

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВА ХІРУРГІЯ **ДИТЯЧОГО ВІКУ**

ДРУГЕ ВИДАННЯ

МЕДИЦИНА

WWW.MEDPUBLISH.COM.UA



ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВА ХІРУРГІЯ **ДИТЯЧОГО ВІКУ**

НАЦІОНАЛЬНИЙ ПІДРУЧНИК

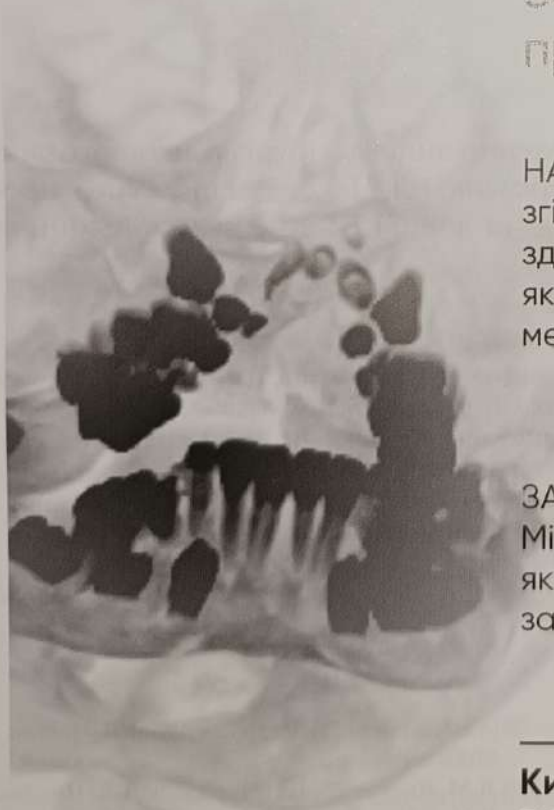
Друге видання,
перероблене та доповнене

За редакцією
професора **Л.М. ЯКОВЕНКО**

НАДРУКОВАНО
згідно з наказом Міністерства охорони
здоров'я України № 505 від 22.06.2010 р.
як національний підручник для студентів
медичних закладів вищої освіти

ЗАТВЕРДЖЕНО
Міністерством охорони здоров'я України
як підручник для студентів медичних
закладів вищої освіти

Київ
ВСВ «Медицина»
2022



УДК 616.053.2я73
ББК 56.6;57.33
Х42

*Надруковано згідно з наказом
Міністерства охорони здоров'я України № 505 від 22.06.2010 р.
як національний підручник для студентів медичних закладів вищої освіти*

*Затверджено Міністерством охорони здоров'я України
як підручник для студентів медичних закладів вищої освіти*

Авторський колектив :

Л.М. Яковенко, В.Г. Черкасов, І.Л. Чехова, В.П. Єфименко, Н.В. Кисельова,
Р.І. Єгоров, Т.О. Ковтун, О.Б. Шафета

Рецензенти:

І.В. Ковач — доктор медичних наук, професор;

П.І. Ткаченко — доктор медичних наук, професор

Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія дитячого віку :
Х42 нац. підруч. / Л.М. Яковенко, В.Г. Черкасов, І.Л. Чехова та ін. ; за ред. проф.
Л.М. Яковенко. — 2-е вид., переробл. та доповн. — К. : ВСВ «Медицина»,
2022. — 496 с. : кольор. вид.

ISBN 978-617-505-872-5

Підручник оновлено та доповнено новими матеріалами щодо етіології та патогенезу, клінічного перебігу й діагностичних підходів при запальних, травмівних, пухлинних процесах і вроджених вадах розвитку щелепно-лицевої ділянки в дітей. Підручник відповідає програмам, затвердженим МОЗ України, і є національним базовим виданням.

Для студентів стоматологічного і педіатричного факультетів вищих медичних закладів освіти України, лікарів-інтернів та лікарів-стоматологів.

