

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

Медицинский институт

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Курсовая работа

По дисциплине: «Детская челюстно-лицевая хирургия»

На тему: «ТРАВМЫ ЗУБОВ И АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА У ДЕТЕЙ В
РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ.»

Специальность — 31.05.03 Стоматология

Выполнила: студентка гр. 16ЛС6 4 курса

Кирасирова З.Р.

Руководитель: асс. кафедры

Амбарян Г.М.

Работа защищена с оценкой _____

Дата защиты _____

Пенза

2020г.

Содержание

Введение.....	3
Классификации травматических повреждений зубов.....	4
Ушиб зуба.....	5
Вывихи зубов.....	6
Переломы зубов.....	12
Переломы альвеолярных отростков.....	15
Заключение.....	18
Список использованных источников.....	20

Введение

Повреждения зубов и органов челюстно-лицевой области в детском возрасте - явление довольно распространенное и развиваются под влиянием различных причин, которые могут меняться в зависимости от возраста ребёнка. Высокая активность детей, их неосторожность часто становятся причиной травм и повреждений зубов.

У детей раннего возраста травмы зубов случаются чаще всего при первых попытках ходить. В молочном прикусе острая травма зубов возникает в 2,5-3 года, что объясняется любознательностью малыша, отсутствием охранительных и неустойчивостью нервно-мышечных рефлексов. До трёх лет функция торможения в нервной системе ребёнка развита очень слабо, а ребёнок активно познаёт окружающий мир. Здесь возможны падения из коляски, из кроватки, травма острыми предметами, ожоги, переломы челюстей, острая травма зубов.

Травма зуба – это нарушение анатомической целостности зуба или окружающих его тканей, с изменением положения зуба в зубном ряду.

Пик травматизма в сменном прикусе приходится на 8-10 лет. Связано это с подвижностью детей, с началом активных занятий спортом, отсутствием должного контроля над поведением детей со стороны взрослых. Наиболее частой причиной является падение на улице, которое чаще (60%) происходит в осеннее-зимний период. Мальчики подвержены острой травме зуба в два раза чаще, чем девочки. В 67% случаев острая травма зуба происходит у детей с неправильным прикусом, который способствует ослаблению устойчивости зубо-челюстной системы детей к травме.

У подростков такие травмы связаны главным образом с занятиями спортом: до 40% травм зубов и полости рта у подростков происходят во время спортивных игр. Зачастую происходит травма именно передних зубов (около 80%). Случаются также повреждения мягких тканей (губ, языка и внутренней стороны щек).

Классификации травматических повреждений зубов

I. Классификация травм ВОЗ.

Класс I. Ушиб зуба с незначительными структурными повреждениями.

Класс II. Неосложненный перелом коронки зуба.

Класс III. Осложненный перелом коронки зуба.

Класс IV. Полный перелом коронки зуба.

Класс V. Коронково-корневой продольный перелом.

Класс VI. Перелом корня зуба.

Класс VII. Вывих зуба неполный.

Класс VIII. Полный вывих зуба.

II. Классификация клиники детской челюстно-лицевой хирургии

Белорусского государственного медицинского университета.

1. Ушиб зуба.

1.1. с разрывом сосудисто-нервного пучка (СНП).

1.2. без разрыва СНП.

2. Вывих зуба.

2.1. неполный вывих.

2.2. с разрывом СНП.

2.3. без разрыва СНП.

2.4. полный вывих.

2.5. вколоченный вывих

3. Перелом зуба.

3.1. перелом коронки зуба.

3.1.1. в пределах эмали.

3.1.2. в пределах дентина (со вскрытием полости зуба, без вскрытия полости зуба).

3.1.3. отлом коронки зуба.

3.2. перелом корня зуба (продольный, поперечный, косой, со смещением, без смещения).

4. Травма зачатка зуба.

5. Сочетанная травма зуба (вывих + перелом и др.)

Ушиб зуба

Ушиб зуба – травматическое повреждение зуба, характеризующееся сотрясением и /или кровоизлиянием в пульпарную камеру. При ушибе зуба в первую очередь повреждается периодонт в виде разрыва части волокон его, повреждения мелких кровеносных сосудов и нервов, преимущественно в апикальной части корня зуба. В некоторых случаях возможен полный разрыв сосудисто-нервного пучка у входа его в апикальное отверстие, что ведет, как правило, к гибели пульпы зуба, вследствие прекращения кровообращения в ней.[19]

Клиника.

