

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Кафедра «Челюстно-лицевая хирургия»

Курсовая работа

По дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия (детская челюстно-лицевая
хирургия)»

На тему «Открытые и закрытые повреждения мягких тканей рта и лица у
детей»

Специальность 31.05.03 Стоматология

Выполнила: ст. 16лсб группы 4 курса

Пашкова Анна Витальевна

Руководитель: ассистент каф. «ЧЛХ»

Амбарян Гарик Мнацаканович

Работа защищена с оценкой _____

Дата защиты _____

Пенза 2020

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой «Челюстно-лицевая хирургия»

к.м.н. _____ Нестеров А. В.

ЗАДАНИЕ

на курсовую работу по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия (детская челюстно-лицевая хирургия)»

Тема: «Открытые и закрытые повреждения мягких тканей рта и лица у детей»

1. Провести аналитико-синтетический обзор информационных ресурсов по выданной теме.
2. Выделить основные проблемные вопросы
3. Предоставить материал на проверку руководителю
4. Выполнить работу, сформулировать основные выводы, заключение, при необходимости снабжая иллюстрациями.

Руководитель работы: Амбарян Г. М.

Должность _____ Подпись _____ ФИО _____

Содержание

Введение.....	4
Основная часть.....	5
1. Общая характеристика и классификация повреждений челюстно-лицевой области.....	5
2. Травмы мягких тканей лица и полости рта у детей.....	6
2.1. Ушибы.....	6
2.2. Гематомы и кровоизлияния.....	8
2.3. Раны мягких тканей лица и полости рта.....	10
Заключение.....	19
Список литературы.....	20

Введение

Травмой или повреждением называется воздействие на организм человека факторов внешней среды, нарушающее анатомическую целостность и физиологические функции органов и тканей и сопровождающееся местной и общей реакцией организма.

Проблема травматизма челюстно-лицевой области продолжает оставаться одной из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. В последние десятилетия отмечается тенденция к утяжелению травмы челюстно-лицевой области, в основном за счет транспортной и уличной травмы. В настоящее время больные с травмой челюстно-лицевой области составляют до 30 % от числа больных, находящихся на лечении в челюстно-лицевых стационарах. Частота травматизма челюстно-лицевой области у детей составляет 10,0 на 1000 детского населения.

Основная часть

1. Общая характеристика и классификация повреждений челюстно-лицевой области

По механизму возникновения (характеру поражающих факторов) повреждения челюстно-лицевой области подразделяют:

1. На механические (неогнестрельные и огнестрельные);
2. Термические (ожоги, отморожения, электротравма);
3. Химические;
4. Лучевые;
5. Комбинированные.

Выделяют открытые и закрытые повреждения. К открытым повреждениям относят такие, при которых имеется повреждение покровных тканей организма (кожи или слизистой оболочки), что, как правило, ведет к инфицированию поврежденных тканей. При закрытой травме кожа и слизистая оболочка остаются неповрежденными. [5]

По характеру повреждений тканей челюстно-лицевой области можно выделить следующие основные группы больных:

1. С повреждениями мягких тканей лица и полости рта (ссадины, ушибы, кровоизлияния, гематомы, раны);
2. С повреждениями зубов (ушибы, вывихи, переломы);
3. С переломами костей лицевого скелета (нижней челюсти, верхней челюсти, скуловой кости, костей носа);
4. С сочетанными повреждениями тканей челюстно-лицевой области (зубов и костей; мягких тканей и зубов; мягких тканей и челюстей).

Характер повреждений ЧЛЮ у детей зависит от возраста ребенка. Так, у детей до 5 лет преобладает травма мягких тканей лица и полости рта в виде ссадин, ушибов и ран. После 6 лет увеличивается количество детей с травмой зубов и челюстей. У детей старшего возраста, особенно у подростков, чаще

встречаются повреждения зубов и костей лицевого скелета, а также обширные повреждения мягких тканей лица. Данную тенденцию можно объяснить тем, что с возрастом у детей на лице уменьшается количество подкожно-жировой клетчатки, уменьшается жировой комок Биша, уменьшается прочность лицевых костей за счет их роста минерального компонента. Данные изменения на фоне увеличения роста и веса детей, увеличения их подвижности, активности, любопытства и смелости, занятий неорганизованным спортом и др., способствуют росту детского травматизма вообще, в том числе, и травматизма челюстно-лицевой области.[11]

