических повреждений мягких тканей, зубов и челюстей у детей.
- 4.Осложнения при травме челюстно-лицевой области и их профилактику.
- 5.Показания к госпитализации детей с воспалительными заболеваниями и травмой челюстно-лицевой области.

6. Виды местного обезболивания в челюстно-лицевой области и показания к наркозу.

В результате выполнения практической части занятия студент должен **уметь**:

1. Обследовать ребенка с одонтогенным воспалительным процессом и травмой челюстно-лицевой области.
2. На основании полученных данных сформулировать предварительный диагноз заболевания.
3. Оказать неотложную помощь ребенку с данной патологией.
4. Составить схему лечения ребенка с этими заболеваниями.

#### **Требования к исходному уровню знаний.**

*Для полного усвоения темы данного занятия студенту необходимо повторить материал из следующих разделов:*

**Нормальная анатомия:** анатомические особенности строения зубов и челюстей в разные возрастные периоды, топографическую анатомию челюстно-лицевой области.

**Лучевая диагностика и лучевая терапия:** методы лучевой диагностики, применяемые в челюстно-лицевой области.

**Общая хирургия:** травма, транспортная иммобилизация, кровотечение\

**Патологическая физиология:** патоморфология воспаления.

**Фармакология:** лекарственные препараты, применяемые при лечении воспалительных заболеваний (антибиотики, сульфаниламиды, антигистаминные препараты, витамины и др., механизм их действия, показания, противопоказания, дозы), премедикация и обезболивание

**Медицинская реабилитация и физиотерапия:** методы физиотерапевтического лечения воспалительных заболеваний и травматических повреждений.

#### **Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Анатомо-физиологические особенности детского организма.
2. Особенности клинического течения и лечения воспалительных заболеваний у детей.
3. Методы лучевой диагностики челюстно-лицевой области у детей.

#### **Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения периоститов у детей, профилактика.
2. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения остеомиелитов челюстных костей у детей.
3. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения лимфаденитов челюстно-лицевой области и шеи у детей.
4. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения слюноаденитов у детей.
5. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения абсцессов, флегмон, фурункулов челюстно-лицевой области у детей.

- 6.Хроническая очаговая инфекции полости рта. Пути распространения инфекции.
- 7.Повреждения мягких тканей лица (ушибы, гематомы, раны, ожоги). Клиника, оказание неотложной помощи, принципы лечения. Особенности хирургической обработки ран на лице.
- 8.Ушибы, вывихи, переломы зубов. Клиника, оказание неотложной помощи, принципы лечения.
- 9.Повреждения костей лицевого скелета. Клиника, оказание неотложной помощи, принципы лечения.
- 10.Неотложная помощь при кровотечении, асфиксии и травматическом шоке. Ближайшие и отдаленные осложнения при травме ЧЛЮ, их профилактика.
- 11.Обезболивание в стоматологии: местное, общее.

## **УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ**

Одонтогенный периостит – воспаление надкостницы челюстных костей. По клиническому течению различают острые (серозные и гнойные) и хронические (простые и гиперпластические) одонтогенные периоститы.

Клинические проявления и течение периостита челюстей зависят от реактивности организма больного, типа воспалительной реакции и локализации воспалительного процесса. Клинически на практике серозный периостит не выделяется в отдельную нозологическую форму как заболевание. Острый гнойный одонтогенный периостит развивается как следующая стадия воспалительного процесса и на практике выделяется в самостоятельную нозологическую форму заболевания. При этом отмечается ухудшение самочувствия, слабость, повышается температура тела до 38°C, нарушается сон, аппетит, появляется головная боль. Больные предъявляют жалобы на боль в области «причинного» зуба, которые могут иррадиировать в висок, ухо и т. д., а также припухлость щеки.

Конфигурация лица изменена за счет отека окологлазничных мягких тканей. Отмечается увеличение регионарных лимфатических узлов и болезненность их при пальпации, может быть затрудненное и болезненное открывание рта.

В полости рта появляются гиперемия и отечность слизистой оболочки, сглаженность переходной складки в области «причинных» зубов, определяется флюктуация. «Причинный» зуб, может быть под пломбой или разрушенный, изменен в цвете. Перкуссия «причинного» зуба положительна, а рядом стоящих зубов – безболезненна. На рентгенограмме изменений в костной ткани челюсти нет, кроме изменений в области верхушки «причинного» зуба.

В период развития заболевания отмечается увеличение количества лейкоцитов в крови, нейтрофилез за счет увеличения количества сегментоядерных и палочкоядерных лейкоцитов, увеличение СОЭ. При исследовании мочи изменений не обнаруживается, иногда появляется белок, небольшое количество лейкоцитов.

Лечение острых периоститов комплексное и заключается в проведении неотложного хирургического вмешательства и медикаментозной терапии. Одновременно производят вскрытие воспалительного очага с целью создания свободного оттока образовавшегося экссудата (периостотомию) и решение судьбы «причинного» зуба. Для предупреждения слипания краев рану дренируют на 1-2 суток. Удаляют «причинные» молочные зубы и постоянные разрушенные, утратившие функциональную ценность, не поддающиеся консервативному лечению. Сохраняют однокорневые постоянные «причинные» зубы.

После хирургического вмешательства назначают щадящую диету, постельный режим, обильное питье, полоскание полости рта отварами трав (ромашка, шалфей, зверобой).

Лекарственную терапию проводят в зависимости от возраста ребенка, его общего состояния и наличия сопутствующей патологии. Антибиотики показаны маленьким детям (до 5 лет) при тяжелом течении и наличии сопутствующей патологии. Проводят дезинтоксикационную, гипосенсибилизирующую, общеукрепляющую и симптоматическую терапию. Если зуб сохраняют, его следует трепанировать в день обращения и запломбировать до заживления раны под прикрытием лекарственной терапии.

При лечении больных с острыми периоститами с целью устранения отека, воспаления, боли, улучшения трофики тканей применяют физиотерапевтическое лечение: УВЧ-терапию курсом 3-5 процедур, флюктуирующие токи (ежедневно, курсом до 5 процедур), ультразвук (через день, курсом до 8 процедур), гелио-неоновый лазер курсом 3-5 процедур. При затяжном течении: парафин, электрофорез с 3% йодидом калия, лидазой (курс 8-10 воздействий).

После своевременного хирургического вмешательства через 1-2 дня общее состояние больного улучшается, исчезают боли, нормализуется температура тела, а также заболевание может переходить в острый одонтогенный остеомиелит.

Хронический одонтогенный периостит челюстей чаще возникает у детей 9-13 лет. Различают простой и гиперпластический хронический периостит. Чаще всего это первично-хроническое заболевание, причиной которого является хроническая одонтогенная инфекция и характеризуется вяло текущим локализованным воспалением надкостницы.

Основные жалобы больных на утолщение челюсти, которые они связывают с периодическими болями в зубе. Чаще всего поражается нижняя челюсть (тело, угол и ветвь). Клиническими признаками хронического периостита является плотное, безболезненное утолщение челюсти соответственно «причинному» зубу. Слизистая оболочка над образованием в стадии ремиссии цианотична или не изменена, «причинный» зуб разрушен или под пломбой, перкуссия его безболезненна.

Общее состояние не страдает. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, уплотнены, но безболезненны.

На рентгенограмме имеется «симптом луковицы» или избыточное костеобразование под надкостницей в виде полосок костной (остеоидной) ткани, расположенных параллельно краю челюсти или кортикальной пластинке. Кроме того, имеется изменение в области корней «причинного» зуба, структура костной ткани тела нижней челюсти, как правило, не нарушена.

Лечение хронического периостита начинают с решения судьбы «причинного» зуба. Удаляют все молочные и многокорневые постоянные зубы. Проводят курсовое лечение (10-14 дней). Курс лечения включает антибактериальную терапию, желательна антибиотиками, имеющими тропизм костной ткани и гипосенсибилизирующую терапию. Физиолечение является важным компонентом лечения (электрофорез с йодидом калия, лидазой, ультразвук, лазеротерапия).

В случае положительной динамики речь ведут о простом хроническом периостите и курс лечения повторяют до выздоровления.

При отсутствии положительной динамики следует применять дополнительно оперативное вмешательство с целью удаления избыточной костной ткани (моделирование челюсти).

