

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

Медицинский институт

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Курсовая работа

по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия у детей»

«Травмы зубов и альвеолярного отростка у детей в разные возрастные
периоды»

Выполнила: студентка 16ЛС4 группы 4 курса

Барышников Г.Н.

Проверил: ассистент кафедры «Челюстно-
лицевой хирургии» Г.М.Амбарян

Оценка: _____

_____ Подпись преподавателя

Пенза 2020

Содержание

Введение.....	3
1. Травма постоянных зубов	4
1.1. Диагностика травмы зубов	4
1.2. Классификация травмы постоянных зубов у детей (ВОЗ).....	6
2. Травма молочных зубов.....	16
2.1. Классификация травм молочных зубов.....	16
2.2. Лечение травм молочных зубов	17
3. Переломы альвеолярного отростка у детей.....	19
Заключение	21
Список используемых источников.....	22

Введение

Травмы зубов у детей составляют 5 % всех травм челюстно-лицевой области. Повреждение зубов чаще всего наблюдается у детей 2-3 и 8-11 лет, что объясняется наиболее активным двигательным периодом их развития. Основная причина повреждения зубов у детей старшего возраста - падение на твердые поверхности пол, стол, ступеньки, у детей младшего возраста — травмирование зубов твердыми игрушками.

Резцы травмируются чаще, чем моляры и премоляры, поражение последних обычно сопровождается переломом челюсти. Травмируются преимущественно резцы верхней челюсти.

Среди всех травм зубов вывихи временных занимают первое место (до 50 %), на втором месте — переломы постоянных (без раскрытия полости зуба) и на третьем — вывихи постоянных зубов. Ушиб зуба наблюдается редко.

1. Травма постоянных зубов

В последние годы травма зубов встречается чаще. Это связано с развитием спортивных игр, а также ростом криминогенной ситуации. По нашим наблюдениям частота спортивной травмы составляет - 39,7 %, бытовой - 36,5 % случаев. Травма зубов у мальчиков встречается в 1,5 раза чаще, чем у девочек. Чаще травмируются верхние медиальные резцы - 60,7 % . Чаще травма наблюдается у детей, имеющих аномалии прикуса (прогнатический, открытый). Протяженность травмы зависит и от силы удара, и от его направления. Так, при ударах в области подбородка наблюдались отломы вершин бугров жевательной группы зубов, косые и продольные переломы коронок[2].

1.1. Диагностика травмы зубов

Диагностика травмы зубов включает следующие этапы:

1. Сбор анамнеза
2. Клинические методы исследования: осмотр, пальпация, перкуссия, термодиагностика, контроль окклюзии
3. Дополнительные методы исследования: электроодонтодиагностика, рентгенологическое исследование.

При наличии современного оборудования: проведение доплерографии, радиовизиографии и других методов, позволяющих произвести разностороннюю, точную и полную диагностику.

При сборе анамнеза выясняется: когда произошла травма, обстоятельства травмы, жалобы сразу после травмы и в настоящее время, к какому специалисту обращались, срок между травмой и обращением к врачу, какая помощь была оказана, если утрачен постоянный зуб - где его искать, если зуб найден - как его хранили.

Клинические методы исследования.

При осмотре врач должен определить степень повреждения: наличие трещин твердых тканей зуба, отлома, его уровень, смещение зуба, перелом альвеолы, нарушение окклюзии, повреждение окружающих тканей.

Изменение цвета зуба (розовый, коричневый, серый) происходит в результате разрыва сосудисто-нервного пучка и внутрипульпарного кровоизлияния, проникновения эритроцитов в дентинные каналы и их распада. Изменение цвета коронки наступает также при некрозе пульпы зуба.

При пальпации определяется подвижность зуба и его фрагментов (I степень - вестибуло-оральная подвижность, II степень - вестибуло-оральная и медио-дистальная, III степень - вестибуло-оральная, медио-дистальная и вертикальная). Пальпацией также определяется возможность перелома альвеолярного отростка[9].