УДК 616.053.2я73
ББК 56.6;57.33

© Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко, І.Л. Чехова,
2015

© Л.М. Яковенко, В.Г. Черкасов, І.Л. Чехова,
В.П. Єфименко, Н.В. Кисельова,
Р.І. Єгоров, Т.О. Ковтун, О.Б. Шафета, 2022

© ВСВ «Медицина», оформлення, 2022

ISBN 978-617-505-872-5

ЗМІСТ

Передмова	6
Список скорочень	8
РОЗДІЛ 1. Особливості розвитку та обстеження щелепно-лицевої ділянки та її тканин у дітей	9
Розвиток щелепно-лицевої ділянки та варіанти їх аномалій	9
Кістки черепа	10
Зуби	17
Скронево-нижньощелепний суглоб	21
М'язи голови	23
Ротова порожнина	30
Методика клінічного та інструментального обстеження дитини із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки	33
РОЗДІЛ 2. Місцеве і загальне знеболювання тканин та органів ротової порожнини і щелепно-лицевої ділянки	44
Місцеве знеболювання	44
Сучасні місцевознеболювальні засоби та інструменти для проведення ін'єкційної анестезії	45
Види місцевого знеболювання	50
Ускладнення під час проведення місцевого знеболювання в дітей	72
Загальне знеболювання в умовах стаціонару та поліклініки	78
Седация	86
РОЗДІЛ 3. Запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки	88
Запальні захворювання щелеп	88
Видалення зубів	88
Періостит щелеп	104
Остеомієліт щелеп	112
Гайморит	126
Запальні процеси м'яких тканин	130
Абсцеси і флегмони	130
Бешиха	151
Фурункули та карбункули	156
Демодекоз	161
Лімфаденіт	163
Септичні стани	179
Медіастиніт	183
Специфічні запальні процеси щелепно-лицевої ділянки	184
Туберкульоз	184
Сифіліс	187

СНІД та ВІЛ-інфекція	189
Актиномікоз	191
РОЗДІЛ 4. Захворювання слинних залоз.....	194
Запальні захворювання	194
Гострий вірусний сіалоаденіт	195
Гострий бактеріальний сіалоаденіт	201
Ювенільний рецидивний паротит	205
Слинокам'яна хвороба (калькульозний сіалоаденіт)	211
Сіалодохит	214
Синдром Шегрена	215
Пухлини та пухлиноподібні новоутворення слинних залоз	219
Пухлиноподібні новоутворення	219
Доброякісні та злоякісні пухлини	227
РОЗДІЛ 5. Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба.....	231
Особливості будови та функції скронево-нижньощелепного суглоба	231
Гострий артрит СНЩС	234
Ювенільний ідіопатичний (ревматоїдний) артрит	236
Хронічний артрит	239
Вторинний деформівний остеоартроз СНЩС	241
Анкілоз СНЩС	248
Больова дисфункція СНЩС	255
Контрактура нижньої щелепи	256
РОЗДІЛ 6. Доброякісні новоутворення м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.....	258
Пухлини м'яких тканин	258
Судинні доброякісні новоутворення	260
Несудинні доброякісні новоутворення	292
Пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин	299
Вроджені пухлиноподібні новоутворення	299
Набуті пухлиноподібні утворення	312
Спадкові захворювання	312
РОЗДІЛ 7. Доброякісні новоутворення кісток щелепно-лицевої ділянки ...	319
Одонтогенні пухлини щелеп	319
Амелобластома	319
Одонтогенні пухлиноподібні новоутворення	326
Одонтома	326
Одонтогенна фіброма	330
Цементома	331
Епуліди	332
Кісти щелеп	333
Остеогенні пухлини кісток лица	343
Остеобластокластома	343
Остеома	348
Остеїд-остеома	349