В случае ассимиляции избыточно образованной костной ткани и формирования устойчивой деформации челюсти говорят об оссифицирующем периостите. Лечение его требует также моделировки челюсти, часто по косметическим показаниям.

При острых и хронических периоститах часто требуется лечение в стационаре. Показаниями к госпитализации при острых периоститах являются: общее тяжелое состояние ребенка; наличие сопутствующей соматической патологии; отсутствие положительной динамики в течение 24 часов после радикально оказанной помощи в условиях поликлиники; отсутствие возможности для оказания эффективной помощи в амбулаторных условиях (отсутствие хирурга, психоэмоциональное состояние ребенка и т.д.).

Остеомиелит – инфекционный гнойно-некротический процесс, развивающийся в кости, надкостнице и окружающих их мягких тканях под влиянием агрессивных факторов физической, химической или биологической природы на фоне предварительной сенсибилизации организма.

Остеомиелиты челюстей могут быть: одонтогенные, гематогенные, травматические. По клиническому течению остеомиелиты различают острые и хронические. Острый одонтогенный остеомиелит у детей развивается достаточно быстро и зависит от вирулентности микроорганизмов, состояния реактивности организма, возраста ребенка. Общее состояние ребенка резко нарушено, ярко выражены симптомы интоксикации организма. Отмечается бледность кожных покровов, вялость, адинамия, повышение температуры тела выше 38°C, озноб, плохой сон, отсутствие аппетита, диспептические

явления. У маленьких детей может быть тяжелое состояние: – появляются рвота, судороги, расстройства ЖКТ. Ребенка беспокоит боль в области «причинного» зуба.

Местная клиническая картина характеризуется асимметрией лица на стороне поражения, увеличением регионарных лимфатических узлов и болезненностью их при пальпации. В полости рта: гиперемия и отечность слизистой оболочки альвеолярного отростка, «муфтообразное» утолщение челюсти, подвижность и болезненность при перкуссии «причинного» и рядом расположенных зубов. Острый одонтогенный остеомиелит сопровождается нейтрофильным лейкоцитозом, появлением молодых молодых форм лейкоцитов (палочкоядерных, юных, миелоцитов), эозино- и лимфопенией, ускорением СОЭ. В сыворотке крови больных детей появляется С-реактивный белок. В моче появляются белок, эритроциты, цилиндры.

Все дети с острым одонтогенным остеомиелитом подлежат срочной госпитализации в специализированное стоматологическое отделение. Лечение основывается на устранении одонтогенной причины воспаления (решение судьбы «причинного» зуба), проведения необходимого хирургического вмешательства (периостотомия), назначении и проведении антибактериальной, десенсибилизирующей, дезинтоксикационной, общеукрепляющей, иммуностимулирующей терапии, физиолечения.

Хронический одонтогенный остеомиелит протекает в форме деструктивного, деструктивно-продуктивного и продуктивного процесса. Хронический процесс в челюстных костях возникает чаще у детей с ослабленным иммунитетом на фоне длительной сенсibilизации организма ребенка хроническими очагами инфекции, при сопутствующих неблагоприятных условиях (не санированные дети, часто и длительно болеющие, либо имеющие хронические заболевания). Кроме того, возникновению хронического остеомиелита способствует позднее обращение за медицинской помощью, ошибочная диагностика, длительные консервативные методы лечения, нерациональное назначение антибиотиков, сохранение «причинного» зуба и т.д.

Деструктивная форма хронического остеомиелита возникает чаще у детей младшего возраста. Процесс характеризуется расплавлением костных элементов, образованием очагов некроза кости и формированием костных секвестров. Нередко в процесс вовлекаются зачатки постоянных зубов (гибель зачатка зуба).

Продуктивная форма остеомиелита наблюдается у детей старшего возраста и протекает как первично-хронический процесс. Для него характерна цикличность течения – периоды обострения процесса, сопровождающиеся периодами ремиссии. В воспалительный процесс также могут вовлекаться зачатки постоянных зубов. В таких случаях усугубляются патологические проявления процесса и длительность течения болезни.

Общее состояние детей при хронических формах остеомиелита в период ремиссии удовлетворительное. Жалобы на незначительную болезненность в области пораженной

челюсти или зубе. Асимметрия лица незначительная, челюсть утолщена, слизистая оболочка отечна и гиперемирована. При деструктивной форме воспаления отмечаются свищи с гнойным отделяемым. Зубы в области пораженной челюсти могут быть подвижны. Периоды обострения напоминают острый одонтогенный остеомиелит с соответствующими изменениями общего состояния ребенка и местной клинической картины воспаления.

На рентгенограмме при деструктивной форме процесса отмечается деструкция участков костной ткани с образованием костных секвестров. Периостальное построение кости практически не выражено. При продуктивной форме воспаления на рентгенограмме преобладают явления склероза кости с усиленным периостальным построением кости в виде «луковичного» периостита.

Лечение детей с хроническими формами одонтогенного остеомиелита челюсти комплексное и должно проводиться в условиях стоматологического стационара. В периоды обострения проводится активное хирургическое лечение (удаление зубов, периостотомия, секвестрэктомия, вскрытие флегмоны и т.д.). Назначается антибактериальная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая, иммуностимулирующей терапии, физиолечение. В периоды ремиссии показаны курсы иммунотерапии, витаминотерапии, общеукрепляющего лечения под непосредственным контролем участкового педиатра. В этот период необходимо провести санацию всех имеющихся хронических очагов инфекции (уха, горла, носа, верхних дыхательных путей и т.д.). Дети с хроническим остеомиелитом подлежат длительному диспансерному наблюдению (до полной нормализации клинико-рентгенологической картины и полного восстановления нарушенных в результате заболевания функций зубо-челюстной системы).

Гематогенный остеомиелит у детей протекает в форме острого (7-9 дней) и хронического деструктивного процесса. Гематогенный остеомиелит костей лицевого скелета, как правило, возникает у новорожденных и у детей до 2 лет, в результате распространения инфекции гематогенным путем при пупочном сепсисе, гнойничковых заболеваниях кожи, этмоидите, гнойном отите. Развитию гематогенного остеомиелита у ребенка способствует отягощенный анамнез, патология беременности, недоношенность, гнойный мастит у матери. Процесс возникает на фоне септического состояния ребенка и является одной из форм сепсиса. «Пусковым» механизмом могут быть: травма, переохлаждение, инфекционное заболевание ребенка. Излюбленная локализация процесса – верхняя челюсть, ветвь и мышечковый отросток нижней челюсти. Очаги гематогенного процесса одновременно могут локализоваться в нескольких костях скелета ребенка. Заболевание протекает тяжело. Для него характерны симптомы интоксикации: рвота, судороги, головная боль, затемнение сознания, диспепсические расстройства, бледность кожных покровов, учащенное дыхание и пульс, тахикардия. Местная клиническая картина сходна с острым одонтогенным остеомиелитом. Через 2-3 дня с начала заболевания гнойный

экссудат расплавляет корковый слой кости, образуются поднадкостничные абсцессы и флегмоны мягких тканей лица. Процесс быстро переходит в хроническую форму течения, который протекает в виде деструктивного воспаления, в результате которого образуются множественные свищи. Иногда секвестрируются анатомические образования (зачатки зубов, мышечковый отросток, часть ветви нижней челюсти, небная пластинка верхней челюсти).

Принцип лечения ребенка с гематогенным остеомиелитом заключается в экстренном оказании хирургической помощи (вскрытии абсцессов, флегмон, рассечении свищевых ходов и т.д.) и проведении комплексной интенсивной терапии (антибактериальной, десенсибилизирующей, дезинтоксикационной с внутривенным введением жидкостей, растворов, кровезаменителей и т.д.) в условиях реанимационного отделения и интенсивной терапии. В остром периоде заболевания существует прямая угроза для жизни ребенка.

Дети, перенесшие гематогенный остеомиелит, подлежат длительному диспансерному наблюдению у врача-стоматолога и педиатра с целью предупреждения перехода процесса в хроническую форму воспаления и профилактики развития осложнений со стороны черепа, мозга и внутренних органов.