2. Травмы мягких тканей лица и полости рта у детей

Повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области у детей в большинстве случаев связаны с травмой в быту, реже — с уличной и транспортной травмами. В детском возрасте чаще всего встречается механическая неогнестрельная травма мягких тканей. Термические и химические ожоги мягких тканей лица и слизистой полости рта, а также отморожения в детском возрасте встречаются значительно реже и в основном до 3-х лет.

Механические повреждения мягких тканей могут быть закрытыми и открытыми. В первом случае механическая травма не сопровождается нарушением целостности кожи и слизистой во всю ее толщу. К ним относят: ушибы, гематомы, кровоизлияния, ссадины. При открытых повреждениях мягких тканей целостность кожи или слизистой оболочки и подлежащих тканей нарушена. Такие повреждения называют ранами. Они бывают резаными, колотыми, ушибленными, рубленными, укушенными и др.[9]

2.1. Ушибы

Ушиб (contusio) — механическое повреждение тканей или органов без нарушения анатомической целостности кожи или слизистой, возникшее путем прямого действия тупого предмета на тот или иной участок тела. Ушибы

мягких тканей лица у детей возникают в результате падения на какой-либо тупой предмет или за счет удара по лицу тупым предметом. Тяжесть ушиба определяется, с одной стороны, кинетической энергией травмирующего фактора, с другой — видом и физическим состоянием тканей, на которые действует травма.

Несмотря на то, что дети в возрасте до 5 лет относительно чаще падают, чем более старшие дети, благодаря эластичности кожи лица, обилию подкожно-жировой клетчатки, наличию жирового комка Биша, а также меньшему росту и весу, они чаще всего получают ушибы мягких тканей лица без нарушения целостности кожи и повреждения зубов и костей лицевого скелета. [14]

При ушибе мягких тканей лица у детей клинически, как правило, имеется обширный отек, который зависит от силы и места приложения травмирующего фактора. Обширные отеки на лице у детей обусловлены обилием рыхлой подкожно-жировой клетчатки и лимфатических сосудов, гидрофильностью мягких тканей, особенностями водно-солевого обмена и др. Отеки мягких тканей лица у детей могут маскировать повреждения костей лицевого скелета, что следует исключать клинико-рентгенологически. Так, например, при ушибе мягких тканей подбородка, необходимо исключить отраженный перелом шейки мышечного отростка нижней челюсти.

Помимо отеков, ушиб мягких тканей распознают по образованию кровоизлияний (кровоподтеков), кожа над которыми имеет синюшную окраску. В дальнейшем цвет кожи в области травмы из-за распада гемоглобина меняется на желто-зеленый. Пальпация области повреждения болезненна, а функция тканей или органов нарушены (боли при жевании, ограничение открывания рта и др.). При ушибе губ часто повреждается их слизистая оболочка за счет ущемления тканей между зубами и твердым травмирующим предметом. [20]

Посттравматические отеки мягких тканей иногда переходят в

воспалительные инфильтраты, которые особенно выражены при вовлечении в патологический процесс надкостницы челюсти.

При ушибе мягких тканей, прежде всего, необходимо уменьшить боль и предотвратить кровоизлияние в ткани. Это достигается путем местного применения давящей повязки и холода. Холод (пузырь со льдом) используют в течение первых 2–3 суток после травмы. Для этого пузырь со льдом через салфетку прикладывают к поврежденному месту на 30 мин, с перерывами на 40–60 мин, а также с перерывом на время сна. Это позволяет уменьшить отек мягких тканей, снижает болевую чувствительность, препятствует кровоизлиянию в мягкие ткани за счет сужения кровеносных сосудов. Через 3–4 дня после травмы назначают лечение, ускоряющее рассасывание кровоизлияния: тепловые процедуры, УВЧ-терапию и др. [1]