Перкуссия проводится вертикальная и горизонтальная (осторожно) причинного и рядом стоящих зубов.

Термодиагностика осуществляется по показаниям. Особенно она важна и целесообразна после исчезновения острых симптомов.

Нарушение окклюзии вследствие травмы наблюдается при смещении зубов, кроме альвеолярного отростка, переломе челюсти.

Дополнительные методы исследования.

Электроодонтологическое исследование (ЭОД) проводится при первом посещении и в последующие. При первом посещении электровозбудимость пульпы обычно резко снижена из-за ее отека, сотрясения, повреждения. Кроме того, в несформированных постоянных зубах значение ЭОД выше, чем в зубах со сформированными корнями. Поэтому, целесообразно, для оценки состояния пульпы провести сравнительную ЭОД травмированного и не травмированного зубов. В остром периоде при снижении электровозбудимости пульпы мы не рекомендуем сразу идти на депульпирование зуба. Необходимо наблюдение и повторное регулярное определение ЭОД. При отсутствии разрыва сосудисто-нервного пучка,

электровозбудимость пульпы имеет положительную тенденцию к восстановлению или восстанавливается примерно через 2 недели.

Проведение рентгенологического исследования при травме зубов обязательно. По данным рентгенограммы определяется положение зуба, стадия формирования корня, его целостность, топография линии перелома коронки, корня, состояние ростковой зоны периодонта и т.д.[1].

1.2. Классификация травмы постоянных зубов у детей (ВОЗ)

Класс I. Ушиб зуба с незначительными структурными повреждениями (трещины эмали)

Класс II. Неосложненный перелом коронки

Класс III. Осложненный перелом коронки

Класс IV. Полный перелом коронки зуба

Класс V. Коронково-корневой продольный перелом

Класс VI. Перелом корня зуба

Класс VII. Неполный вывих зуба

Класс VIII. Полный вывих зуба

В некоторых классах выделяются 2-3 типа травм в зависимости от степени сформированности корневой системы:

1 тип - травма зубов с незаконченным ростом корня зуба

2 тип - травма зубов с несформированной верхушкой корня

3 тип - травма зубов с полностью сформированной корневой системой

КЛАСС I. Ушиб зуба с незначительными структурными повреждениями

Жалобы: Жалоб нет или слабая боль при накусывании.

Осмотр: Коронка зуба видимо не изменена (мелкие трещины можно увидеть с помощью освещения зуба рабочей лампой, трансиллюминационным методом)[7].

Пальпация: Подвижность зуба отсутствует или I степени. Ткани, окружающие зуб, не повреждены.

Перкуссия: Болезненна в первые дни после травмы.

Термо-диагностика: Положительная.

Рентген-диагностика: Патологические изменения не выявляются.

ЭОД : Сформированного зуба - в норме, несформированного зуба - в пределах физиологической нормы.

Лечение: Щадящая диета (исключается грубая пища). Диспансерное наблюдение через 1,2,3,6 мес. (в случае несформированного зуба - до полного формирования корня). При появлении болей, увеличении подвижности, изменении цвета зуба необходимо приступить к эндодонтическому лечению (глубокая ампутация пульпы или экстирпация, в зависимости от степени сформированности корня)[15]

КЛАСС II. Неосложненный перелом коронки зуба

Жалобы: На боль от температурных раздражителей, косметический дефект.

Осмотр: а) Скол только эмали незначительный.

б) Скол значительного участка эмали.

в) Перелом коронки зуба в пределах эмали и дентина.

Трещины по краю скола эмали.

Пальпация: Подвижность зуба наблюдается редко.

Перкуссия: Безболезненна или слабоболезненна.

Термо-диагностика: Положительная, особенно на холодовой раздражитель.

Рентген-диагностика: Изменений нет.