Травматический остеомиелит лицевых костей у детей развивается в результате перелома челюсти или реже как осложнение при травме зуба. Развитие остеомиелита возможно в результате непосредственного инфицирования при травме челюсти через разрывы слизистой оболочки, кожи, а также при активизации имеющихся латентных очагов одонтогенной инфекции в челюстях после травмы. При остром травматическом остеомиелите появляются воспалительные инфильтраты, поднадкостничные абсцессы и флегмоны. Клиническое течение процесса напоминает острый одонтогенный остеомиелит.

Хронический травматический остеомиелит развивается после острого процесса, начиная со 2-3 недели могут начать формироваться секвестры с локализацией в области гребня альвеолярного отростка или края нижней челюсти. У детей в воспалительный процесс могут вовлекаться зачатки постоянных зубов, ростковые зоны челюсти.

Принцип лечения травматического остеомиелита ничем не отличается от лечения соответствующих форм одонтогенного остеомиелита на фоне надежной иммобилизации челюсти. Большое значение придается профилактике развития этой формы остеомиелита, которая заключается в раннем оказании специализированной стоматологической помощи при травме в полном объеме, ранней и надежной иммобилизации костных фрагментов челюсти, удаления зуба из щели перелома, гигиене полости рта и антибактериальной терапии.

Лимфаденит – воспаление регионарных лимфоузлов в результате их инфицирования. Входными воротами для инфекции являются повреждения кожи лица и головы, слизистой оболочки полости рта и носа, зубодесневые карманы. Лимфадениты возникают при стоматите, ангине, рините, воспалительных заболеваниях глаза и уха, фурункуле, гнойной



ране, гнойничковом поражении кожи, при общих инфекционных заболеваниях у детей (корь, ветряная оспа, эпидемический паротит и др.). Возникновение лимфаденитов у детей связывают с незавершенностью формирования местного тканевого иммунитета, незрелостью лимфатических узлов, снижением их барьерной фагоцитарной функции, наличием хронических очагов инфекции. Большое значение для активизации инфекции и снижения гуморальных и клеточных реакций в лимфатическом узле имеют такие факторы, как переохлаждение, стресс, физическая травма, наличие инфекционного заболевания у ребенка и т.д.

По происхождению лимфадениты подразделяются на: одонтогенные, стоматогенные, отогенные, риногенные, тонзилогенные, дерматогенные, специфические. В зависимости от течения заболевания: острые (серозные и гнойные) и хронические (абсцедирующие и гиперпластические).

При остром серозном лимфадените общее состояние ребенка зависит от причины развития лимфаденита. Местно: пальпируется увеличенный, болезненный, не спаянный с окружающими тканями лимфоузел. Кожа над ним в цвете не изменена. При остром гнойном лимфадените - лимфоузел неподвижный, резко болезненным при пальпации, кожа над ним напряжена, отечна, определяется флюктуация. Общее состояние ребенка ухудшается, отмечается вялость, раздражительность, плохой сон и аппетит. У маленьких детей резко выражены симптомы интоксикации. В периферической крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ.

Лечение острого серозного лимфаденита заключается в выявлении и устранении причины заболевания и комплексного лечения у педиатра, ЛОР-врача, стоматолога и др. Лечение острого гнойного лимфаденита проводится в условиях стоматологического стационара, при этом показано срочное хирургическое вмешательство (вскрытие гнойного очага с последующим дренированием), проведение комплексного противовоспалительного лечения совместно с педиатром, ЛОР-врачом и т.д., а также устранение причины заболевания.

При хроническом абсцедирующем лимфадените клиническая картина напоминает острый гнойный лимфаденит. При гиперпластической форме лимфаденита - определяются увеличенные, подвижные, плотноэластические, слабо или безболезненные лимфоузлы. Общее состояние ребенка обычно не нарушено.

Хронический лимфаденит необходимо дифференцировать со специфическими процессами, кистами шеи, злокачественными опухолями (лимфогранулематоз, лейкоз), регионарными метастазами опухолей ЧЛО и шеи, опухолями мягких тканей, инфекционным мононуклеозом. Дифференциальная диагностика лимфаденитов проводится на основании комплекса клинических, рентгенологических исследований костей лицевого скелета и легких, лабораторных данных, морфологического исследования тканей (биопсии)

лимфоузла.

Лечение хронического гиперпластического лимфаденита заключается в тщательном обследовании ребенка у педиатра, стоматолога и т.д. для выявления и устранения причины развития лимфаденита. При невозможности выявления причины хронического воспаления лимфоузла или отсутствии эффекта от проводимой терапии лимфоузел необходимо удалить с последующим гистологическим исследованием. Лечение хронического абсцедирующего лимфаденита соответствует лечению острого гнойного процесса лимфатического узла.

Воспалительные заболевания слюнных желез у детей встречаются в 3-5% по данным стоматологического стационара 4 ДКБ г.Минска. Различают острые, хронические и калькулезные сиалодениты. Острые сиалодениты могут быть вирусной природы (эпидемический паротит) и бактериальной природы (неэпидемические). Хронические сиалодениты: неспецифические (интерстициальный, паренхиматозный, сиалодохит) и специфические (актиномикоз, туберкулез, сифилис слюнных желез), а также калькулезные (слюнно-каменная болезнь в стадии обострения и ремиссии).

Эпидемический паротит - острое инфекционное заболевание, вызывается парамиксовирусом. Чаще поражаются околоушные слюнные железы, в воспалительный процесс вовлекаются и другие слюнные железы, железистые органы: половые, молочные железы, поджелудочная железа, поражается нервная система.

Чаще болеют дети 7-10 лет, инкубационный период – 2-3 недели, продромальный – 2-4 дня. Заболевание начинается остро, в начале отмечается недомогание, познабливание, боли в области шеи, суставов, мышц конечностей.

Выделяют легкую, среднюю и тяжелую формы. При легкой форме общие и местные симптомы выражены слабо. Околоушные слюнные железы умеренно увеличены, слабо болезненны при пальпации, слюна чистая, прозрачная.

При среднетяжелой форме эпидемического паротита температура тела до 39°C, выражены симптомы интоксикации (озноб, головная боль, боли в мышцах и суставах). Клинически: околоушные слюнные железы увеличены, болезненны при пальпации, болезненность при открывании рта и жевании, кожа над железами в цвете не изменена, мочки ушных раковин оттопырены, наружные слуховые проходы сужены, в полости рта сухость, устье Стенонова протока расширено, возможна гиперемия слизистой вокруг него. Через 3-4 дня воспалительные явления начинают купироваться. При тяжелой форме наблюдается увеличение температуры тела выше 39°C. Местно: кожа напряжена, при пальпации железа болезненна, тестоватой консистенции. В полости рта: сухость слизистых, гиперемия зева, катаральный стоматит и др., гиперемия в области устья Стенонова протока, зияние устья в виде черной точки. При присоединении вторичной инфекции отмечается гиперемия кожи, гноетечение из протока. При тяжелой форме возможны клинические симптомы панкреатита (менингит, энцефалит и др.), мастита, орхита, поражения нервной

системы и др.

Для установки диагноза эпидемического паротита необходимо учитывать данные анамнеза, клинической картины, специальных методов исследования со стороны лабораторных данных (лейкопения на фоне лимфо- и моноцитоза, нормальные показатели СОЭ, увеличение амилазы крови и диастазы в моче до 64-128 ЕД и выше).

Лечение детей с эпидемическим паротитом симптоматическое, общеукрепляющее. Ребенку показано: постельный режим, обильное (кислое) питье, поливитамины, слюногонная диета, гигиена полости рта, антисептическая обработка полости рта, массаж железы на 3-4 день заболевания (после улучшения секреции слюны). Местно: на область слюнных желез: сухое тепло, УВЧ, УФО, лазерное облучение.

В тяжелых случаях – антибактериальная терапия для профилактики вторичного инфицирования, при присоединении бактериальной инфекции – обкалывание железы местными анестетиками с антибиотиками, пассивная иммунизация (гамма-глобулин).

При легкой форме заболевания больного ребенка можно лечить дома, при возникновении осложнений – в стационаре совместно с педиатром, эндокринологом, невропатологом и др. Исход заболевания в большинстве случаев благоприятный, после выздоровления к вирусу эпидемического паротита остается стойкий иммунитет.