Определяются симптомы острого травматического периодонтита: боль в зубе, усиливающаяся при накусывании, боль при перкуссии. В связи с отеком тканей периодонта возникает ощущение «выдвижения» зуба из лунки, определяется умеренная подвижность его. При этом, зуб сохраняет свою форму и положение в зубном ряду. Иногда коронка поврежденного зуба окрашивается в розовый цвет, вследствие кровоизлияния в пульпу зуба.

Обязательно проведение рентгенологического обследования для исключения перелома корня его. При ушибе зуба на рентгенограмме можно выявить умеренное расширение периодонтальной щели.[8]

Лечение:

- создание условий для покоя поврежденного зуба, выведение его из окклюзии путем сошлифовывания режущих краев зубов;
- механически щадящая диета;
- при гибели пульпы – экстирпация и пломбирование каналов.

Контроль жизнеспособности пульпы осуществляется с помощью электроодонтодиагностики в динамике в течение 3-4 недель, а так же на основании клинических признаков (потемнение коронки зуба, боль при перкуссии, появление свища на десне).[2]

Вывихи зубов

Вывих зуба – травматическое повреждение зуба, в результате которого нарушается его связь с лункой.

Вывих зуба возникает чаще всего в результате удара по коронке зуба. Чаще других вывиху подвергаются фронтальные зубы на верхней челюсти и реже на нижней. Вывихи премоляров и моляров происходят чаще всего при неосторожном удалении соседних зубов с помощью элеватора.

Различают:

- неполный вывих (экструзия),
- полный вывих (авульсия),
- вколоченный вывих (интрузия).

При неполном вывихе зуб частично теряет связь с лункой зуба, становится подвижным и смещается из-за разрыва периодонтальных волокон и нарушения целостности кортикальной пластинки альвеолы зуба.

При полном вывихе зуб теряет связь с лункой зуба из-за разрыва всех тканей периодонта, выпадает из лунки или удерживается только мягкими тканями десны.

При вколоченном вывихе происходит внедрение зуба в губчатое вещество костной ткани альвеолярного отростка челюсти (погружение зуба в лунку).[1]

Неполные вывихи зубов

Клиника. Жалобы на боль, подвижность зуба, изменение положения его в зубном ряду, нарушение функции жевания. При осмотре полости рта, неполный вывих зуба характеризуется изменением положения (смещением) коронки травмированного зуба в различном направлении (орально, вестибулярно, дистально, в сторону окклюзионной плоскости и др.). Зуб может быть подвижен и резко болезнен при перкуссии, но не смещен за пределы зубного ряда. Десна отечна и гиперемирована, возможны разрывы ее. Вследствие разрыва круговой связки зуба, тканей периодонта и повреждения

стенки альвеолы могут определяться патологические зубодесневые карманы и кровотечение из них. При вывихе зуба и смещении коронки его орально, корень зуба, как правило смещается вестибулярно, и наоборот. При смещении зуба в сторону окклюзионной плоскости он выступает над уровнем соседних зубов, подвижен и мешает окклюзии. Очень часто у больного имеется сопутствующая травма мягких тканей губ (ушиб, кровоизлияние, рана).

При неполном вывихе зуба рентгенологически определяется расширение периодонтальной щели и некоторое «укорочение» корня зуба, если он смещен орально или вестибулярно.[3]

Лечение неполного вывиха.

- репозиция зуба;
- фиксация каппой или гладкой шиной-скобой;
- щадящая диета;
- осмотр через 1 месяц;
- при установлении гибели пульпы – экстирпация ее и пломбирование канала.

Иммобилизация или фиксация зубов осуществляется следующими способами:

1. Лигатурное связывание зубов (простое лигатурное связывание, непрерывное в виде восьмерки, связывание зубов по Баронову, Обвегезеру, Фригофу и др.). Лигатурное связывание зубов показано, как правило, в постоянном прикусе при наличии устойчивых, рядом стоящих зубов (2-3 в обе стороны от вывихнутого). Для лигатурного связывания зубов обычно используется тонкая (0,4 мм) мягкая бронзо-алюминиевая или стальная нержавеющая проволока. Недостатком этих методов шинирования является невозможность их применения во временном прикусе по вышеизложенным причинам. Кроме того, наложение проволочных лигатур достаточно трудоемкий процесс. В то же время этот способ не позволяет достаточно жестко зафиксировать вывихнутые зубы.