Лечение: а) При минимальном сколе эмали осторожно шлифовать края скола, покрыть зуб фторсодержащим лаком.

Если корни зубов не сформированы, то соседний зуб не сошлифовывают, так как в процессе формирования корня травмированный зуб станет с соседним зубом в одну плоскость.

Если корень зуба сформирован, то во время пришлифовывания следует учитывать эстетический фактор. Центральные резцы после пришлифовывания не должны быть короче боковых (можно до их уровня). Одновременно с травмированным зубом пришлифовывается здоровый. Одномоментно можно сошлифовать не более 0,5 мм. Пришлифовывание при необходимости можно провести в несколько этапов в течении нескольких месяцев[7].

б) При значительном сколе эмали дефект восстановить стеклоиономерным пломбировочным материалом.

в) При переломе коронки зуба в пределах эмали и дентина на место перелома наложить кальций-содержащую прокладку, поверх нее - стеклоиономерный пломбировочный материал.

В случаях б), в) в дальнейшем изготовить тонкостенную коронку с окошком на вестибулярной поверхности (для контроля ЭОД).

Диспансерное наблюдение в течение 1 недели, затем через 2, 4 недели, 3 месяца и до полного формирования корня зуба.

Коронка должна находиться на зубе до полного формирования корня. Затем ее снимают и реставрируют с помощью композиционных материалов или протезированием.

Если коронка фиксировалась на зуб со сформированным корнем, то через 3 месяца диспансерного наблюдения ее необходимо снять и восстановить форму зуба вышеуказанным способом.

При возникновении осложнений, гибели пульпы необходимо эндодонтическое лечение с учетом степени сформированности корня (глубокая ампутация пульпы или экстирпация).

КЛАСС III. Осложненный перелом коронки зуба.

Жалобы: Боли от всех видов раздражителей.

Осмотр: Перелом коронки зуба со вскрытием пульпы.

Пальпация: Подвижность зуба отсутствует или I, II степени.

Зондирование: Резко болезненно.

Перкуссия: Слабо болезненная или безболезненная.

Термо-диагностика: Болезненная.

Рентген-диагностика: Изменений в периодонте нет или может сочетаться с переломом корня зуба[12].

Лечение: а) При переломе коронки с точечным вскрытием пульпы и обращением пациента в течение 24 часов после травмы применить метод биологический с сохранением всей пульпы (Пульпа закрывается кальцийсодержащим препаратом, стеклоиономерным цементом и зуб покрывается тонкостенной коронкой, фиксированной на водный дентин - с целью ее периодического снятия для определения ЭОД).

б) При обращении пациента позднее 24 часов после травмы , а также при значительном вскрытии полости зуба провести витальную ампутацию (при несформированном корне). В дальнейшем осуществлять диспансерное наблюдение до полного формирования корня. В случае сформированного корня провести витальную экстирпацию и восстановить коронковую часть зуба компози-ционным материалом (в следующее посещение) или методом протезирования.

КЛАСС IV. Полный отлом коронки зуба.

Жалобы: Отлом зуба, боль от всех видов раздражителей.

Осмотр: Отлом коронки зуба на уровне десневого края или на 1 мм ниже десневого края, выступает оставшаяся часть пульпы.

Рентген-диагностика: Полное отсутствие коронки зуба. Смещения корня зуба нет. Возможен вертикальный перелом оставшейся части корня.

ЭОД: Не целесообразно проводить.

Лечение: а) Витальная экстирпация пульпы, ортопедическое восстановление коронки зуба.

б) Возможно использование коронки собственного зуба: фиксация отломленной коронки на анкерный штифт. В канале фиксация осуществляется с использованием стеклоиономерного цемента. По линии

перелома фиксация коронки дополнительно проводится с использованием светоотверждаемых композиционных материалов (5)

КЛАСС V. Коронко-корневой продольный перелом.