Для профилактики эпидемического паротита применяют иммунизацию противопаротитной вакциной в возрасте 3-7 лет. Заболевшего ребенка изолируют от других детей на 9-10 дней от начала заболевания, проводят влажную дезинфекцию, проветривают комнату больного, кипятят посуду. Бывших в контакте детей разобщают со здоровыми детьми с 11 по 21 день от начала контакта с больным ребенком.

Острый неэпидемический сиалоаденит – острое бактериальное воспаление железы. Различают острый серозный и гнойный неэпидемический сиалоаденит. Причины заболевания могут быть как местными (травма железы, попадание в проток инородного тела, стоматиты и др.) и общими (тяжелые инфекционные болезни, онкологические заболевания, операции на органах брюшной полости, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы и др.).

Чаще поражается одна околоушная слюнная железа. Заболевание начинается остро, появляются боли в околоушной области, сухость в полости рта, увеличивается температура тела. При внешнем осмотре: асимметрия лица за счет увеличения железы в объеме, кожа в цвете не изменена, болезненность при пальпации. Устье Стенонова протока зияет, слизистая вокруг гиперемирована, при массаже – небольшое количество вязкой, густой, мутной слюны. В крови – ускорение СОЭ, умеренный лейкоцитоз.

При гнойной форме: жалобы на сухость в полости рта, высокую температуру тела, головную боль, резкую болезненность в области пораженной железы с иррадиацией в ухо, висок, глаз. При осмотре: асимметрия лица, кожа отечна, гиперемирована, лоснится, в

складку не собирается, резкая болезненность при пальпации железы, ограничено открывания рта. В полости рта: слизистая вокруг устья отечна, гиперемирована, при массаже из протока – скудное количество гноя. Со стороны лабораторных показателей: в крови – лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ, в моче – белок.

Лечение острого неэпидемического сиалоаденита зависит от клинической формы (при этом значение придается лечению причинного заболевания) и направлено на снятие воспалительных явлений и восстановление слюноотделения. При остром серозном неэпидемическом сиалоадените применяют промывание железы через выводной проток растворами антисептиков, антибиотиков, с местными анестетиками, ферментами и др., назначают слюногонную диету, легкий массаж железы, компрессы с диметилсульфоксидом (один раз в день на 20-30 мин.), физиолечение (сухое тепло, УВЧ, УФО, магнито-лазеротерапию).

При остром гнойном неэпидемическом паротите – антибактериальную гипосенсибилизирующую терапию, сульфаниламиды. Местно: новокаин-фурациллиновые блокады до 20 мл. через 1 день. При гнойном расплавлении железы показано хирургическое лечение.

Хронические сиалоадениты характеризуются не совсем выясненной этиологией. Различают интерстициальный, паренхиматозный сиалоаденит и сиалодохит. В детском возрасте хронический неспецифический интерстициальный сиалоаденит и хронические специфические сиалоадениты (туберкулезный, актиномикотический, сифилитический) встречаются редко, чаще встречается хронический паренхиматозный сиалоденит.

Общими клиническими признаками хронических сиалоаденитов являются: первично-хроническое начало, периодические обострения, длительное течение заболевания.

Клиническая картина зависит от стадии заболевания (обострение или ремиссия). Обострение хронического паренхиматозного сиалоаденита наблюдается в холодное время года, после перенесенных инфекционных заболеваний, ОРВИ и др. При обострении хронического паренхиматозного сиалоденита клиническая картина напоминает клинику острого сиалоденита: определяется увеличенная, плотная, болезненная при пальпации железа, иногда с бугристой поверхностью, кожа над ней гиперемирована, мочка уха оттопырена, имеется отек окружающих мягких тканей. В полости рта: из выводного протока выделяется мутная, вязкая, с хлопьями и прожилками гноя слюна солоновато-горького привкуса, устье выводного протока расширено, слизистая вокруг устья отечна и гиперемирована. Повышается температуры тела, нарушается сон и т.д. В крови – умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Снижается уровень факторов неспецифической защиты организма.

В стадии ремиссии общие реакции организма отсутствуют. Местно: железа не пальпируется или незначительно увеличена, безболезненна, «зерниста» за счет увеличения

ацинусов, кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Устье Стенонова протока зияет в виде черной точки. Утром натошак при массаже выделяется мутная, вязкая с хлопьями слюна горько-соленого вкуса, днем – прозрачная слюна в небольшом количестве.

Диагностика заболевания основана на данных анамнеза и клинко-рентгенологической картины. Контрастная сиалография проводится только в период ремиссии. Дифференциальная диагностика паренхиматозного сиалоаденита в стадии обострения проводится: с эпидемическим паротитом, острым неэпидемическим сиалоаденитом, острым лимфаденитом околоушно-жевательной области, опухолями околоушной слюнной железы.

Лечение детей при обострении хронического неспецифического паренхиматозного сиалоаденита проводится в стационаре и направлено на проведение противовоспалительной и антибактериальной терапии, нормализацию слюноотделения, повышение защитных сил организма.

Лечение детей с хроническим неспецифическим паренхиматозным сиалоаденитом в стадии ремиссии направлено на профилактику обострений воспалительного процесса: санация полости рта, ЛОР-органов, лечение общих хронических заболеваний, закаливание ребенка, полноценное питание, гигиена полости рта.

Всем детям с хроническим паренхиматозным сиалоаденитом в стадии ремиссии может проводиться противорецидивное лечение как в условиях стационара, так и амбулаторно (массаж, слюногонная диета, инстиляции протоков железы антисептиками, ферментами, фурациллин-новакаиновые блокады, физиолечение, адаптогены, поливитамины с минералами).

Все дети с хроническим сиалоаденитом находятся на диспансерном наблюдении до стойкой (2-3 года) ремиссии заболевания.

Абсцесс- это ограниченный очаг гнойного воспаления с расплавлением мягких тканей и образованием полости. Абсцесс возникает в результате распространения инфекции лимфогенным, гематогенным путем или по протяжению. Различают субпериостальные абсцессы (при периостите, остеомиелите) и абсцессы мягких тканей различной локализации. По происхождению абсцессы могут быть одонто- и неодонтогенными.

Флегмона - острое разлитое гнойно-некротическое воспаление подкожной, межмышечной, межфасциальной и подфасциальной клетчатки. По происхождению различают: аденофлегмону (развивается на фоне гнойного лимфаденита), остеофлегмону (как осложнение остеомиелита) и флегмону, развившуюся на фоне внедрения инородных тел, нагноения мягких тканей и т.д.

Клиническая картина абсцессов и флегмон разнообразна и проявляется комплексом общеизвестных симптомов воспаления и выраженными изменениями общего состояния ребенка. Аденофлегмона чаще всего развивается у детей 3-7 лет, при которой происходит

гнойное расплавление капсулы лимфоузла с вовлечением в процесс окружающей жировой клетчатки. Остеофлегмона является осложнением тяжелого одонтогенного или гематогенного остеомиелита челюсти. Сопровождается тяжелой интоксикацией ребенка, выражающейся в бледности, вялости, сухости кожных покровов и слизистых оболочек полости рта, адинамии, рвоте, высокой температуре тела и т.д.

Принцип лечения абсцессов и флегмон заключается в комплексном проведении неотложного хирургического вмешательства (вскрытие гнойника) и консервативного лечения, включающего назначение антибактериальной, десенсибилизирующей, дезинтоксикационной терапии, физиотерапевтических процедур, комплекса общеукрепляющей терапии.

Фурункул - острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающих тканей. Факторами, предрасполагающими к возникновению фурункулов являются: неблагоприятные метеорологические условия, охлаждение, перегревание организма, авитаминоз, интоксикация, нарушение углеводного обмена (сахарный диабет), а также выдавливание «прыщей», загрязнение кожи. Фурункулы чаще наблюдается у подростков и локализуются на лице.

Лечение фурункула - комплексное. При абсцедирующем фурункуле показано проведение неотложного хирургического и медикаментозного лечения, направленного на купирование гнойного очага и профилактику развития осложнений (в условиях специализированного стоматологического стационара), выяснения причин появления данного заболевания.