2. Шина-скоба (проволочная или ленточная). Изготавливается (изгибается) шина из нержавеющей проволоки от 0,6 до 1,0 мм. толщиной или стандартной стальной ленты и фиксируется к зубам (по 2-3 в обе стороны от вывихнутого) при помощи тонкой (0,4 мм) лигатурной проволоки. Шина-скоба показана в постоянном прикусе, как правило, при наличии достаточного количества устойчивых рядом расположенных зубов.

Недостатки: травматичность, трудоемкость и ограниченное применение во временном прикусе.

3. Шина-каппа. Изготавливается, как правило, из пластмассы в одно посещение, непосредственно в полости рта больного после репозиции зубов. Недостатки: разобщение прикуса и затруднение проведения ЭОД.

4. Назубно-надесневые шины. Показаны в любом прикусе при отсутствии достаточного количества опорных, в том числе и рядом стоящих зубов. Изготавливаются из пластмассы с армированной проволокой, лабораторным путем после снятия оттиска и отливки модели челюсти.

5. Использование композиционных материалов, с помощью которых производят фиксацию к зубам проволочных дуг или других шинирующих конструкций.

Иммобилизация вывихнутых зубов осуществляется обычно в течение 1-го месяца (4-х недель). При этом необходимо строго соблюдать гигиену полости рта для профилактики воспалительных процессов и повреждения эмали шинированных зубов.[14]

Осложнения и исходы неполного вывиха: укорочение корня зуба, облитерация или расширение канала корня зуба с образованием внутрипульпарной гранулемы, остановка формирования и роста корня, искривление корня зуба, изменения в периапикальных тканях в виде хронического периодонтита, корневой кисты.[16]

Полные вывихи зубов.

Полный вывих зуба (травматическая экстракция) происходит после полного разрыва тканей периодонта и круговой связки зуба в результате сильного удара по коронке зуба. Чаще всего поражаются фронтальные зубы на верхней челюсти (преимущественно центральные резцы) и реже на нижней челюсти.

Клиническая картина.

При осмотре полости рта, в зубном ряду зуб отсутствует и имеется кровоточащая или заполненная свежим сгустком крови лунка вывихнутого зуба. Часто имеются сопутствующие повреждения мягких тканей губ (ушибы, раны слизистой и др.). При обращении к врачу-стоматологу вывихнутые зубы часто приносят «в кармане». Для составления плана лечения следует оценить состояние вывихнутого зуба (целостность коронки и корня, наличие кариозных полостей, временный зуб или постоянный и др.).[5]

Лечение полного вывиха состоит из следующих этапов.

- экстирпация пульпы и пломбирование канала;
- реплантация;
- фиксация на 4 недели каппой или гладкой шиной-скобой;
- механически щадящая диета.

Необходимо обследовать лунку зуба и оценить ее целостность. Рентгенологически, при полном вывихе зуба, определяется свободная (пустая) лунка зуба с четкими контурами. Если же лунка вывихнутого зуба разрушена, то рентгенологически границы альвеолы не определяются.

Показания к реплантации зуба зависят от возраста больного, его общего состояния, состояния самого зуба и лунки его, от того временный зуб или постоянный, сформирован корень зуба или нет.

Реплантация зуба - это возвращение зуба в его собственную лунку. Различают одномоментную и отсроченную реплантацию зуба. При одномоментной реплантации в одно посещение готовят зуб к реплантации, пломбируют канал корня его и проводят собственно реплантацию с последующим шинированием его. При отсроченной реплантации вывихнутый

зуб промывают, погружают в физиологический раствор с антибиотиком и помещают временно (до реплантации) в холодильник. Через несколько часов или суток зуб трепанируют, пломбируют и проводят реплантацию его.[15]

Операцию реплантации зуба можно разделить на следующие этапы:

1. Подготовка зуба к реплантации.
2. Подготовка лунки зуба к реплантации.
3. Собственно реплантация зуба и фиксация его в лунке.
4. Послеоперационное лечение и наблюдение в динамике.