Жалобы: Подвижность части зуба. Боль на различные виды раздражителей.

Осмотр: Подвижность части зуба. Окраска зуба иногда розового цвета. Подвижность осколка зуба III степени, полость зуба вскрыта.

Рентген-диагностика: Видна линия перелома, проходящая через коронку на корень зуба на различную глубину.

Лечение: Обезболивание, удаление фрагмента, эндодонтическое лечение, закрепление удаленного фрагмента на место стеклоиономерным цементом или композитом. Если это невозможно - ортопедическое восстановление зуба[9].

КЛАСС VI. Перелом корня зуба.

Поперечные переломы корня - редкие и тяжелые последствия травм зубов. При таких повреждениях страдают цемент, дентин корня, пульпа и периодонт. Чаще такая травма встречается в возрасте 11-20 лет, когда корни зубов сформированы, т.к. в более раннем возрасте альвеолярная кость эластична, поэтому переломы корней у детей встречаются очень редко.

Жалобы: Боль при накусывании.

Осмотр: Коронка зуба чаще не изменена в цвете.

Пальпация: Подвижность зуба разной степени.

Перкуссия: Болезненна.

Рентген-диагностика: Перелом виден сразу или через 1 неделю (после начала репарации). Перелом может быть 3-х типов:

- 1). На уровне верхушечной трети корня.
- 2). На уровне средней трети корня.
- 3). На уровне коронковой трети корня.

ЭОД: Чаще в пределах нормы, но может варьировать

Лечение: Обезболивание, уменьшение расстояния между отломками корня, шинирование зуба. Диспансерное наблюдение через 1 неделю, 2 недели, 1 месяц, 2 месяца, 6 месяцев и далее через 3-6 месяцев.

Описаны 4 различных течения заживления перелома. [7]

1). Прорастание тканей дентина и цемента в линию перелома. Сразу после травмы в зоне линии перелома формируется кровяной сгусток. Пролиферирующие одонтобласты и другие клетки пульпы переходят в зону перелома. Если нет необратимого повреждения пульпы, то в течение нескольких недель между фрагментами образуется дентинная мозоль. В линию перелома внедряется соединительная ткань периодонта, что приводит к отложению цемента, т.е. в восстановительном процессе принимает участие как пульпа, так и периодонтальная связка. На рентгенограмме: острые края перелома постепенно приобретают закругленную форму (идет регенерация).

2). Прорастание соединительной ткани периодонта в линию перелома. Зуб чувствительный, подвижность I степени, рентгенологическая щель перелома в течение длительного времени не изменяется. Острые края фрагментов в процессе физиологической резорбции закругляются.

3). Прорастание соединительной ткани периодонта и кости в линию перелома. На рентгенограмме линия перелома представлена костеподобной структурой. Острые края обоих фрагментов закругляются, просвет канала склерозируется.

4). Прорастание грануляционной ткани в линию перелома корня (неблагоприятный исход - при некрозе пульпы). Зуб не реагирует на ЭОД и термические раздражители. Коронка зуба изменена в цвете, подвижность зуба I степени. Пульпа погибла. Щель перелома заполняется грануляционной тканью.

Достоверный диагноз некроза пульпы после перелома корня может быть поставлен только после длительного наблюдения с контролем рентгенограммой[8].

Некроз пульпы подтверждается, если через 3-12 месяцев после травмы отсутствуют признаки заживления перелома и имеется воспалительная деструкция (резорбция) в области перелома корня.

Таким образом, при неблагоприятном исходе лечения (появилась резко увеличивающаяся подвижность зуба, увеличилось пространство между обломками корня на рентгенограмме, развился периодонтит) следует провести:

- При I типе перелома корня - эндодонтическое лечение большого отломка корня, верхушечная треть удаляется (операция по типу резекции верхушки корня).

- При 2-м, 3-м типах – эндодонтическое лечение всего корня и соединение отломков с помощью штифта или пломбированием стеклоиономерным цементом. Дальнейшее диспансерное наблюдение.