Ушибы мягких тканей лица у детей часто сопровождаются ссадинами, т. е. поверхностными повреждениями кожи, не проникающими через всю толщу кожных покровов. Наиболее распространены ссадины кожи носа, скуловой области и подбородка. Лечение больного с такими повреждениями заключается в антисептической обработке кожи с удалением мелких инородных тел и обработкой ее настойкой йода, раствором бриллиантовой зелени или 1 %-ным раствором марганцево-кислого калия. Возможно применение УФО-терапии. Детям на лицо повязки, как правило, не накладывают. Такие повреждения кожи у детей быстро заживают и эпителизируются под струпом, в последующем не оставляя заметных следов. [8]

2.2. Гематомы и кровоизлияния

Ушибы мягких тканей челюстно-лицевой области могут сопровождаться образованием гематом и/или внутритканевых кровоизлияний. Гематома — это «кровяная опухоль», возникающая за счет повреждения кровеносных сосудов и расслоения мягких тканей с образованием полости. Наиболее характерным признаком образования

гематомы мягких тканей является симптом флюктуации или зыбления. Кожа над гематомой имеет синюшно-красный цвет, пальпация тканей болезненна. Для подтверждения диагноза возможна диагностическая пункция. Гематомы мягких тканей челюстно-лицевой области в зависимости от различных обстоятельств могут самостоятельно рассосаться, organizovatsya с образованием внутритканевого рубца или нагноиться. [18]

При лечении «свежих» гематом мягких тканей средних и больших размеров в первую очередь необходимо при помощи шприца отсосать кровь из полости образования с последующим применением давящей повязки и холода (пузырь со льдом) на поврежденную область по вышеприведенной схеме. Эвакуация крови из гематомы является, кроме того, профилактикой ее нагноения. При гематомах небольших размеров можно ограничиться применением давящей повязки и холода в течение 2–3 суток после травмы. Через 3–4 дня после травмы при лечении гематом применяют физиотерапевтические, в том числе тепловые процедуры, направленные на скорейшее рассасывание крови и воспалительного инфильтрата. В случае нагноения гематому следует вскрыть и дренировать с дальнейшим проведением терапии, как при лечении любого гнойно-воспалительного заболевания мягких тканей. [12]

Особую опасность представляют нарастающие гематомы и гематомы, тотчас образующиеся после отсасывания крови из нее. В этих случаях речь идет, как правило, о повреждении крупных артериальных сосудов. Такие гематомы чаще всего встречаются при повреждении мягких тканей дна полости рта и шеи. Их лечение заключается в экстренной госпитализации ребенка и проведении оперативного вмешательства с целью перевязки поврежденных сосудов в ране или на протяжении.

Все ушибы мягких тканей обычно сопровождаются внутритканевыми кровоизлияниями. Кровоизлияние — это пропитывание (имбибиция) кровью мягких тканей (подкожно-жировой клетчатки, мышц лица и др.), поврежденных во время травмы. Их лечение практически ничем не

отличается от лечения ушибов мягких тканей.[3]

Однако понятие «кровоизлияние» в хирургии имеет и другое содержание (смысл). Например, гемоторакс — кровоизлияние в плевральную полость; гемоперикард — кровоизлияние в сердечную сумку; гемосинус — кровоизлияние в верхнечелюстную пазуху и др. Эти патологические состояния, в отличие от кровоизлияния в мягкие ткани, требуют других методов лечения.[17]

2.3. Раны мягких тканей лица и полости рта

Рана — это повреждение мягких тканей с нарушением целостности покровов тела (кожи или слизистой) и с возможным повреждением подлежащих тканей. Признаками раны, как открытого повреждения тканей, являются: кровотечение, инфицирование, зияние краев раны, боль, нарушение функций и др.

В клиниках челюстно-лицевой хирургии для взрослых раны встречаются почти у 10 % госпитализированных больных (П. З. Аржанцев и соавт., 1975). В детских стационарах раны встречаются значительно чаще и составляют около 80 % больных находящихся на лечении. Это обусловлено тем, что кожа у детей, в зависимости от возраста, в 2–3 раза тоньше, чем у взрослых, а также многими другими причинами, рассмотренными выше. [19]

По характеру повреждения тканей различают раны: колотые, резаные, рубленые, ушибленные, рваные, укушенные, огнестрельные и др.