Через 1-1,5 месяца после операции реплантации зуба возможны следующие типы приживления зуба:

1. Приживление зуба по типу первичного натяжения через периодонт (синдесмоз). Это наиболее благоприятный, периодонтальный тип сращения, зависящий, в основном, от сохранения жизнеспособности тканей периодонта. При таком типе сращения на контрольной рентгенограмме определяется равномерной ширины периодонтальная щель.

2. Приживление зуба по типу синостоза или костного сращения корня зуба и стенки лунки. Это происходит при полной гибели тканей периодонта и является наименее благоприятным типом сращения (анкилоз зуба). При анкилозе зуба на контрольной рентгенограмме периодонтальная щель не просматривается.

3. Приживление зуба по смешанному типу сращения корня зуба и стенки альвеолы. На контрольной рентгенограмме при таком сращении линия периодонтальной щели чередуется с участками ее сужения или отсутствия.

В отдаленном периоде (через несколько лет) после реплантации зуба может возникнуть резорбция (рассасывание) корня реплантированного зуба.[18]

Вколоченные вывихи зубов. Травма зачатков зубов.

Вколоченный вывих (интрузия зуба) – это частичное или полное погружение коронки зуба в альвеолу, а корня зуба - в губчатое вещество

костной ткани челюсти в результате травмы. Страдают, как правило, фронтальные зубы на верхней челюсти при сильном ударе по режущему краю. При вколоченном вывихе зуб внедряется в толщу кости, частично или полностью разрываются периодонтальные волокна, ломается кортикальная пластинка лунки зуба, особенно в области дна.

Больные предъявляют жалобы на то, что после травмы зуб стал короче рядом стоящих зубов или вообще не виден. Клинически определяется уменьшение высоты видимой части коронки зуба, зуб расположен выше (ниже) окклюзионной плоскости. Зуб устойчив, перкуссия его слабо болезненна. Иногда коронка травмированного зуба вообще не видна, так как она полностью погружена в лунку зуба. В этом случае, при обследовании лунки обнаруживается режущий край зуба. Имеется луночковое кровотечение и разрыв слизистой десны.[20]

На рентгенограмме при вколоченном вывихе определяется зуб, внедренный в костную ткань. Периодонтальная щель не просматривается. При травме временных зубов рентгенологически следует оценить целостность кортикальной пластинки фолликулов постоянных зубов. При нарушении целостности кортикальной пластинки можно говорить о травме зачатка постоянного зуба. Если при клиническом обследовании лунка зуба пустая и зуба нет в наличии, то рентгенологическое обследование позволяет обнаружить вколоченный зуб в толще челюсти, в мягких тканях, в полости носа и др.[13]

Лечение.

В детском возрасте вколоченные временные зубы чаще всего подлежат удалению. Постоянный зуб чаще всего следует сохранять.

Проводится:

- эндодонтическое лечение из-за повреждения сосудисто-нервного пучка с последующим некрозом пульпы;
- установление зуба в первоначальное положение (одномоментно или ортодонтическим путем);
- удаление зуба при развитии воспалительного процесса в ране.[7]

Переломы зубов

Перелом зуба – это травматическое повреждение зуба с нарушением целостности твердых тканей его. Возникает в результате сильного удара по коронке зуба. Страдает чаще всего фронтальная группа зубов на верхней челюсти (88,9%) и реже на нижней челюсти (11,1%). Перелом зуба может локализоваться в области коронки, шейки и корня зуба. Очень редко встречаются коронково-корневые переломы зубов.

Помимо переломов зубов выделяют трещину зуба, т.е. перелом коронки зуба без отрыва части ее.

Жалоб больные обычно не предъявляют. Выявляется трещина эмали при осмотре высушенной коронки зуба с помощью лупы. Наиболее совершенный метод диагностики трещин зубов – трансиллюминация. Лечение трещин эмали зубов в большинстве случаев не требуется.

Переломы коронок зубов

Чаще встречаются травмы центральных резцов на верхней челюсти (95,1%) .

В зависимости от величины отломившейся части коронки зуба выделяют:

1. Перелом коронки зуба в пределах эмали.
2. Перелом коронки зуба в пределах дентина (со вскрытием и без вскрытия полости зуба).
3. Отлом коронки зуба. [4]

Клиническая картина.