Пухлиноподібні новоутворення кісток	350
Фіброзна дисплазія	350
Фіброзна остеодистрофія	358
РОЗДІЛ 8. Травматичні ушкодження тканин щелепно-лицевої ділянки	360
Травми м'яких тканин	360
Опіки	372
Травми зубів	382
Травми щелеп	399
Забиття щелеп	401
Переломи нижньої щелепи	403
Переломи верхньої щелепи	416
Переломи виличної кістки, дуги та вилично-орбітального комплексу	419
Поєднані та комбіновані ушкодження	423
РОЗДІЛ 9. Вади розвитку тканин та органів щелепно-лицевої ділянки	426
Вроджені незрощення верхньої губи	431
Вроджені незрощення коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння	436
Підготовка дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння до хірургічного втручання	438
Соматичний стан дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння	444
Лікування дітей із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння	447
Принципи комплексного лікування дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння	447
Логопсихологічний супровід дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння	450
Синдроми щелепно-лицевої ділянки, які супроводжуються незрощенням верхньої губи і піднебіння	453
Вади розвитку вуздечок губ та язика	460
Вади розвитку вуздечки язика	460
Вади розвитку вуздечок верхньої та нижньої губи	466
Тестові завдання	469
Література	494

МІСЦЕВЕ І ЗАГАЛЬНЕ ЗНЕБОЛЮВАННЯ ТКАНИН ТА ОРГАНІВ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ І ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

МІСЦЕВЕ ЗНЕБОЛЮВАННЯ

Історична довідка. Історія знеболювання свідчить, що бажання зроби́ти безболісним будь-яке хірургічне втручання з'явилося у людини разом з відчуттям болю. Нині важко назвати точний час початку застосування знеболювальних засобів і методів, але письмові джерела свідчать про тривалий і небезуспішний пошук у цьому напрямі.

Важливими віхами розвитку місцевого знеболювання є:

1. 110–113 (115) рр. н. е. – Пліній Молодший (Plinius Secundus) розповідає про камінь мемфісу, який товкли в порошок і поливали оцтом, потім прикладали до обпечених або уражених частин тіла, після чого біль вгамовувався.

2. 1661 р. – Томас Бартолінус як місцеве знеболювальне використовував холод.

3. 1859 р. – Фрідріх Велер відкрив особливі анестезувальні властивості кокаїну і ввів термін «кокаїн».

4. 1867 р. – Б. Ричардсон вперше застосував хлоретил, який з усіх заморожувальних рідин зберіг своє значення як місцевоанестезувальна речовина до сьогодні.

5. 1879 р. – В.К. Анреп вивчив фізіологічні властивості кокаїну і місцевоанестезувальний ефект при введенні його під шкіру.

6. 1901–1903 рр. – Генріх Браун запропонував поєднувати кокаїн з адреналіном і довів, що одночасне введення анестетика й адреналіну знижує токсичність першого і збільшує тривалість анестезувального ефекту.