Организм ребенка находится в процессе постоянного развития и функционального совершенствования. Все органы и системы ребенка находятся в тесной взаимосвязи. Нарушение обмена веществ, поражение патологическим процессом какой-либо системы или отдельного органа обязательно обуславливает расстройство функционального состояния в других органах и системах. В условиях постоянного формирования организма ребенка это имеет огромное значение. В силу этого тесная связь врача педиатра и детского стоматолога обеспечивает эффективную профилактику, своевременную диагностику и лечение многих стоматологических заболеваний. В свою очередь быстрая ликвидация стоматологических заболеваний нередко предупреждает развитие ряда соматических заболеваний и их осложнений в детском возрасте.

Формирование зубов, рост и развитие челюстных костей и других тканей челюстно-лицевой области осуществляется с первых месяцев антенатальной и постнатальной жизни ребенка и своевременный совет стоматолога окажется полезным для нормального развития зубочелюстной системы в последующем. Наличие у ребенка рахита, анемии, хронического кислородного голодания тесно связано с нарушением формирования твердых тканей зуба и последующего развития кариозного процесса. Множественные кариозные поражения зубов

при ревматизме, пиелонефрите, гломерулонефрите отрицательно влияют на тяжесть и течение этих заболеваний. Существует тесная взаимосвязь между наличием хронических одонтогенных очагов инфекции и развитием заболеваний желудочно-кишечного тракта. Очаги одонтогенной инфекции у детей с пониженной или измененной реактивностью организма могут привести к развитию общих соматических заболеваний: аллергическим поражениям слизистой оболочки полости рта, ЖКТ. Повышенная сенсбилизация организма ребенка увеличивает риск возникновения инфекционно-аллергических заболеваний, таких как ревматические болезни, некоторые виды системных васкулитов.

Воспалительный процесс одонтогенного происхождения может распространяться одновременно гематогенным, лимфогенным путями и по протяжению. Гематогенным путем – в кровь с возможным развитием сепсиса. Лимфогенным путем – с возможным развитием лимфаденита и аденофлегмоны. По протяжению – с развитием периостита, остеомиелита, а также абсцессов и флегмон окружающих челюсть мягких тканей. При этом от зубов верхней челюсти воспалительный процесс может осложниться синуситом, флегмоной орбиты, тромбозом пещеристого синуса, менингитом, а также абсцессами и флегмонами подглазничной, щечно-скуловой, подвисочной, височной, околоушных и др. областей.

От зубов нижней челюсти воспалительный процесс может распространиться на шею с развитием флегмоны шеи и медиастинита, а также окружающие нижнюю челюсть мягкие ткани с развитием подчелюстной, зачелюстной, окологлоточной, подподбородочной, околоушной и других флегмон.

Травматические повреждения челюстно-лицевой области у детей можно разделить на: повреждения мягких тканей, повреждения зубов, повреждения костей лицевого скелета.

Среди повреждений мягких тканей челюстно-лицевой области выделяют ушибы (повреждения мягких тканей без нарушения целостности кожи или слизистой оболочки), гематомы (кровоизлияния) и раны (повреждения мягких тканей с нарушением целостности покровных тканей).

Клиническая картина повреждений мягких тканей обусловлена анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области у детей. Высокая гидрофильность мягких тканей, хорошее кровоснабжение, выраженный слой подкожно-жировой клетчатки, наличие мимической мускулатуры способствуют развитию выраженных отеков, обильных кровотечений, зиянию ран на лице и др..

Тактика врача при ушибе мягких тканей лица заключается в применении холода в течение 2 суток по схеме (прикладывание холода на 30 минут с перерывами на 30-40 минут), затем применяют тепловые процедуры.

Лечение гематомы небольших размеров заключается в проведении пункции ее с отсасыванием крови, применение давящей повязки и холода по схеме. При нагноении

гематом показано хирургическое вмешательство (вскрытие гнойника) и назначение противовоспалительной терапии.

Рана – повреждение мягких тканей с нарушением целостности кожи или слизистой. Различают резаные, ушибленные, рваные, колотые, рубленые, укушенные, огнестрельные, проникающие и др. раны.

Первичная хирургическая обработка ран на лице проводится по общепринятым правилам, однако существуют некоторые особенности, которые следует учитывать:

- на лице раны ушиваются наглухо в течение 36-48 часов, а под прикрытием антибиотиков – в течение 72 часов после травмы;
- при хирургической обработке иссекаются только нежизнеспособные ткани;
- раны на лице ушивают послойно с обязательным ушиванием мимической мускулатуры;
- при проникающих ранах в первую очередь ушивают слизистую полости рта;
- при повреждении естественных отверстий на лице в первую очередь ушивают края отверстий (красную кайму, край ноздри и т.д.);
- ушивание кожи на лице следует проводить синтетическими монофиламентными нитями толщиной 4/0, 5/0 с целью избежания грубых послеоперационных рубцов.

С целью получения хороших косметических результатов после заживления ран на лице применяют мази, массаж, физиолечение (парафинотерапия, электрофорез, гелий-неоновый лазер) и др.

Наиболее часто ожоги лица и шеи встречаются у детей до 7 лет и чаще возникают от термических факторов (пламя, пар, опрокидывание кипящих жидкостей, дотрагивание до горячих предметов). Другие виды ожогов у детей (химические, электрические, лучевые) встречаются реже.

Тяжесть клинической картины зависит от величины площади поражения и глубины ожога. По глубине и степени поражения различают ожоги 1-й, 2-й, 3-й а, 3-й б и 4-й степени.

При 1-й степени ожога, сопровождающейся гиперемией кожи, происходит заживление без остающихся следов или с временной гиперпигментацией. При 2-й степени ожога, сопровождающейся поражением сосочкового слоя дермы с образованием пузырей различного размера, появляется быстро нарастающий отек тканей в течение 4-5 дней, при этом происходит образование нового кожного покрова или рана заживает с образованием рубцов и пигментациями. При ожогах 3-й и 4-й степени в тканях лица происходят более тяжелые изменения. При 3-й а степени элементы эпителия частично сохранены, при 3-й б степени – полный некроз кожи. Ожоги 4-й степени вызывают поражения глублежащих тканей.

Ожоги лица из-за обильной иннервации всегда сопровождаются резкими болями, что служит показанием к применению обезболивающих средств.



Дети с обширными ожогами лечатся в специализированных отделениях, в стоматологическом отделении лечатся дети с ограниченными ожогами или их последствиями.

Лечение детей с ожогами лица состоит в профилактике ожогового шока, местной терапии (мазевые повязки, кератопластики), антибактериальная терапия, физиолечения. В детском возрасте, образовавшиеся после глубоких ожогов келлоидные рубцы лица и шеи, препятствуют пропорциональному развитию костей лица и приводят к развитию тяжелых вторичных деформаций челюстно-лицевой области.

Среди травматических повреждений зубов различают: ушиб, вывих, перелом зуба (коронки, корня).

При ушибе зуба появляется боль, усиливающаяся при нагрузке, при этом клинорентгенологическая целостность самого зуба не нарушена. Педиатру следует направить ребенка к врачу-стоматологу для уточнения диагноза и проведения соответствующего лечения, так как при этом может погибнуть пульпа и зуб следует трепанировать

Вывих зуба может быть полный, неполный, вколоченный. Клинически, при полном вывихе зуб удерживается только слизистой десны или выпадает из его лунки, при неполном – становится подвижным и смещается, при вколоченном – внедряется в губчатое вещество альвеолярного отростка.

Задача педиатра заключается во временной остановке кровотечения, назначении обезболивающих препаратов и направлении ребенка к врачу-стоматологу для постановки диагноза и оказания специализированной помощи. Педиатру надо знать, что вывихнутые постоянные зубы следует поместить в физиологический раствор(или молоко) и сохранить с целью последующей реплантации зуба. При неполных вывихах зубы трепанируют и фиксируют в правильном положении на 4-5 недель.

Перелом зуба может локализоваться в области коронки, шейки и корня. При переломах коронок зубы сохраняют, восстанавливают анатомическую форму коронки при помощи пломбировочных материалов или искусственных коронок, при переломах корней, в зависимости от вида перелома, зубы или удаляют или сохраняют.

При наличии травмы зубов у детей, педиатру после оказания неотложной помощи необходимо своевременно направить ребенка к врачу-стоматологу.

Переломы челюстей при травмах челюстно-лицевой области у детей возникают реже, чем у взрослых, что объясняется большой эластичностью челюстных костей, большей толщиной надкостницы и обильным ее кровоснабжением. Однако постоянный рост детей, наличие в толще челюстных костей зачатков зубов отягощают клиническое течение переломов челюстей.