Перелом коронки зуба чаще всего происходит по косой линии, т.е. под углом к режущему краю ее. Перелому коронок зубов способствуют аномалии положения зубов и прикуса, а также некоторые пороки развития твердых тканей зуба (флюороз, гипоплазия эмали и др.)

Перелом коронки зуба в пределах эмали характеризуется тем, что больные могут жаловаться на боль в зубе от температурных раздражителей или при приеме сладкой пищи. Однако чаще всего имеются жалобы на эстетический недостаток или на травмирование мягких тканей острыми краями дефекта коронки зуба. При клиническом обследовании выявляется изменение формы коронки зуба, часто имеются повреждения слизистой оболочки губы. Зуб устойчив. Нередко имеются признаки острого травматического периодонтита. Так как перелом коронки может сочетаться с переломом корня, то для постановки диагноза требуется рентгенологическое обследование.

Лечение: создание покоя зубу в течение недели, сошлифовывание острых краев дефекта коронки как временных, так и постоянных зубов.

Перелом коронки зуба в пределах дентина без вскрытия полости зуба характеризуется тем, что больные жалуются на боль в зубе от механических и термических раздражителей. Клинически определяется дефект коронки зуба и изменение формы ее. В некоторых случаях, при переломе коронки, пульпа зуба просвечивается в виде розового пятна через тонкий слой сохранившегося дентина. Поскабливание зондом по поверхности перелома в этом случае вызывает боль. Зуб устойчив, но перкуссия его болезненна (травматический периодонтит). Для исключения перелома корня зуба, также требуется рентгенологическое обследование.

Лечение такого вида травмы зуба зависит от того, на каком расстоянии от пульпы зуба произошел перелом, от жизнеспособности пульпы и др. Однако в любом случае основной задачей лечения является защита пульпы зуба от инфицирования и внешних раздражителей (термических, химических и др.).

При переломе коронки зуба в пределах дентина со вскрытием полости зуба больной нуждается в лечении у врача-стоматолога по поводу острого травматического пульпита. В дальнейшем показано восстановление анатомической формы коронки постоянного зуба при помощи пломбы, вкладки или коронки.

Полный отлом коронки зуба диагностируется клинико-рентгенологически. Рентгенография показана для оценки состояния корня зуба и исключения перелома его.

В зависимости от направления линии перелома корней зубов подразделяют на косые, продольные, поперечные и оскольчатые. В зависимости от локализации различают переломы корня в нижней (ближе к шейке зуба), средней и верхней (ближе к апексу) трети его. Переломы корня зуба, как и любые переломы, могут быть без смещения и со смещением отломков. В последнем случае перелом корня может сочетаться с неполным вывихом зуба.

Диагноз перелома корня зуба ставится на основании клинико-рентгенологических данных. Так, после травмы больной жалуется на боль в зубе при накусывании. Перкуссия зуба болезненна. Подвижность зуба зависит от локализации перелома – чем ближе перелом корня к шейке зуба, тем больше степень подвижности коронки зуба. Рентгенологическое обследование позволяет выявить нарушение целостности корня зуба, локализацию и направление перелома, наличие смещения отломков и др. При подозрении на перелом корня следует повторить рентгенологическое обследование через неделю после травмы. В этом случае линия перелома определяется более четко.

Лечение. При переломах корней постоянных зубов тактика врача-стоматолога зависит от локализации и направления перелома. После клинико-рентгенологического обследования, следует определить жизнеспособность пульпы зуба. Если пульпа зуба жизнеспособна, то необходимо шинирование зубов на 4 недели с последующим диспансерным наблюдением в течение нескольких лет.

Лечение перелома коронки зуба:

- трещина устраняется пломбой из композиционных материалов, вкладкой или коронкой.
- при сочетании перелома коронки с травматическим пульпитом - лечение травматического пульпита, восстановление коронки зуба

Лечение поперечного перелома корня зуба:

Варианты:

1 вариант:

- удаление отломка коронки;
- эндодонтическое лечение оставшегося корня;
- изготовление штифтового зуба.

2 вариант:

- сопоставление отломков зуба;
- шинирование каппой;
- эндодонтическая терапия;
- соединение сломанных частей зуба штифтом с последующей его

фиксацией цементом.[11]

Продольный перелом - удаление зуба.

Оскольчатый перелом- удаление зуба.