Колотые раны отличаются тем, что при небольшом повреждении кожи или слизистой имеют значительную глубину, а значит и вероятность повреждения сосудов нервов и т. д., расположенных в глубине тканей. Это требует тщательного обследования больного для исключения тяжелых внутренних повреждений. Помимо этого, при колотых ранах создаются особо благоприятные условия для развития гнойных осложнений.

Резаные раны возникают в результате травмы острыми предметами (нож, стекло, скальпель и др.). Они всегда зияют и сопровождаются

обильным кровотечением. К резаным ранам, относятся операционные раны. Они имеют наиболее благоприятные условия для заживления тканей первичным натяжением вследствие меньшего количества разрушенных клеток.

Рубленые раны возникают при травме тяжелым острым предметом. Для них характерны глубина повреждения, ушиб окружающих мягких тканей и инфицирование.

Ушибленные и рвано-ушибленные раны являются следствием воздействия на мягкие ткани тупого предмета. Они характеризуются ушибом мягких тканей, кровоизлияниями в окружающие мягкие ткани с нарушением кровообращения, что создает благоприятные условия для развития инфекции.

Укушенные раны склонны к нагноению, так как они всегда сильно загрязнены патогенной микрофлорой. Края их неровные, рваные, часто имеются дефекты мягких тканей. Укушенные раны на лице иногда сопровождаются ампутацией тканей носа, губ, ушных раковин и др. В детском возрасте достаточно часто встречаются укушенные раны языка из-за прикусывания его зубами во время падения ребенка. Укушенные раны от животных могут быть заражены вирусом бешенства, что требует соответствующего лечения.

Огнестрельные раны отличаются от остальных по механизму возникновения и имеют сложную анатомическую характеристику, зоны полного разрушения, некроза и молекулярного сотрясения тканей; высокую степень инфицирования; наличие инородных тел; высокую вероятность повреждения костных тканей; дефекты (отстрелы) мягких тканей и др. [2]

По глубине все раны подразделяют на *мелкие* (в пределах подкожножировой клетчатки) и *глубокие*. По отношению к полостям тела различают раны *проникающие* и *непроникающие*. В челюстно-лицевой области раны могут проникать в полость рта, в полость носа, в верхнечелюстную пазуху и т. д. Кроме того, раны мягких тканей лица могут быть с повреждением и без повреждения костей лицевого скелета.

Клиническая картина ран на лице определяется локализацией раны, характером повреждения и др. Однако в детском возрасте раны мягких тканей лица и полости рта имеют свои особенности, обусловленные анатомо-физиологическим и возрастным строением тканей челюстно-лицевой области.

Так, мягкие ткани челюстно-лицевой области имеют хорошее кровоснабжение и иннервацию, что способствует высокой регенеративной способности тканей и высокой устойчивости их к развитию нагноения.

Повреждения мягких тканей лица у детей сопровождаются обширными отеками, что связано с обилием рыхлой клетчатки кровеносных и лимфатических сосудов, высокой гидрофильностью тканей др. Обширные отеки мягких тканей особенно опасны при ранах дна полости рта, корня языка, мягкого нёба, зачелюстной области, вследствие возможности развития стенотической асфиксии. [6]

Раны челюстно-лицевой области характеризуются обильным кровотечением, что при повреждении крупных сосудов может представлять опасность для жизни ребенка.

У детей раны на лице всегда широко зияют вследствие сокращения мимической мускулатуры, высокой эластичности кожи и наличия толстого слоя подкожно-жировой клетчатки. Этот клинический симптом особенно выражен при повреждении губ.

Раны на лице и в полости рта у детей сопровождаются выраженной болью и гиперсаливацией, что может вести к мацерации кожи лица, потере жидкости и др. [10]

Поскольку лицо — открытая часть тела, то раны на нем часто сильно инфицированы и загрязнены инородными телами (земля, песок, и др.), что может явиться причиной их нагноения.

Повреждения тканей челюстно-лицевой области у детей часто сочетаются с повреждением ЛОР-органов, глаз, черепно-мозговой травмой и др., что требует участия смежных специалистов.