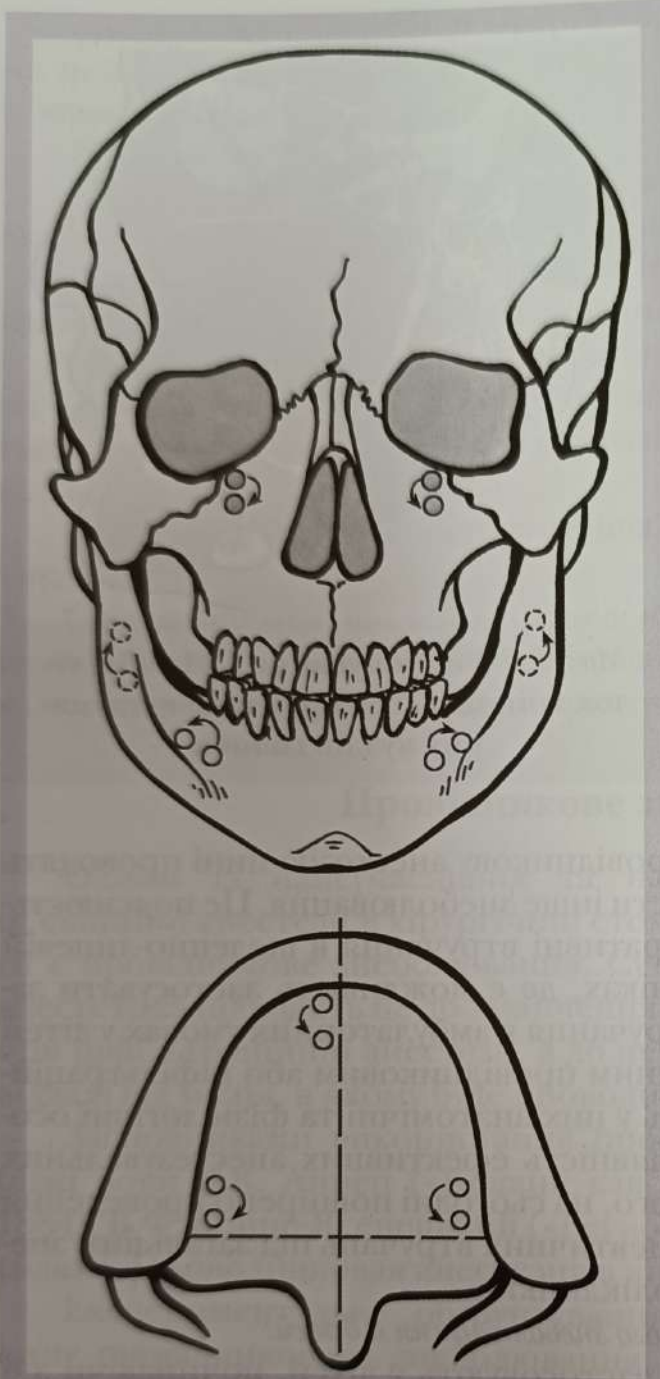
7. 1905 р. – Альфред Ейнхорн відкрив прокаїн (новокаїн).

8. 1915 р. – В.Ф. Войно-Ясенецький видав у Петрограді книгу «Регіонарна анестезія» (монографія докторської дисертації), в якій описані основні види місцевого знеболювання.

9. 1922 р. – введення в практику інфільтраційної анестезії – повзучий інфільтрат А.В. Вишневського. Фішер уперше застосував новокаїн для провідникової мандибулярної анестезії.

10. 1925 р. – С. Вайсблат обґрунтував використання місцевих анестетиків для провідникової анестезії в щелепно-лицевій ділянці.

11. 1943 р. – Нільс Лофгрен і Бергт Люндквіст відкрили й отримали патент на виробництво ксилокаїну (LL30) – більш відомий як лідокаїн.



Мал. 2.8. Схема переміщення природних отворів щелеп з віком

– різцевий отвір набуває тенденції переміщуватися дозад від коміркового відростка по лінії центральних різців;

– розташування великого піднебінного отвору незначно змінюється у напрямку до межі твердого і м'якого піднебіння;

– нижньощелепний отвір з віком «піднімається» – у 6 років – на рівні, у 9 років – на 0,6 см вище, у 10–12 років – на 1 см вище від жувальної поверхні нижніх молярів;

– підборідний отвір – зміщується в молочному прикусі від першого моляра до другого, а в постійному він розташовується між премолярами.

4. У дітей віком 6–12 років під час проведення периферичної провідникової анестезії не слід входити в канал, а достатньо уводити розчин анестетика біля його отвору, що обумовлено анатомо-фізіологічними особливостями, а саме: широким отвором, коротким каналом та наявністю жирової тканини навколо нього, пористістю кістки.

5. Перед проведенням екстраоральної провідникової анестезії в дітей місце ін'єкції на шкірі бажано знеболити аплікацією анестетика.