Для благоприятного исхода лечения необходимы 4 условия:

1. Точная репозиция отломков с обеспечением тесного контакта обоих фрагментов.
2. Прочная иммобилизация фрагментов на длительный срок (не менее 8-12 недель).
3. Отсутствие инфицирования пульпы.
4. Хороший иммунитет пациент, способствующий регенерационным процессам.

КЛАСС VII. Неполный вывих зуба.

При этой травме повреждаются ткани, окружающие зуб (периодонт, альвеола, десна). Данный класс травмы включает 5 типов повреждений: сотрясение, подвывих, интрузивный вывих, экструзивный вывих, боковой вывих[3].

Класс VII тип 1. Сотрясение или ушиб зуба.

Под сотрясением зуба понимается травма окружающих его тканей. Этот тип травмы очень схож с травмой класса I. Различие заключается в том, что в классе I последствия травмы отражаются на твердых тканях зуба

(трещины) и пульпе, а при травмах VII класса типе 1 проявления травмы наблюдаются в тканях, окружающих зуб.

Поражение: Отек периодонта.

Жалобы: Боли при накусывании на зуб.

Осмотр: Твердые ткани зуба без патологических изменений.

Пальпация: Подвижность зуба отсутствует.

Перкуссия: Слабоболезненна.

ЭОД: Электровозбудимость пульпы в пределах нормы или понижена.

Рентген-диагностика: Без патологических изменений.

Лечение: Вывести зуб из окклюзии (по показаниям). Щадящая диета.

Диспансерное наблюдение до полного формирования корня. Если корень сформирован, то диспансерное наблюдение может длиться до 2 лет[19].

Класс VII тип 2. Подвывих зуба

Поражение: Частичный разрыв периодонта.

Жалобы: Подвижность зуба, боли при накусывании.

Осмотр: Твердые ткани зуба без патологических изменений, небольшая экструзия зуба (за счет гематомы), кровоточивость из десневой бороздки.

Пальпация: Подвижность зуба I-II степени.

Перкуссия: Болезненная, разной степени выраженности.

ЭОД: Электровозбудимость пульпы снижена вплоть до полного ее отсутствия.

Рентген-диагностика: Расширение периодонтальной щели на всем протяжении.

Лечение: Шинирование, щадящая диета, диспансерное наблюдение до полного формирования корня. Если корень сформирован, то наблюдение в течение 2 лет после травмы. При гибели пульпы – эндодонтическое лечение (после исчезновения подвижности зуба).

Класс VII тип 3. Интрузивный (вколоченный) вывих зуба

Поражение: Ушиб и разрыв периодонта, ушиб альвеолы, разрыв пульпы, разрыв десны.

Жалобы: Зуб после травмы выглядит короче других, боль в месте травмы, боль в зубе отсутствует.

Осмотр: Укорочение зуба за счет погружения в мягкие ткани вплоть до полного исчезновения коронки. Твердые ткани зуба не повреждены. Цвет зуба сначала не изменен, в дальнейшем изменяется.

Пальпация: Подвижность зуба отсутствует.

Перкуссия: Слабоболезненна.

ЗОД: Электровозбудимость пульпы резко снижена, чаще отсутствует за счет разрыва пульпы и ее гибели.

Рентген-диагностика: Вколачивание зуба, повреждение ростковой зоны, перелом альвеолы, отсутствие периодонтальной щели.

Варианты лечения: а) При незначительном внедрении и сохранении жизнеспособности пульпы, зуб сам перемещается на место по мере формирования корня. В этом случае назначается щадящее питание.

б) Медленная репозиция, выдвижение зуба с помощью ортодонтического лечения (эджуайс-техника) с последующим эндодонтическим лечением.

в) Одноментная репозиция - выдвижение зуба с помощью хирургических щипцов, шинирование, эндодонтическое лечение[14].