У детей младшего возраста частым видом повреждений мягких тканей полости рта является прикусывание языка при падении, скальпированные раны мягкого нёба, иногда проникающие в полость носа, а также раны, проникающие в крылочелюстное или окологлоточное пространство. Они возникают вследствие игры детей с острыми колющими предметами, которые они держат во рту во время падения. Эти раны опасны инфицированием и асфиксией вследствие отека мягких тканей. Особенно опасны колющие раны в области крылочелюстной складки, проникающие в окологлоточное пространство, из-за возможности повреждения крупных сосудов и нагноения раны.

С учетом вышеизложенного, а также принимая во внимание общее поведение ребенка (плач, беспокойство и др.), можно утверждать, что клиническая картина при повреждении мягких тканей челюстно-лицевой области у детей часто не соответствует истинным размерам повреждения и всегда кажется более тяжелой, чем есть на самом деле.

Лечение ран челюстно-лицевой области у детей требует первичной хирургической обработки, которая, по возможности, должна быть операцией одномоментной и радикальной (Б. Д. Кабаков, 1985). Практика показывает, что благодаря развитой сети кровеносных и лимфатических сосудов, а также высокому местному иммунитету тканей заживление ран челюстно-лицевой области у детей протекает благоприятнее, чем у взрослых.

Как известно, различают первичное заживление ран, когда при сближенных и соприкасающихся краях и стенках раны, процессы заживления идут быстро, без нагноения с образованием малозаметного рубца и вторичное заживление ран, когда вследствие расхождения краев раны или ее нагноения, рана выполняется грануляционной тканью с последующей ее эпителизацией с краев и образованием обширных, грубых и заметных рубцов. Такой способ заживления ран на лице нежелателен. [16]

Исходя из вышеизложенного, можно утверждать, что задача врача-хирурга при первичной хирургической обработке ран на лице заключается в

том, чтобы сделать все возможное для заживления раны на лице первичным натяжением. Этой задаче должны быть подчинены все действия хирурга, что в итоге позволит получить хорошие эстетические результаты.

С этой целью необходима тщательная ревизия раны с удалением инородных тел и некротических тканей и окончательная остановка кровотечения, чтобы создать неблагоприятные условия для развития инфекции в ране. При ушивании ран в челюстно-лицевой области, как заключительном этапе первичной хирургической обработки, стремятся накладывать первичный глухой шов для получения хороших косметических результатов. С этой же целью, если рана на лице сильно загрязнена или нагноилась, возможно применение первично-отсроченных швов или вторичных швов без иссечения или с иссечением грануляций. Операция первичной хирургической обработки ран на лице у детей чаще всего проводится под общим обезболиванием с соблюдением правил асептики и антисептики. [7]

Не останавливаясь более подробно на правилах первичной хирургической обработки ран вообще, рассмотрим особенности хирургической обработки ран на лице, в том числе и в детском возрасте.

Известно, что наилучшие отдаленные результаты дает первичная хирургическая обработка раны в первые 12–24 ч после травмы. В этих случаях операция заканчивается, как правило, наложением первичного глухого шва. Однако при ранениях лица допустимы более широкие (поздние), чем при ранениях других областей тела, сроки первичной хирургической обработки раны. Все раны на лице и в полости рта могут быть ушиты наглухо (с наложением первичного шва) в течение 24–48 ч, а под прикрытием антибиотиков — даже через 72 ч после травмы. Это обусловлено хорошим кровоснабжением и иннервацией мягких тканей челюстно-лицевой области, что способствует заживлению раны первичным натяжением и меньшей вероятностью развития гнойного воспаления в ней. В тоже время наложение первичного глухого шва в челюстно-лицевой области

противопоказано при наличии признаков острого гнойного воспаления тканей, что часто бывает при укушенных ранах лица.

При первичной хирургической обработке ран на лице щадяще относятся к мягким тканям и иссекают только размозженные и явно нежизнеспособные мягкие ткани. Таким образом, правило общей хирургии — «любая рана должна быть переведена в резанную» — в челюстно-лицевой области имеет ограниченное применение.

При ранах челюстно-лицевой области, проникающих в полость рта, носа и др., в первую очередь, следует ушить рану со стороны слизистой оболочки с целью предотвращения дальнейшего инфицирования тканей.