Сочетанная или комбинированная травма - это сочетание двух или более видов травмы зубов.

Наиболее часто встречаются следующие варианты сочетанной травмы зуба:

1. Неполный вывих зуба с переломом коронки.
2. Неполный вывих зуба с переломом корня.
3. Вколоченный вывих зуба с переломом коронки.
4. Вколоченный вывих зуба с переломом корня.
5. Перелом коронки и корня зуба.
6. Полный вывих зуба с переломом коронки и т.д.[17]

Переломы альвеолярных отростков

Переломы альвеолярного отростка челюсти возникают в результате прямого удара по группе зубов. Повреждаются чаще всего альвеолярный отросток верхней челюсти, так как в сагиттальной плоскости верхние зубы расположены впереди нижних.[12]

При переломе альвеолярного отростка клинически определяется нарушение формы зубной дуги в переднем отделе или нарушение прикуса. В полости рта имеются кровоточащие раны слизистой верхней губы и десны, а также раны или кровоизлияния в области переходной складки. Пальпаторно определяется патологическая подвижность альвеолярного отростка вместе с зубами, пальпация болезненна. Нередко имеются вывихи и переломы зубов, находящихся в подвижном фрагменте альвеолярного отростка. В большинстве случаев отломок удерживается мягкими тканями и надкостницей с небной (оральной) стороны, хотя возможен и полный отрыв его.

Рентгенологическое обследование позволяет уточнить локализацию перелома относительно корней зубов, определить состояние и целостность корней зубов, а также состояние зачатков постоянных зубов. Рентгенологически линия перелома проходит чаще в горизонтальном направлении на уровне или выше корней зубов.[10]

Помимо местной клинико-рентгенологической картины у ребенка могут быть признаки черепно-мозговой травмы (рвота, тошнота, потеря сознания в анамнезе и др.).

Лечение.

В тяжелых случаях с целью обезболивания проводят проводниковую (местную) анестезию. Проводят санацию очага повреждения, при необходимости – первичную хирургическую обработку (ПХО) раны.

1. Если линия перелома проходит по линии или выше вершук корней зубов, то в первую очередь проводят ручную репозицию костного отломка вместе с зубами и фиксацию его с помощью одночелюстных, внутриротовых шин.

2. Если линия перелома альвеолярного отростка проходит на уровне корней зубов, то полностью вывихнутые зубы и зубы со сломанными корнями подлежат удалению, так как при такой травме обычно разрушаются лунки зубов, а переломы корней имеют, как правило, большое смещение, что не позволяет сохранить зубы. Не полностью вывихнутые постоянные зубы в этом

случае необходимо сохранить, особенно если лунка зуба не разрушена. Далее производят репозицию альвеолярного отростка и оставшихся зубов и фиксацию их вышеуказанными способами. Поврежденные, видимые, но не вывихнутые зачатки постоянных зубов так же сохраняют, так как они достаточно устойчивы.[9]

Некоторые стоматологи и челюстно-лицевые хирурги при таком переломе альвеолярного отростка рекомендуют удалять не только сломанные и вывихнутые постоянные зубы, но и сам сломанный альвеолярный отросток вместе с зубами. Костную рану после этого укрывают надкостницей и слизистой оболочкой. Они считают, что приживание альвеолярного отростка в этом случае невозможно, особенно при наличии разрывов надкостницы и мягких тканей.[6]

Заключение

Несмотря на разнообразие причин травм зубов, большинство из них можно предотвратить.

Профилактика бытовой травмы у детей 1-3 лет требует продуманной организации интерьера помещения, в котором растет ребенок. Родители обязаны соблюдать меры безопасности в создании атравматичной домашней обстановки для малышей, развивать внимание детей, учить реагировать на запреты, приобретать полезный и негативный опыт планомерно (знакомить с горячим, острым т.д.). В ДТП ребёнок может попасть уже в младенческом возрасте при неправильной перевозке в автомобиле. Необходимо перевозить ребёнка только в специальном детском автомобильном кресле, выбранном с учетом веса ребёнка. По мере взросления дети сами становятся участниками дорожного движения. Уже в детском возрасте необходимо знакомить с правилами дорожного движения. Родители также должны на своём примере показывать культуру поведения на дорогах.

Вовремя начатое лечение зубо-челюстных аномалий позволит избежать острой травмы зуба (перелома, вывиха, отлома).