Класс VII тип 4. Экструзивный вывих зуба

Поражение: Разрыв периодонта, растяжение или разрыв пульпы.

Жалобы: На выдвижение зуба после травмы, подвижность зуба.

Осмотр: Выдвижение зуба, видна пришеечная часть корня зуба. Цвет зуба и твердые ткани без патологических изменений, в дальнейшем может быть изменение цвета зуба.

Пальпация: Подвижность зуба III степени.

Перкуссия: Болезненна.

ЭОД: Электровозбудимость пульпы отсутствует.

Рентген-диагностика: Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня зуба, корень зуба не поврежден.

Лечение: Репозиция зуба, шинирование, эндодонтическое лечение (после исчезновения подвижности зуба). Диспансерное наблюдение за состоянием периапикальных тканей.

Класс VII тип 5. Боковой вывих зуба

Поражение: Ушиб и разрыв периодонта, ушиб, растяжение или разрыв пульпы, перелом стенки альвеолы, разрыв десны.

Жалобы: Изменение положения зуба после травмы, боль при накусывании.

Осмотр: Зуб смещен в медиальном, дистальном, небном или щечном направлении. Цвет зуба в первые дни не изменен.

Пальпация: Подвижность зуба разной степени выраженности.

Перкуссия: Болезненна.

ЭОД: Снижение электровозбудимости пульпы или ее полное отсутствие.

Рентген-диагностика: Твердые ткани зуба, корень без патологических изменений. Повреждение альвеолы. Периодонтальная щель расширена в области верхушки и боковой поверхности корня.

Лечение: Репозиция зуба, шинирование. При гибели пульпы - эндодонтическое лечение.

КЛАСС VIII. Полный вывих зуба.

Поражение: Разрыв пульпы, разрыв периодонта, потеря зуба, повреждение кости альвеолы.

Осмотр: Отсутствие зуба (из-за его выпадения в результате травмы) или зуб удерживается только круговой связкой.

Лечение: Успех реплантации вывихнутого зуба зависит от продолжительности нахождения зуба вне альвеолы и условий хранения зуба, степени инфицированности полости рта и корня зуба. От этих факторов зависит возможность регенерации клеток периодонта, пульпы, цемента[17].

2. Травма молочных зубов

Травмы молочных зубов наиболее часто встречаются в возрасте 1-3 лет. Чаще повреждаются верхние центральные резцы (70-80%), верхние боковые резцы (10-20%), нижние молочные резцы (1-6%). Молочные клыки и моляры повреждаются редко. Самый распространенный вид травмы- вывихи зубов, что обусловлено высокой эластичностью альвеолярной кости ребенка.

Из методов обследования у ребенка наиболее информативными являются осмотр, пальпация, определение подвижности зубов, рентгенография (в случае “принудительной” рентгенографии предпочтительна окклюзионная рентгенограмма (в прикус)[20].

2.1. Классификация травм молочных зубов

- I. Повреждения твердых тканей зуба или пульпы (переломы).
 1. Перелом в области эмали.
 2. Перелом в области эмаль-дентин без повреждения пульпы.
 3. Перелом в области эмаль-дентин с повреждением пульпы.
 4. Сложный перелом коронка-корень (косой или вертикальный) с и без повреждения пульпы.
5. Перелом корня.
- II. Повреждения периодонта (вывихи).
 6. Ушиб.
 7. Подвывих.
 8. Частичный вывих.
 9. Полный вывих.

2.2. Лечение травм молочных зубов

Перелом коронки в области эмали: полость зуба не вскрыта. Линия перелома закрывается стеклоиономерным цементом или компомером, возможно последующее покрытие композитами. Диспансерное наблюдение.

Перелом в области эмаль-дентин без повреждения пульпы: Наложение кальций-содержащего материала (по показаниям), затем стеклоиономер или компомер, возможно последующее покрытие композитами. Диспансерное наблюдение.