Причинами переломов нижней челюсти являются удары, падение, попадание под транспорт, а также спортивная и уличная травма. Переломы нижней челюсти чаще

наблюдаются у мальчиков в возрасте от 7 до 14 лет. Типичная локализация переломов нижней челюсти у детей: передний, боковой отдел тела нижней челюсти, мышцелковый отросток. При переломе нижней челюсти особое внимание обращают на затрудненное движение челюсти, боль при разговоре, глотании, патологическую подвижность нижней челюсти, крепитацию, смещение фрагментов кости, нарушение прикуса, обильное слюнотечение. Различают переломы тела нижней челюсти (одинарные, двойные), ветви нижней челюсти (одинарные, двойные), сочетанные переломы тела и ветви нижней челюсти (односторонние, двусторонние). У детей чаще встречаются одинарные переломы нижней челюсти в центральном отделе, реже – двойные переломы тела и сочетание переломов тела и ветви нижней челюсти.

В детском возрасте одинарные переломы нижней челюсти чаще происходят по типу «зеленой ветки». При переломе тела нижней челюсти большого расхождения отломков не наблюдается. Одинарные переломы нижней челюсти на боковом участке проявляются более выраженным смещением отломков, резким нарушением прикуса. Переломы нижней челюсти в области угла характеризуются отсутствием смещения костных фрагментов и сильными отеками с образованием гематомы.

Переломы альвеолярного отростка в области резцов и клыков – распространенный вид повреждения верхней челюсти у детей, которые возникают вследствие падения во время ходьбы, бега и т.д. Переломы альвеолярного отростка сопровождаются значительными разрывами слизистой оболочки, отеком мягких тканей, повреждением зубных зачатков, смещением отломанного отростка, что приводит к патологической подвижности отломка и нарушению прикуса. Переломы верхней челюсти возникают вследствие тяжелой множественной травмы и нередко сочетаются с переломами нижней челюсти. Переломы верхней челюсти являются открытыми, так как возникают разрывы слизистой оболочки полости рта, носа, верхнечелюстных пазух. Часто переломам верхней челюсти сопутствуют переломы основания черепа и сотрясение мозга.

При исследовании ребенка с переломом верхней челюсти обращают внимание на уплощение или удлинение лица. При двусторонних переломах вместе с нижними стенками глазницы могут опускаться и глазные яблоки. При односторонних переломах это отмечается только на поврежденной стороне и сопровождается диплопией. Характерными признаками переломов верхней челюсти являются кровотечение из носа, кровоизлияние в клетчатку глаза. Кровотечение из ушей, ликворея из носа или ран верхней челюсти указывают на повреждение основания черепа. Выявление подвижности, определение ее степени и характера указывают на наличие перелома и его тип.

При переломах костей носа выявляется подвижность костных отломков, кровотечение вследствие разрыва слизистой оболочки. Основными симптомами при переломе скуловой кости являются: отек мягких тканей на стороне повреждения, кровоподтек в области век и

конъюнктивы глаза, болезненность в области скуловой кости и стенок верхнечелюстной пазухи, кровотечение из носа, деформация в области скуловой кости, нижнего края глазницы и скулоальвеолярного гребня, болезненное открывание рта, экзофтальм, диплопия, потеря чувствительности тканей верхней губы, зубов, части щеки, крыла носа. При переломе скуловой дуги отмечается западение тканей в области скуловой дуги и ограничение открывания рта.

Рентгенологическое исследование является одним из достоверных методов диагностики переломов челюстей у детей. Наиболее информативными являются рентгенограммы, выполненные в прямой носолобной проекции и ортопантограммы, позволяющие анализировать состояние обеих челюстей и других костей лицевого черепа.

Основными принципами лечения детей с переломами челюстей являются: надежное и полное обезболивание; репозиция отломков челюсти с учетом прикуса у ребенка; иммобилизация отломков челюсти преимущественно консервативными способами; назначение специальной диеты (жидкая, мягкая пища); медикаментозная терапия (антибактериальная, симптоматическая, общеукрепляющая и др.); физиолечение.

Правильный метод лечения определяет дальнейшее развитие челюстей, рост зубов, полноценность функций жевания и речи, внешний вид ребенка.

Оказание неотложной помощи детям при переломах челюстей проводится с учетом анатомических и возрастных особенностей, обращается внимание на форму и наибольшую высоту коронок зубов, на промежутки между ними, неустойчивость корней в период временного и сменного прикуса, затрудняющие шинирование. Иммобилизация отломков при переломах челюстей проводится с помощью пращевидной повязки, шины-каппы, гладкой шины скобы, проволочной шины с зацепными петлями и др. В отдельных случаях, когда консервативными методами не удастся репонировать и фиксировать отломки, прибегают к оперативному лечению переломов челюстей у детей (проводят остеосинтез с помощью наkostных титановых пластин и др.).

Наиболее частыми осложнениями при переломах челюстей у детей являются повреждения и изменения со стороны ВНЧС, инфекционно-воспалительные осложнения, повреждения зон роста челюстей, фолликулов постоянных зубов и др. Повреждения челюстей с утратой зубов и костной ткани приводят к эстетическому дефекту, деформации челюсти и челюстно-лицевым аномалиям. Повреждения мягких тканей лица могут привести к образованию обезображивающих рубцов, замедлению роста тканей, косметическим и функциональным нарушениям.

Термином «родовая травма» объединяются различные по тяжести повреждения мягких тканей и органов плода в процессе родового акта под воздействием механических сил со стороны родовых путей матери.

При различных вариантах родовспоможения (применение акушерских щипцов и вакуум-экстракторов и др.), а также патологических родах (неправильное положение ребенка, ручное родовспоможение, активная медикаментозная стимуляция родов и др.) могут возникать различные повреждения ЧЛЮ (переломы и вывихи нижней челюсти, переломы костей глазницы, скуловой кости, переломы мышечкового отростка нижней челюсти, повреждения височно-нижнечелюстного сустава и др.). Педиатры родильных домов должны помнить, что повреждения сустава можно обнаружить сразу после предполагаемой травмы: при пальпации области сустава ребенок дает выраженную болевую реакцию, в этой области может быть отек мягких тканей, ограниченное открывание рта. Для постановки правильного диагноза необходимо рентгенологическое обследование ребенка. Лечение травматических повреждений осуществляется в стоматологическом стационаре с последующим диспансерным наблюдением ребенка до окончания роста лицевого скелета.

Врачу-педиатру необходимо уметь оказывать неотложную помощь ребенку с травмой ЧЛЮ, которая заключается в предупреждении непосредственных осложнений травмы (кровотечение, асфиксия, травматический шок).

К временным способам остановки кровотечения относятся: тугая или давящая повязка, асептическая повязка, пальцевое прижатие сосудов, тампонада раны, наложение кровоостанавливающего зажима на кровоточащий сосуд. Окончательная остановка кровотечения осуществляется в стационаре.

Выделяют пять видов асфиксии: дислокационную, обтурационную, статическую, клапанную, аспирационную.

Для профилактики асфиксии необходимо: выдвинуть нижнюю челюсть вперед и запрокинуть голову; взять на лигатуру кончик языка, вытянуть его вперед и вверх; провести ревизию ротоглотки и удалить инородные тела из полости рта; наложить трахеостому или интубировать ребенка; ушить лоскуты мягких тканей мягкого нёба или поставить воздуховод; придать больному положение «на боку» и отсосать содержимое ротоглотки (кровь, слюну).

Для профилактики болевого шока у детей применяют обезболивание (ненаркотические анальгетики) или блокаду очага поражения местными анестетиками (новокаин, лидокаин, ультракаин и др.). Осуществляют временную или транспортную иммобилизацию костных отломков с помощью пращевидной повязки, кругового бинтования, фиксации нижней челюсти к липким пластырем, лигатурным (проволочным) связыванием зубов или челюстей. Затем показана срочная транспортировка ребенка в специализированный стационар.

В стационарных условиях с целью предупреждения инфекционно-воспалительных осложнений травмы, детям назначается антибактериальная терапия, тщательный уход за полостью рта ребенка.

Ближайшие осложнения травмы челюстно-лицевой области: нагноения ран, абсцессы и флегмоны мягких тканей, травматические остеомиелиты и синуситы.