Самой эффективной мерой профилактики травмы зубов у детей раннего возраста является постоянный надзор за ними во время бодрствования.

В возрасте 7-10 лет, когда возрастает игровая активность детей, родители обязаны обеспечить ребенка защитной экипировкой для катания на велосипеде, роликовых коньках, найти наименее опасные площадки для катания, помочь ребенку приобрести устойчивые навыки катания.

Подростки, занимающиеся спортом с высоким и средним риском травмы зубов и челюстно-лицевой области (хоккей, футбол, контактные виды спорта, дайвинг, гимнастика, парашютный спорт) должны быть защищены головными шлемами, лицевыми масками и внутриротовыми приспособлениями (индивидуальные каппы). Использование индивидуальных средств защиты

поможет сократить риск получения травмы во время занятий спортом или подвижных игр.

Лечение аномалий прикуса также является профилактикой травмы зубов. Одной из профилактических мер, уменьшающей травматические повреждения зубов, является раннее ортодонтическое лечение протрузии (избыточный наклон вперед) центральных резцов.

Список использованных источников

1. Александров, Н. М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия / Н. М. Александров. Л.: Медицина. 2015. 487 с.
2. Алехова Т.М., Яременко А.И., Федосенко Т.Д., Прохорова О.В. Травматология челюстно–лицевой области (часть I) Травматические повреждения зубов (клиника, диагностика, лечение). Учебное пособие для

- студентов 4–5 курсов стоматологического факультета и врачей–стоматологов последипломного образования.
3. Аржанцев, П. З. Лечение травм лица / П. З. Аржанцев, Г. М. Иващенко, Т. М. Лурье. М.: Медицина. 2015. 304 с.
 4. Бернадский, Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю. И. Бернадский. М.: Медицинская литература. 2014. 456 с.
 5. Боровский, Е. В. Стоматология / Е. В. Боровский. М.: Медицина. 2013. 526 с.
 6. Виноградова, Т.Ф. Стоматология детского возраста / Т. Ф. Виноградова. М.: Медицина. 2014. 526 с.
 7. Виноградова Т.Ф. Стоматология детского возраста: руководство для врачей. М.1987. С. 440-465.
 8. Виноградова Т.Ф. Винниченко А.В. Травмы фронтальных зубов у детей М. 1989. 33 с.
 9. Дистель В.А., Сунцов В.Г., Голочалова Н.В.. Устранение дефектов коронок зубов у детей методом поэтапного выведения из окклюзии (Методические рекомендации). Омск. 2011. 5 с.
 10. Дробышева А.Ю., Янушевича О.О. Челюстно-лицевая хирургия. Учебник. / Под ред. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.
 11. Еловикова А.Н., Гвоздева Л.М., Белкина Л.А., Королькова Е.Н. Ближайшие и отдаленные результаты лечения зубов у детей после травмы. // Стоматология. 2015, т.74 б- №1. С. 57-59.
 12. Зеленский В.А., Мухорамов Ф.С. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Электронный ресурс] / - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
 13. Казанцева И.А., Дмитриенко С.В. и др. Травма постоянных и молочных зубов. Учебно-методическое пособие. - Волгоград: Волгоградская мед. академ. , 2011. - 16 с.

- 14.Ландинова В.Д., Сунцов В.Г., Голочалова Н.В., Иванова Г.Г., Питаева. Новые технологии в лечении травмы зубов у детей А.Н.// Институт стоматологии. 2009, № 2. С. 31.
- 15.Николаев А.И. Опыт проведения одномоментного восстановления коронок фронтальных зубов, утраченных в результате острой травмы.// Институт стоматологии. 2012, №4. С. 18-21.
- 16.Рыжова И.П. Особенности челюстно-лицевой области в детском возрасте. Модуль / - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016
- 17.Топольницкий О. З. Стоматология детского возраста учебник.в 3 ч. / - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Ч. 2. Хирургия. - 320 с
- 18.<https://stomat.org/travma-chelyustno-litsevoy-oblasti-u-detey.html>
- 19.<https://mirznanii.com/a/152402-3/travmy-zubov-i-alveolyarnogo-otrostka-3/>
- 20.https://zinref.ru/000_uchebniki/03200medecina/100_lekcii_medicina_14/720.htm