Перелом в области эмаль-дентин с повреждением пульпы: При вскрытой полости зуба проводится: витальная ампутация или витальная экстирпация (у контактных детей под анестезией) или девитальная экстирпация. Диспансерное наблюдение.

Сложный перелом коронка-корень: молочный зуб удаляется.

Перелом корня: в молочных зубах встречается редко из-за высокой эластичности кости. Если перелом в верхушечной трети корня - назначается щадящая диета, диспансерное наблюдение. Если перелом в средней трети корня со смещением или в коронковой трети корня - зуб удаляется. В некоторых случаях допустимо удалить коронковый фрагмент корня, а апикальный оставить, чтобы не травмировать зачаток постоянного зуба во время удаления. В дальнейшем оставшийся фрагмент корня подвергается резорбции или выдвигается. При переломе в средней трети корня без смещения возможно сохранение зуба и диспансерное наблюдение[13].

Ушиб: Лечение не требует.

Подвывих: Цвет коронки зуба и твердые ткани без патологических изменений. Перкуссия болезненна. Подвижность зуба I-II степени. Лечение: при смещении зуба – репозиция, щадящая диета, диспансеризации. При значительном смещении или выраженной подвижности – удаление зуба.

Частичный вывих: При незначительном вколачивании (интрузивный вывих) или выдвигении (экструзивный вывих) – назначается щадящее

питание, диспансерное наблюдение. При значительном вколачивании или выдвижении зуб удаляется.

Полный вывих: Молочные зубы реплантации не подлежат.

Таким образом, главной задачей в лечении травм молочных зубов является: сохранение развития зачатков постоянных зубов. [8].

3. Переломы альвеолярного отростка у детей

Переломы альвеолярного отростка часто наблюдаются в области фронтальных участков челюстей и нередко сопровождаются вывихами и переломами зубов. Наиболее часто переломы альвеолярного отростка наблюдаются в возрасте от 6 до 15 лет, т. е. в период смены молочных зубов постоянными.

Линии переломов могут проходить на различных уровнях альвеолярного отростка. В зависимости от возраста ребенка и локализации перелома могут повреждаться и инфицироваться фолликулы постоянных зубов. Иногда они смещаются или обнажаются, а в некоторых случаях отделяются вместе с альвеолярным отростком. Все это отражается на дальнейшем развитии постоянных зубов. При смещении и частичном обнажении фолликулов они продолжают развиваться; при этом может наблюдаться ускоренное прорезывание зубов, а также прорезывание их вне дуги. Если фолликулы отделяются вместе с альвеолярным отростком, они погибают[17].

При переломах альвеолярного отростка обычно нарушается правильное смыкание зубов, определяются подвижность отломков, крепитация при пальпации и выраженная припухлость окружающих мягких тканей.

Лечение заключается в репозиции отломка альвеолярного отростка с восстановлением нормального смыкания зубов. Выбор метода фиксации зависит от возраста ребенка. Если рассасывание корней молочных зубов еще не закончено, альвеолярный отросток фиксируют с помощью проволоочной шины. Для этой цели используется алюминиевая и стальная проволока. Шины из упругой стальной проволоки дают возможность не только фиксировать, но и репонировать отломки без последующей замены одного вила шины другим.

В тех случаях когда постоянные зубы еще окончательно не прорезались, для фиксации концов шины можно применять кольца или

коронки, укрепляемые на первых коренных зубах. Применяются также шины из пластмассы, которые могут быть приготовлены лабораторным путем или непосредственно врачом при приеме больного.

При переломах альвеолярного отростка с потерей нескольких зубов необходимо последующее протезирование.

Описанные выше травматические повреждения зубов и альвеолярных отростков челюстей — наиболее часто встречающийся вид травмы у детей[11].