6. У період після проведення провідникової анестезії та перед оперативним втручанням лікар не може залишати дитину без нагляду, оскільки в будь-який момент може виникнути непередбачена ситуація (загальні і місцеві ускладнення, несподівана поведінка пацієнта тощо).

7. Провідникову анестезію в дітей здійснюють 1 % розчином анестетика. Якщо ж використовуються анестетики високої концентрації (3–4 %), тоді зменшують його об'єм до половинної дози для дорослих (табл. 2.1).

Деструктивна форма хронічного остеомієліту

Спостерігається на нижній щелепі у виснажених, ослаблених дітей, переважно 4–6-річного віку.

Скарги дітей (або їх батьків) на періодичне підвищення температури тіла до субфебрильної, припухлість тканин, прилеглих до щелепи, наявність норичь із гнійним виділенням, присмак гною у роті, деформацію щелеп та лица тощо. В анамнезі може бути гострий одонтогенний остеомієліт або періостит.

Клінічна картина. Інтоксикація організму незначна, але її ознаки спостерігаються протягом усього періоду хвороби: температура тіла субфебрильна, апетит знижений, дитина швидко втомлюється; виявляються зміни показників крові (лейкоцитоз, лейкопенія, збільшення ШОЕ, поява С-реактивного білка) та сечі (наявність білка, лейкоцитів).

Місцево спостерігається запальна інфільтрація м'яких тканин навколо вогнища в щелепі, чим і зумовлена деформація обличчя (мал. 3.27, 3.28).