Отдаленные осложнения челюстно-лицевой области: рубцовая деформация мягких тканей, дефекты мягких тканей, адентия и гибель зачатков зубов, ложный сустав, задержка роста челюсти, нарушение прикуса, заболевания височно-нижнечелюстного сустава и др., поэтому дети, перенесшие травму зубов и челюстей, нуждаются в диспансерном наблюдении до окончания роста костей лицевого скелета.

В детской стоматологической практике применяются следующие виды местного обезболивания: неинъекционные (химические, физические) и инъекционные (инфильтрационная и проводниковая анестезии). К неинъекционным методам местного обезболивания относятся аппликационная анестезия и физические методы (электроанелгезия, электрофорезанелгезия, обезболивание охлаждением, ультразвуковое воздействие).

Аппликационное обезболивание (терминальная или поверхностная анестезия) осуществляется безинъекционным способом путем нанесения анестезирующих средств на поверхность тканей. Для проведения аппликационной анестезии у детей применяют: анестезин, пиромекаин (1-2% раствор, гель, 5%-ю пиромекаиновую мазь с метилурацилом, 3%-ю пиромекаиновую мазь на коллагене); лидокаин (3% гель, 2-3% мази, 10% раствор аэрозоля); ксилонар-гель; инстилагель; облатки для блокады и др.

При болезненном прорезывании зубов используют «Дентинокс Гель Н» – обезболивающее средство, специально разработанное для детей. Применение дикаина противопоказано детям до 10-летнего возраста. Физические методы местного обезболивания у детей используются редко.

Инъекционное обезболивание направлено на исключение болевой чувствительности соответствующего участка путем введения раствора анестетика. Для инъекционного обезболивания используются следующие анестетики: 0,5-2% раствор новокаина, 1-2% раствор лидокаина, септонест, скандонест, ультракаин, убистезин и др.

При проведении анестезии у детей обязательным условием является сбор аллергологического анамнеза.

В детской практике врача хирурга-стоматолога и челюстно-лицевого хирурга часто используют ингаляционный (масочный, назофаренгиальный, эндотрахеальный) и неингаляционный (внутривенный, внутримышечный) виды наркоза. Для ингаляционного наркоза используют смеси закиси азота и кислорода с фторотаном. Для неингаляционного наркоза: кетамин, кеталар, калипсол, сомбревин и др.

*Основными показаниями к общему обезболиванию в детской стоматологии являются:* наличие пороков развития (заболеваний) центральной нервной системы (олигофрения, болезнь Дауна и т.п.); эпилепсия; непереносимость местных анестетиков; повышенная

психоэмоциональная возбудимость ребенка; заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии компенсации; бронхиальная астма; возраст ребенка до 5 лет; наличие одонтогенных воспалительных заболеваний (абсцессы, флегмоны и т.д.), когда применение местных анестетиков болезненно и малоэффективно; большой объем оперативного вмешательства, при котором местная анестезия недостаточна; лечение большого количества зубов в одно посещение; желание родителей провести лечение под наркозом (если нет противопоказаний). *Противопоказаниями* к плановому наркозу в детской стоматологии являются: острые заболевания верхних дыхательных путей, или обострение хронических; острые хронические заболевания паренхиматозных органов (печени и почек), или обострение хронических; некомпенсированный сахарный диабет, рахит; заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации; повышенная температура тела (инфекционные заболевания, вирусные инфекции и т.п.); полный желудок (не ранее, чем через 4 часа после еды); затруднение носового дыхания (для назофарингеального наркоза); острый герпетический стоматит; аномалии конституции, связанные с гипертрофией вилочковой системы; геморрагические диатезы.

*Перед плановым оперативным вмешательством под общим обезболиванием необходимо иметь:* заключение врача-педиатра о состоянии здоровья ребенка; выписку о перенесенных заболеваниях; общий анализ крови (время свертываемости крови, содержание уровня тромбоцитов); группу крови и резус фактор; общий анализ мочи; результаты биохимических исследований (содержание сахара в крови, мочевины); заключение соответствующих специалистов при наличии сопутствующей патологии; данные температуры тела ребенка.

### **Задания для самостоятельной работы студента:**

Для самостоятельного изучения темы студенту вначале следует ознакомиться с контрольными вопросами по теме занятия, а также внимательно изучить методические рекомендации для студентов (Учебный материал или содержание занятия) для того, чтобы дать ответы на контрольные вопросы по теме занятия. В дальнейшем, для более углубленного изучения темы, студенту необходимо изучить соответствующие разделы основной литературы и, по возможности, прочесть соответствующие разделы дополнительной литературы, указанной в списке.

На практическом занятии студент самостоятельно курирует одного больного, собирает жалобы и анамнез заболевания, проводит клиническое обследование ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия и др.), анализирует данные лабораторных и других видов обследования (рентгенограммы, анализы крови, мочи и др.) и формулирует ориентировочный (предварительный) диагноз заболевания. После обсуждения полученных данных с преподавателем студент формулирует клинический диагноз заболевания и составляет индивидуальный план лечения (или дообследования) курируемого ребенка.

По возможности, студент участвует в качестве ассистента в перевязках ранее прооперированных больных, дает рекомендации родителям по уходу за ребенком и др.

Проведенную работу студент, под контролем преподавателя заносит в историю болезни (амбулаторную карточку) курируемого ребенка, операционный журнал и др., а также пишет историю болезни курируемого больного по общепринятой схеме. Все вышеизложенное позволяет выполнить целевые задачи занятия (овладеть необходимыми практическими навыками).

### **Самоконтроль усвоения темы:**

Решение ситуационных задач по теме занятия. Написание истории болезни.

После изучения темы для контроля качества усвоения и выявления неясных моментов предлагается ответить на следующие вопросы тестового контроля.

*1.Одонтогенный периостит –это:*

- а) воспаление надкостницы челюстных костей;
- б) гнойно-некротическое воспаление костной ткани челюсти.

*2.Гематогенный остеомиелит возникает чаще у детей:*

- а) до 1 года; б) 5-6 лет; в) 9-13 лет.

*3.Показаниями к госпитализации при острых одонтогенных периоститах у детей являются:* а) отсутствие положительной динамики в течение 24 часов после оказания помощи в амбулаторных условиях; б) общее тяжелое состояние ребенка; в) наличие сопутствующей соматической патологии.

*4. Острый гнойный лимфаденит характеризуется наличием:*

- а) увеличенного, болезненного, не спаянного с окружающими тканями лимфоузла;
- б) увеличенного, резко болезненного неподвижного лимфоузла.

*5.Ребенка с эпидемическим паротитом изолируют от других детей:*

- а) на 3-5 день от начала заболевания; б) на 9-10 день от начала заболевания.

*6.На лице раны могут быть ушиты наглухо в течение:*

- а) 72 часов; б) 36-48 часов; в) 5 суток.

*7.К непосредственным осложнениям травмы челюстно-лицевой области относятся:*

- а) асфиксия; б) кровотечение; в) анафилактический шок; г) травматический шок.

*8. Ближайшие осложнения при травме челюстно-лицевой области:*

- а)нагноение раны; б)ложный сустав; в)травматический остеомиелит; г)рубцовая деформация мягких тканей.

*9.К инъекционным методам местного обезболивания относятся:*

- а)аппликационная анестезия; б)инфильтрационная анестезия; в)электроаналгезия; г)проводниковая анестезия.

10. Для ингаляционного наркоза используют:

а) калипсол; б) кеталар; в) сомбревин; г) фторотан; д) закись азота.

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача №1.**

Мальчику 4 года. Жалуется на острую нарастающую боль в области нижней челюсти справа и боль зуба. Ночь не спал. Болеет в течение суток. Грели грелкой, был озноб, температура тела вечером до 38°C. Объективно: температура тела 37,8°C. Асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей в области нижней челюсти справа. Кожа не напряжена. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации. Рот открывает хорошо. В 85 зубе большая кариозная полость, резкая болезненность при перкуссии зуба. Переходная складка в области зуба 85 сглажена, слизистая оболочка отечна, гиперемирована, при пальпации определяется флюктуация.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения больного.