Заключение

Травмы зубов – нарушение анатомической целостности зуба и/или его связи с околозубными тканями, приводящее к обратимой либо необратимой утрате его функциональных свойств. Травмы зубов представлены ушибом, трещиной, переломом коронки или корня, повреждением зачатка зуба, вывихом зуба. Клиника травм зубов различна и может включать боль в зубе, его подвижность, изменение формы или положения в зубном ряду, нарушение функции жевания и пр. Диагноз травмы зуба устанавливается на основании клинико-рентгенологических данных. Способ лечения травмы зуба определяется, исходя из вида повреждения, и может быть консервативным (восстановление коронки зуба, эндодонтическая терапия, шинирование и т. д.) или хирургическим (реплантация или удаление зуба).

Список литературы

1. Деформации лицевого черепа: руководство / ред. В.М. Безруков, ред. Н.А. Рабухина. – М.: Медицинское информационное агентство, 2013. – 312с.
2. Козлов В.А., Васильев А.В., Семенов М.Г. Лечение переломов мышцелкового отростка нижней челюсти. Учебное пособие. – СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2010, -32с.
3. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Г.П. Рузин. – Киев.: «Книга плюс», 2010. – 232с.
4. Лучевая диагностика в стоматологии: Атлас. Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Трутень В.П.- М.: Медика, 2011.
5. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. Козлова С.И., Демикова Н.С.- М., 2012.
6. Персии Л.С, Елизарова В.М., Дьякова СВ. Стоматология детского возраста. — Изд. 5-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2013. — 640с
7. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л.: Учебник для студентов медицинских вузов.- М.:Плюс, 2010.
8. Детская хирургия: национальное руководство / ред.: Ю.Ф. Исаков, А.Ф. Дронов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2012. – 1168с.
9. Супиев Т.К. Травма челюстно-лицевой области у детей. –М.: - Медпресс-информ., -2013. -102 с
10. Рабухина Н.А., Арженцев А.П. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Атлас рентгенограмм. – М.: МИА, 2012. – 304с.
11. Семенов М.Г., Васильев А.В. Переломы нижней челюсти у детей. Учебное пособие. - СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2010, -28с.

12. Стоматология детей и подростков. Под ред. Ральфа Е. Мак-Дональда Р. Эйвери /перевод с англ. Под ред. Т.Ф. Виноградовой.- М., 2013.
13. Стоматология детей и подростков: Пер. с англ. / Под ред. Ральфа Е. Мак-Дональда, Дейвида Р. Эйвери; - М.: Медицинское информационное агентство, 2013. – 766с.
14. Стоматология детская. Хирургия. Под редакцией С.В.Дьяковой. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2012.
15. Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: учеб. пособие / О.З.Топольницкий, А.Ю.Васильев.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011.- 264 с.
16. Атлас по стоматологическим заболеваниям у детей. Виноградова Т.Ф..- М.:Медпресс-информ, 2012.
17. Водолацкий М.П., Водолацкий В.М. «Повреждение ЧЛЮ природа и их последствия» Ставрополь: СГМЭ, 2011г.
18. <https://studfile.net/preview/5344405/>
19. <https://terastom.com/perelomy-alveolyarnogo-otrostka-u-detey.html>
20. <https://mirznanii.com/a/152402/travmy-zubov-i-alveolyarnogo-otrostka/>

Пензенский государственный университет

Кафедра «Челюстно-лицевая хирургия»

«УТВЕРЖДАЮ»

Зав.Кафедрой «Челюстно-лицевая хирургия»

к.м.н.,А.В.Нестеров

ЗАДАНИЕ

На курсовую работу по дисциплине «Детская челюстно-лицевая хирургия»

Тема «Травмы зубов и альвеолярного отростка у детей в разные возрастные периоды»

- 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 Гарик Мнацаканович

Должность: ассистент кафедры «Челюстно-лицевой хирургии»

подпись _____

Задание получил: подпись _____ Ф.И.О. Барышников Глеб Николаевич