



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

**КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ**

**Заведующий кафедрой**

**доктор медицинских наук, профессор О.З. Топольницкий**

## **ТРАВМА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.**

**КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.**



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

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

# ТИПИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ЛИЦА У ДЕТЕЙ

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



НЕ  
ЗАБЫТЬ  
!!!

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

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА УШИБА КОСТИ И НАДКОСТНИЦЫ

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



Травматический гиперостоз через 6 мес после травмы

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

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

Надкостница внутренней поверхности сохраняет целостность и препятствует дальнейшему смещению фрагментов

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

# ПОДНАДКОСТНИЧНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ

характеризуются тем, что сломанная кость остается покрытой надкостницей

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

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

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





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

# ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОСТЕОЛИЗ

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

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

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

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

# ПЕРЕЛОМЫ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

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

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

# ПЕРЕЛОМЫ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

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

# ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

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

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

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

# ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

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



Перелом тела нижней челюсти со смещением фрагментов.

# ПЕРЕЛОМЫ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА

## □ одностороннее повреждение

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

## □ двустороннее повреждение

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

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



# ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВОЙ КОСТИ

Не бывают изолированными.

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

# ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВОЙ ДУГИ

чаще всего бывают закрытыми

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

# ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ ЧЕЛЮСТЕЙ

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

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

# ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ

восстановление анатомической целостности и функции поврежденной кости

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

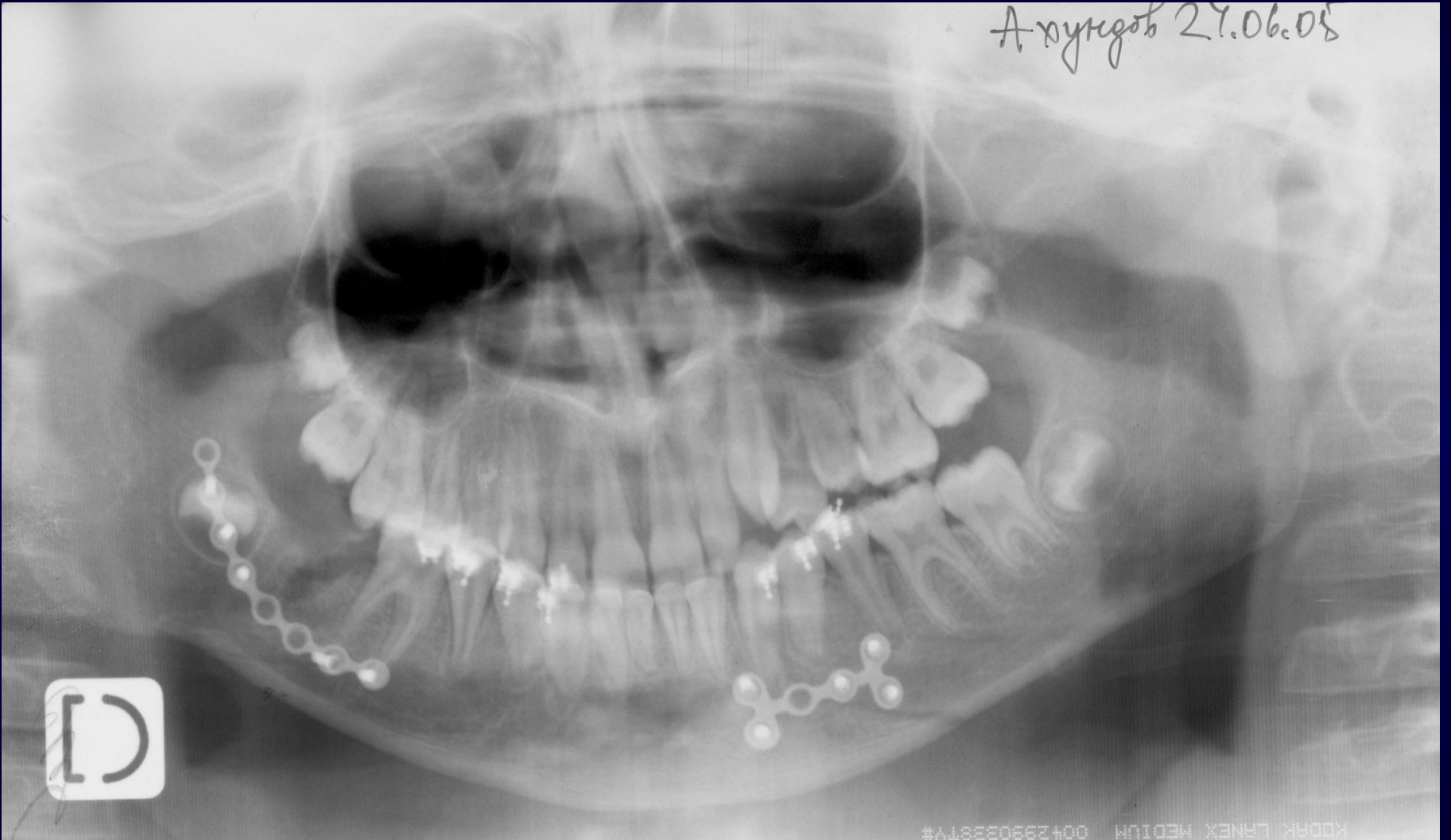




Dental Services



A. pyrogob 27.06.08



KODAK LAMEX MEDIUM 00+23903381V#

# Переломы нижней челюсти

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

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

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