#### **Задача №2.**

Девочке 5 лет. Жалуется, со слов мамы, на острую нарастающую боль в области нижней челюсти слева и боль зуба. Болеет в течение 2 суток, температура тела вечером до 38°C. Объективно: температура тела 37,9°C. Асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей в области нижней челюсти слева. Кожа не напряжена. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации, рот открывает хорошо. В 75 зубе большая кариозная полость, резкая болезненность при его перкуссии. Переходная складка в области зуба 75 сглажена, слизистая оболочка отечна, гиперемирована, при пальпации определяется флюктуация.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения больного.

#### **Задача №3.**

Ребенку 7 лет. Жалуется на боли в области нижней челюсти слева повышенную температуру тела, слабость. Болеет в течение 3 суток, беспокоит зуб 75, ранее леченный. Зуб трепанировали, назначили полоскание, сульфаниламидные препараты, однако состояние ребенка ухудшалось. Объективно: температура тела 38,5°C. Асимметрия лица за счет отека мягких тканей в области нижней челюсти слева. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат в области тела нижней челюсти и подчелюстной области слева. Кожа над ним гиперемирована, напряжена. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации, рот открывает ограниченно. В полости рта: переходная складка



на уровне зубов 73 74 75 сглажена, слизистая оболочка отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации, зубы 73 74 75 подвижны, перкуссия их болезненна. Со стороны анализа крови: лейкоцитоз  $12,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ-35мм/час, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения больного.
3. Тактика врача-педиатра.

#### **Задача №4.**

Ребенку 2,5 недели. Болеет в течение 2-х дней, когда повысилась температура тела до  $38^\circ\text{C}$ . Осмотрен врачом-педиатром: патологии со стороны внутренних органов не выявлено. На следующий день появился отек левого глаза. Осмотрен окулистом и направлен к стоматологу. В анамнезе: ребенок недоношенный, гипотрофия, вскармливание грудное, у мамы трещины соска.

Объективно: ребенок беспокойный, сухость кожных покровов, жидкий стул. Со стороны легких - без патологии. Со стороны анализа крови: лейкоцитоз  $16,7 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ-27мм/час, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Асимметрия лица за счет отека мягких тканей в области верхней челюсти слева. Отек век левого глаза, глаз закрыт. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат в области верхней челюсти слева. В полости рта: отек и гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти и неба слева, определяется зыбление при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения больного с указанием места его проведения.

#### **Задача №5.**

Ребенку 20 дней. Мама жалуется на беспокойное поведение ребенка, повышенную температуру тела, отек век левого глаза.

В анамнезе: беременность и роды протекали без особенностей. У ребенка «мокнущие пупка» - прижигали «зеленкой». Три дня тому назад ребенок начал отказываться от еды, стал беспокойным, не спит, повысилась температура тела. Консультирован окулистом, педиатром и направлен на консультацию к стоматологу.

Объективно: ребенок беспокойный, расстройство ЖКТ, температура тела  $38,6^\circ\text{C}$ . Определяется выраженный отек мягких тканей в области верхней челюсти слева. Глазная щель закрыта, кожа в подглазничной области слегка гиперемирована. В полости рта: отек и гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти слева. По переходной складке и на твердом небе имеются свищи с гнойным отделяемым.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения больного с указанием места его проведения.

#### **Задача №6.**

Мальчику 13 лет. Жалобы на боли в области подбородка, повышенную температуру тела. В анамнезе: болеет в течение 3-х дней после переохлаждения, когда заболели зубы на нижней челюсти. К врачу не обращался. Боль усиливается, появился отек мягких тканей. Выяснено, что год тому назад во время игры в хоккей получил удар в область подбородка. Рана на губе была ушита, а зубы на нижней челюсти самостоятельно укрепились и больше не болели.

Объективно: температура тела 37,8°C. Отек мягких тканей в области подбородка и нижней губы. Пальпация резко болезненна. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации. На нижней губе рубец. В полости рта: отек и гиперемия слизистой преддверия полости рта, резкая болезненность при пальпации. Зубы 31 32 41 42 подвижны, резкоболезненны при перкуссии, без нарушения целостности коронок но с изменением их цвета.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Составьте план лечения больного.
- 3.Тактика врача-педиатра

#### **Задача №7.**

Ребенку 5 лет. Жалобы на наличие в подчелюстной области справа «опухоли», болезненной при пальпации.

В анамнезе: впервые заметили образование около 2-х месяцев тому назад. Вначале в виде небольшого «шарика», болезненного при пальпации. Проводили самолечение (грелки, компрессы, антибиотики). Однако «шарик» периодически уменьшаясь, все же постепенно увеличивается и последнее увеличение его связано с переохлаждением.

Объективно: в подчелюстной области справа пальпируется несколько подвижных, плотных, слабо болезненных образований 1,0 x 1,5 см в диаметре, не спаянных с кожей и окружающими тканями.

В полости рта: 84 85 зубы с глубокими кариозными полостями, безболезненные при перкуссии. На десне имеются свищи с гнойным отделяемым.

На рентгенограмме нижней челюсти: структура костной ткани в области тела челюсти не нарушена.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Составьте план лечения больного.
- 3.Тактика врача-педиатра

#### **Задача №8.**

Мальчику 5 лет. Жалобы на плохой аппетит, слабость, боли в мышцах. В течение 3-х суток температура тела повышалась до 38,3°C. Накануне вечером у ребенка «припухла щека» справа, а утром отек появился и слева.

*Объективно:* Асимметрия лица за счет отека мягких тканей обеих околоушных областей, больше справа. Припухлость распространяется до скуловой дуги, а сзади до сосцевидного отростка. Мочки ушей оттеснены кнаружи. Кожа над припухлостью в цвете не изменена, напряжена. Пальпация слабо болезненна, припухлость мягкоэластичная. Рот открывает в полном объеме.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения больного.

### **Задача №9.**

Ребенку 10 лет. Жалобы на боли в области нижней челюсти. В анамнезе: сегодня, во время игры в хоккей получил удар шайбой в область подбородка.

*Объективно:* отек мягких тканей в области нижней губы и подбородка. Боль при пальпации. В полости рта: прикус не нарушен, на слизистой оболочке нижней губы имеется глубокая рана около 3,0 см, кровотечение. На контрольной R-грамме костей лицевого скелета патологии не выявлено. Фронтальные зубы нижней челюсти устойчивы, но резко болезненны при перкуссии.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения больного.
3. Тактика врача-педиатра

### **Задача №10.**

Мальчику 13 лет. Четыре дня тому назад во время соревнований получил сильный удар локтем в левую половину лица. Терял сознание. Было кровотечение из левой ноздри. После травмы стал плохо открываться рот.

*Объективно:* отек мягких тканей в левой скуловой области. Кровоизлияние в конъюнктиву левого глаза. По нижнеглазничному краю слева определяется «ступенька», боль при пальпации. Рот открывает на 1,0 см. Прикус не нарушен. На R-грамме нижней челюсти патологии не выявлено. На R-грамме придаточных пазух носа определяется затемнение левой гайморовой пазухи.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения больного.
3. Тактика врача-педиатра

- 1.Бажанов Н.Н. Стоматология. - М.: Медицина, 1990.
2. Терехова Т.Н. и соавт. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия: учеб.-метод. пособие.- Мн.:, 2001.
- 3.Лекционный материал.

**Литература дополнительная:**

- 1.Анестезия в детской амбулаторной стоматологической практике:Учебно-методическое пособие./Т.Н.Терехова и др. –Мн.: БГМУ, 2003.-36с.
- 2.Виноградова Т.Ф. Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей. – М.: Медицина, 1982.
- 3.Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. / Под.ред. Шаргородского А.Г.- М: Медицина, 1985. - С.66-94, 142-154.
- 3.Воспалительные заболевания слюнных желез у детей. Учебно-методическое пособие. / Трихманенко С.В., Корсак А.К., Кузнецова С.В.- Минск, 2000. -41с.
- 4.Колесов А.А. Стоматология детского возраста. – М.: Медицина, 1991. – С. 11-45, 170-227, 237-242, 320-345.
- 5.Корсак А.К. Травма челюстно-лицевой области у детей. - Мн.: БГМУ, 2002.- 91с.

*Методическую разработку подготовила асс.Петрович Н.И.*

*Рецензент доц. Корсак А.К..*