а



б



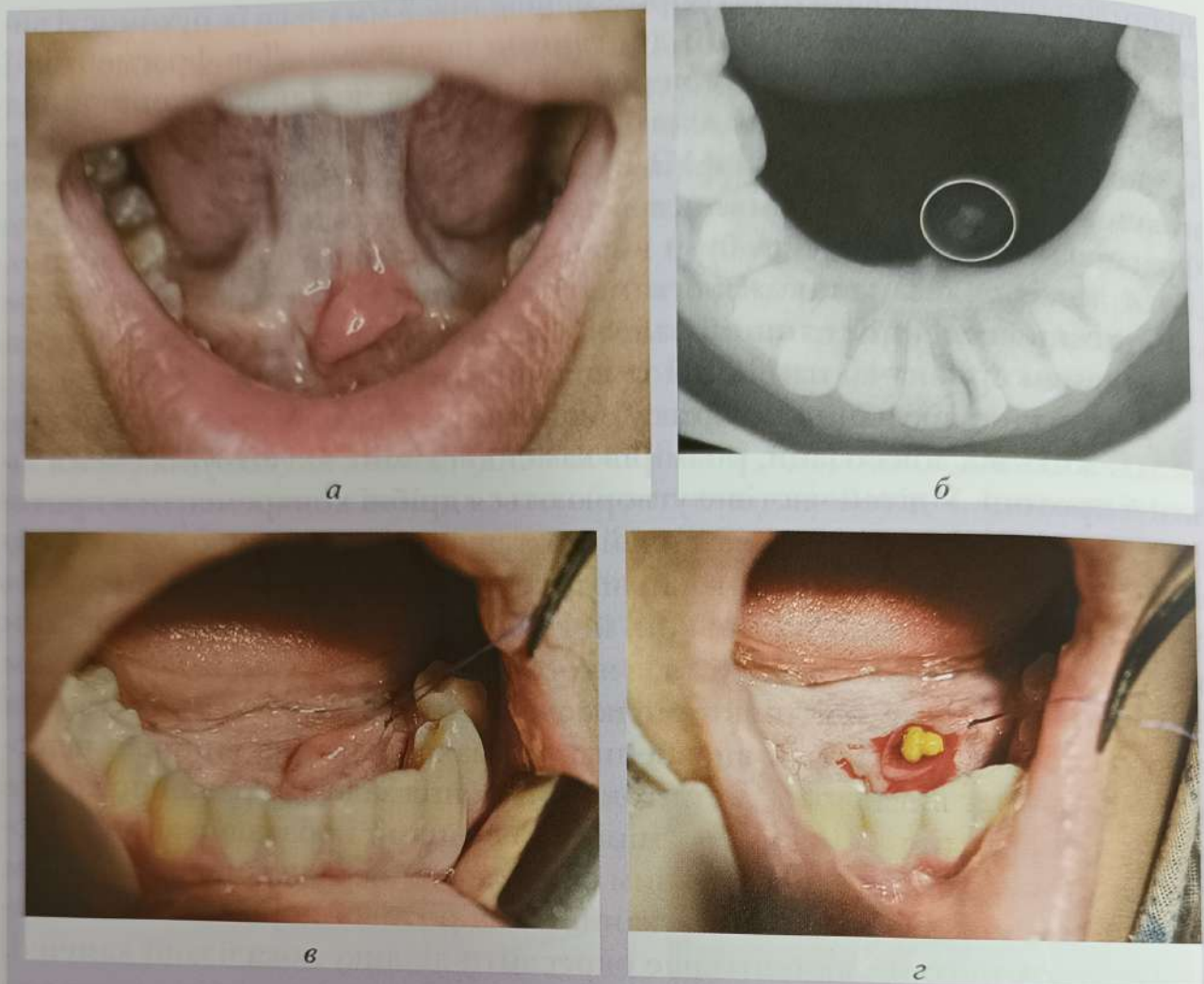
в



г

Мал. 3.27. Хронічний остеомієліт нижньої щелепи (деструктивна форма):

а – зовнішній вигляд дитини; б – на комірковому відростку в ділянці відсутніх 74, 75 зубів наявні норичі з грануляціями; в – на КТ визначається деформація щелепи в ділянці лівого кута та гілки, секвестр, що вільно лежить; г – видалений секвестр