Для получения хороших косметических результатов, раны на лице всегда следует ушивать послойно с обязательным ушиванием мимической мускулатуры и подкожно-жировой клетчатки.

При ранении мягких тканей лица с одновременным повреждением тканей слюнной железы, в первую очередь, следует тщательно ушить капсулу слюнной железы для профилактики образования слюнных свищей в последующем. При повреждении выводного протока слюнной железы можно попытаться сшить проток или, что более доступно, подвести к дистальному концу протока со стороны полости рта трубчатый дренаж, зафиксированный на несколько недель, для формирования слюнного свища, обращенного в полость рта. [4]

При ранениях мягких тканей лица с одновременным повреждением крупных ветвей лицевого нерва ребенок должен быть проконсультирован врачом-нейрохирургом на предмет возможности ушивания нервного ствола.

Во время первичной хирургической обработки ран на лице особо тщательно следует сопоставлять края раны в области естественных отверстий (красная кайма губ, крыло носа и т. п.) с последующим послойным ушиванием тканей по направлению от края естественного отверстия (или от края ушной раковины).

Кожные края раны на лице должны быть хорошо и без натяжения

адаптированы между собой. При ушивании кожной раны на лице используют более частые стежки. Во многих случаях возможно применение внутрикожного косметического шва.

Если раны на лице были глубокими и инфицированными, то их после ушивания следует дренировать тонкими резиновыми полосками на 24 ч для профилактики образования гематом и нагноения.

После ушивания скальпированных ран на твердом нёбе, для профилактики гематомы и быстрее заживления, возможно применение в послеоперационном периоде защитной пластинки на верхнюю челюсть.

В случае ранения лица с дефектом мягких тканей во время первичной хирургической обработки раны дефект, по возможности, следует закрыть. Тактика врача-хирурга зависит при этом от величины имеющегося дефекта мягких тканей. Так, при небольших дефектах достаточно подсепаровать кожу в подкожном слое с последующей мобилизацией краев раны и наложением первичного глухого шва.

При дефектах мягких тканей средних размеров, после мобилизации краев раны, для профилактики расхождения швов, дополнительно возможно применение пластиночных (или матрасных) разгружающих или направляющих швов.

В случае дефекта мягких тканей лица больших размеров, когда сшить края раны без натяжения невозможно, следует провести пластику дефекта местными тканями или лоскутом на ножке, с целью полного закрытия дефекта и заживления раны первичным натяжением. Это позволит получить хорошие отдаленные косметические результаты.

При очень больших дефектах мягких тканей целесообразно применять «обшивание» раны, т. е. сшивание кожи и слизистой полости рта по краю раны.

Ампутированные во время травмы части носа, ушной раковины, губы и др., следует как можно быстрее пришить в область дефекта, так как вероятность приживления ампутированных тканей тем больше, чем меньше

времени прошло от момента травмы до оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде в этих случаях абсолютно показано местное охлаждение тканей.

Таким образом, заживление раны на лице вторичным натяжением по разным обстоятельствам является нежелательным.[15]

При одновременном повреждении мягких тканей лица и переломах костей лицевого скелета (или зубов) сначала проводят первичную хирургическую обработку костной раны с фиксацией отломков кости (или зубов). Затем проводят первичную хирургическую обработку ран мягких тканей.

Для ушивания ран на коже лица следует применять очень тонкий (4/0 или 5/0) монофиламентный шовный материал с атравматической иглой (капрон, нейлон, лавсан, этилон, мирален и др.), что позволит получить хороший косметический результат. Кожу на лице не желательно ушивать полифиламентным шовным материалом, особенно шелком, так как он в ране набухает, инфицируется и тем самым вызывает мацерацию кожи и пролежни на ней. Кроме того, он является проводником инфекции в глубину раны. В конечном итоге это может привести к образованию грубого неэстетичного рубца на лице, требующего последующего длительного лечения, что крайне нежелательно.

После первичной хирургической обработки ран на лице не привитым детям, а также детям с укушенными ранами (вне зависимости от наличия прививки) вводят 0,5 мл противостолбнячного анатоксина для профилактики столбняка.