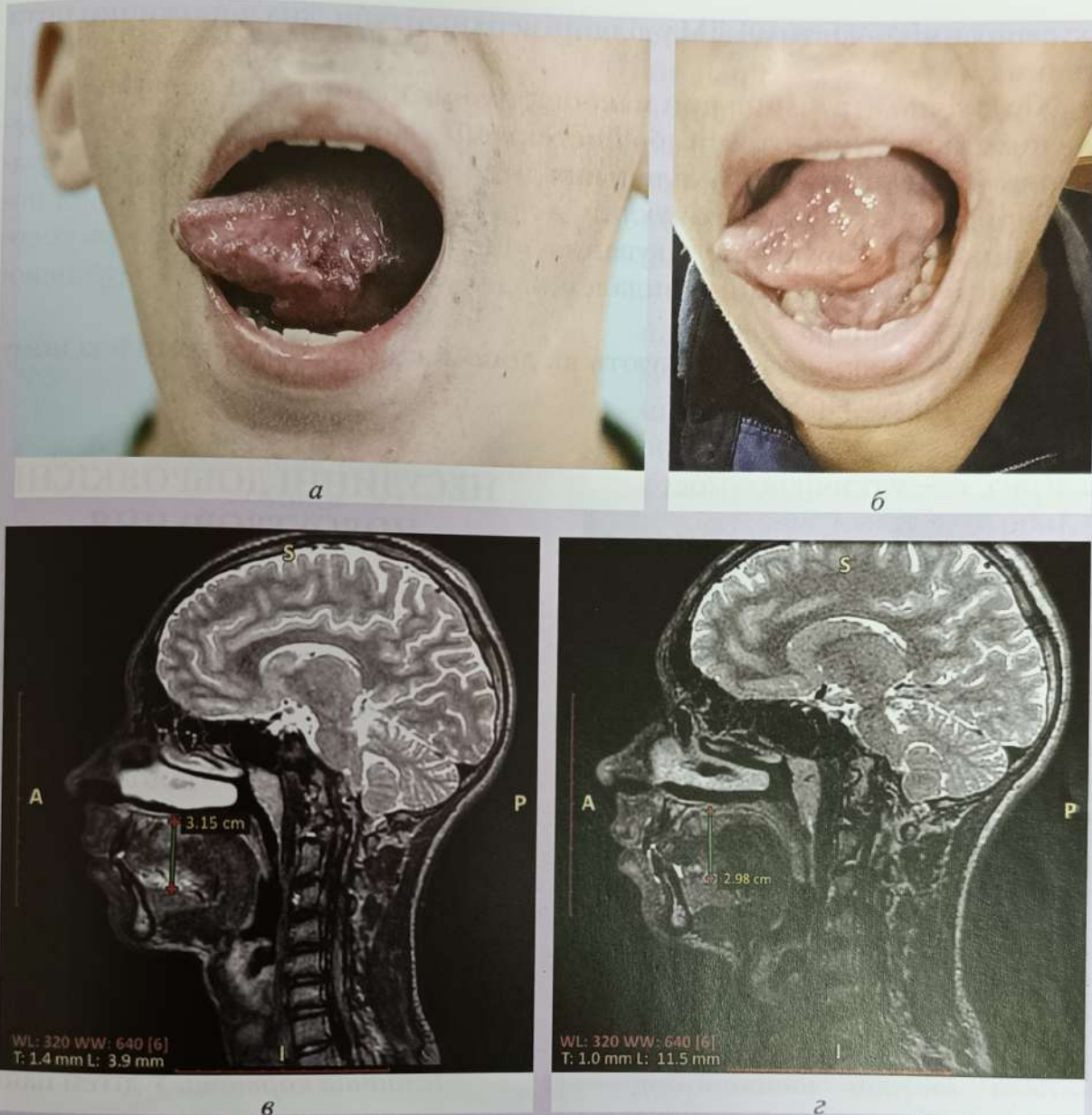


Мал. 4.7. Калькульозний субмаксиліт з локалізацією каменю у проксимальному відділі протоки піднижньощелепної слинної залози: а – клінічна картина в порожнині рота; б – рентгенограма в укладці на прикус. Визначаються два рентгеноконтрастні утворення в ділянці устя протоки (Вартонова) піднижньощелепної слинної залози; в – перев'язка протоки позаду конкременту під час оперативного втручання; г – видалення конкременту шляхом розтину стінки протоки над ним

СІАЛОДОХІТ

Сіалодохіт (грец. «sialon» слина – «dochos» – який містить). Вважається, що причиною розширення проток є ембріонально зумовлена аномалія. На користь вродженого генезу сіалодохіту свідчить двобічне ураження привушних слинних залоз, що часто спостерігається, можливість розвитку захворювання в ранньому дитячому віці. Однак за умови доброї функції залози і достатнього відтоку секрету ця патологія проявляється рідко в дитячому віці.

Скарги. Пацієнти скаржаться на припухання слинної залози, яке з'являється несподівано під час їди і супроводжується розпиральним бо-



Мал. 6.25. Мікрокістозна лімфатична мальформація язика та дна порожнини рота справа в дитини віком 15 років: а – до лікування; б – після 4 сеансів склеротерапії (блеоміцин); в – МРТ-скан до лікування: спостерігається неоднорідне ураження з наявністю множинних дрібних порожнин з гіперінтенсивним сигналом на Т2-зваженому зображенні, на тлі яких наявні судинні включення з нерівномірним накопиченням контрасту; г – МРТ-скан після склеротерапії: спостерігається зменшення об'єму ЛМ та гіперінтенсивного МР-сигналу в ділянці язика

ступного хірургічного видалення не виникає технічних труднощів, спричинених рубцево-зміненими тканинами. Він є найефективнішим при макрокістозних формах ЛМ, однак здатність препарату проникати через перегородки кіст пояснює його ефективність при змішаних, інколи і мікрокістозних формах лімфатичних мальформацій. Проблемними щодо