Раны на лице у детей после операции, особенно в приротовой области, часто ведутся открытым способом, т. е. без применения асептической повязки. Это обусловлено тем, что повязки в области губ, подбородка и др. у детей быстро пропитываются слюной, инфицируются остатками пищи и вызывают мацерацию и раздражения кожи, что затрудняет процессы заживления ран.

При лечении детей с травмой, помимо первичной хирургической обработки раны, часто используют противовоспалительную терапию. Использование антибактериальных препаратов показано при наличии обширных повреждений мягких тканей, для профилактики нагноения раны и с целью ее первичного заживления. С этой же целью, в течение нескольких суток после операции, применяют УФО-раны, лазеротерапию и др.

В дальнейшем, после снятия швов, для получения хороших косметических результатов, на область после операционных рубцов назначают физиотерапевтическое лечение: массаж, парафинотерапию, электрофорез лидазы или ронидазы; фонофорез гидрокортизона, лазеротерапию, магнитотерапию и др.

Если же после травмы в отдаленном периоде на лице у детей имеются грубые рубцы и рубцовые деформации мягких тканей, вызывающие нарушения функций (выворот века, атрезия носового хода, микростома, ограничение открывания рта и др.), то дети с такими патологическими изменениями должны быть взяты на диспансерный учет (хирурга и ортодонта) с целью устранения деформации, нормализации функций и обеспечения нормального роста и развития тканей и органов челюстно-лицевой области.[13]

Заключение

Таким образом, вопросы клиники, диагностики, оказания неотложной помощи и лечения детей с травмой челюстно-лицевой области не потеряли своей актуальности до сих пор, и являются одной из основных проблем челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Своевременное и эффективное решение этих вопросов во многом зависит от уровня подготовки специалистов, оказывающих помощь пострадавшим, от качества оказания медицинской помощи детям на всех этапах лечения.

Список литературы

1. Аржанцев П. З. Лечение травм лица / П. З. Аржанцев, Г. М. Иващенко, Т.М. Лурье. М.: Медицина. 2019. – 304 с.
2. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. Витебск. 2013. – 416с.
3. Галмош Ю. Травматология челюстно-лицевого скелета / Ю. Галмош. Братислава. 2017. – 360с.
4. Дьякова С.В. Стоматология детская. Хирургия. Издательство: Медицина Россия., 2010. – 384 с.
5. Евдокимова А. И. Руководство по хирургической стоматологии / под ред. Евдокимовой. М.: Медицина. 2012. – 584с.
6. Зеленский В. А., Мухорамов Ф. С. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Учебник. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2018. – 208 с.
7. Козлов В. А. неотложная стационарная стоматологическая помощь / В. А. Козлов. М.: Медицина. 2018. – 272с.
8. Козлов В. А. Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике / В. А. Козлов. М.: Медицина. 2016. – 272с.
9. Корсак А. К. Травма челюстно-лицевой области у детей : учеб. пособие / Корсак А. К. – 2-е изд. – Минск: БГМУ, 2019. – 102 с.
10. Кулаков Л.А., Робустова Т.Г., Неробеев Л.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010. – 928 с.
11. Курякина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста. М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2014. – 744 с.
12. Лукьяненко В. И. Неотложная стоматологическая помощь / В. И. Лукьяненко. М.: Медицина. 2017. – 232с.
13. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. Киев. 2018. – 166с.

14. Топольницкий О. З., Васильев А. Ю. Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2011. – 265 с.
15. Топольницкий О. З., Вашкевич В. П. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Изд.: ГОЭТАР-Медиа-2017. – 261 с.
16. Травмы головы и шеи: справ. Минск: Беларусь. 2019. – 295с.
17. Харьков Л. В., Яковенко Л. Н., Чехова И.Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста. Учебное изд. под ред. Проф. Л. В. Харькова. «Книга плюс», 2015. – 488 с.
18. https://studopedia.ru/6_46331_osobennosti-proyavleniy-povrezhdeniya-tkaney-chlo-u-detey.html
19. <https://medbe.ru/materials/lekarstva-v-stomatologii/travmy-myagkikh-tkaney-litsa/>
20. <https://cyberpedia.su/5x99de.html>