

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»**

Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Реферат:

Тема: «ТРАВМЫ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ»

**Выполнил клинический ординатор
Стоматологии общей практики
1-го года обучения:
Кузнецов Илья Сергеевич**

**Руководитель ординатуры
к.м.н., доцент:
Тарасова Наталья Валентиновна**

Красноярск, 2016

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.

Травмы зубов классифицируют следующим образом:

1. Ушиб зуба.
2. Травматическая дистопия зуба (вывих):
— по вертикали, сагитали, трансверзали.
3. Потеря зуба.
4. Нарушение целостности зуба:
— перелом коронковой части
— перелом корневой части (косой, продольный, поперечный).
5. Комбинированная травма.

Ушиб зуба — это механическое воздействие на зуб без повреждения его анатомической целостности. При ушибе зуба возможно кровоизлияние в пульпу, вследствие разрыва сосудисто-нервного пучка. Во временном прикусе наблюдается очень редко.

Жалобы. В первые часы после травмы ребенок жалуется на незначительную боль в зубе при накусывании.

Клиника. При осмотре выявляется незначительная подвижность травмированного зуба в одном направлении, болезненная перкуссия, никаких изменений окружающих тканей и зуба не наблюдается.

Состояние пульпы оценивают по данным электроодонтодиагностики (ЭОД). Анализируя их, нужно учитывать: данные показатели — для временных или постоянных зубов, постоянных со сформированным корнем или нет. ЭОД следует проводить через 1,3 и 6 месяцев после травмы.

Ушиб зуба следует дифференцировать с:

- а) неполной травматической дистопией (в таком случае подвижность зуба возможна в нескольких направлениях, на рентгенограмме — расширение периодонтальной щели):
- б) переломом корня (рентгенологическая картина характеризуется нарушением его целостности):
- в) внутрипульпарной гранулемой, при которой розовая окраска коронки зуба наблюдается на одной из его поверхностей.

Лечение ушиба зуба заключается в обеспечении покоя, исключения его из окклюзии, назначения механически щадящей диеты. При необходимости проводится противовоспалительное лечение.

Если по данным ЭОД и клинически определяется гибель пульпы в постоянных зубах, следует провести ее экстирпацию и пломбирование канала, а во временных, в зависимости от состояния корня, — лечение или удаление зуба.

После ушиба зуба возможны различные последствия:

1. восстановление функции пульпы, так и гибель пульпы;

2. облитерация канала;
3. возникновение периодонтита;
4. развитие радикулярной кисты;
5. прекращение формирования корня в постоянном или временном зубе.

Травматическая дистопия (вывих) зуба — смещение зуба относительно лунки за счет разрыва или растяжения волокон периодонта и травмирования стенки лунки корнем зуба. При этом происходит изменение положения зуба в одном из трех направлений: по вертикали (смещение в сторону окклюзионной плоскости — экструзия или погружение его в костную ткань альвеолярного отростка — интрузия; поворот вокруг продольной оси — посттравматическая тортоокклюзия), по сагиттали (смещение в вестибулярном направлении, в оральном направлении), по трансверзали (смещение в сторону соседних зубов).

Жалобы — на наличие подвижного зуба, изменение его положения (увеличение высоты; поворот зуба; смещение коронки кнаружи или внутрь), невозможность сомкнуть зубы так, как до травмы.

Клиника. Травматическая дистопия зуба характеризуется повышенной подвижностью его, изменением обычного положения. При экструзии зуб перемещается на верхней челюсти книзу, а на нижней — кверху, при этом режущий край выступает над окклюзионной плоскостью. При травматической тортоокклюзии часть коронки зуба изменяет положение под разными углами вокруг продольной оси. В результате таких перемещений зубов нарушается прикус. При этом нижняя челюсть приобретает вынужденное положение, ибо ребенок инстинктивно смещает. Кроме того, возникает боль в зубе, невозможность откусывать, закрывать рот. Часто это сопровождается отеком тканей губы, десен, их гиперемией, иногда может быть кровоточивость из периодонтальной щели, что свидетельствует о травме сосудисто-нервного пучка. При травматической дистопии зуба пучок растягивается, но не рвется, то есть пульпа функционирует. Перкуссия травмированного зуба болезненна. На рентгенограмме определяется расширение периодонтальной щели (равномерное или неравномерное).

Дифференциальная диагностика проводится с:

1. переломом альвеолярного отростка;
2. положением зубов при диастеме (треме) в период формирования прикуса;
3. перемещением зуба при болезнях пародонта;
4. аномалией положения зуба.

Лечение. При травматической дистопии постоянного зуба со смещением под проводниковым или общим обезболиванием смещенный зуб репозируют в правильное положение, накладывают шину-скобу или одномоментно изготавливают шину-каппу, фиксирующую травмированный и окружающие 2-3 зуба. Это касается как постоянных, так и временных зубов, в которых не начался процесс резорбции корней.

При травматической дистопии временных зубов с корнями, которые начали рассасываться, последние подлежат удалению.

Интраоссальная травматическая дистопия (вколоченный вывих, интрузия) зуба — это частичное или полное проникновение корня и коронки зуба в губчатую кость. Чаще такая травматическая дистопия по вертикали наблюдается на верхней челюсти в участке резцов.

Жалобы ребенка — на боль в зубе, уменьшение высоты зуба или его отсутствие на своем месте.

Клиника. При осмотре лица определяется отек мягких тканей губы. В полости рта — отек десен, кровотечение из них; зуба на месте нет или видна часть его коронки, горизонтальная плоскость вколоченного зуба на верхней челюсти выше, а на нижней —

ниже, чем рядом расположенных зубов. Перкуссия травмированного зуба болезненна. Иногда при пальпации альвеолярного отростка можно выявить часть коронки зуба. Для подтверждения диагноза проводят рентгенографию альвеолярного отростка в травмированном участке. На рентгенограмме - режущий край коронки травмированного зуба верхней челюсти расположен выше (на нижней — ниже) соседних зубов. Прослеживаются участки нормальной периодонтальной щели и тень корня без нее (в месте вколачивания). Если сила действия была большой и зуб вышел за пределы лунки, то его можно увидеть в челюсти, верхнечелюстной пазухе или мягких тканях.

Дифференциальная диагностика проводится с:

1. травматической дистопией, когда коронка смещена в сторону преддверия или нёба,
2. потерей зуба,
3. переломом коронки.

Лечение. При вколоченном вывихе зуба у детей до 2 лет можно надеяться на самостоятельное его "прорезывание". Если этого не произошло через 4-6 месяцев после травмы, то зуб удаляют. Временный зуб, корень которого рассосался на высоты, также подлежит удалению. Хирургическая репозиция зуба с последующей фиксацией проводится при вколоченном вывихе временного зуба со сформированным корнем, резорбция которого еще не началась, и постоянного зуба.

Под проводниковым или общим (по показаниям) обезболиванием зуб возвращают в лунку. Дальше его фиксируют в правильном положении гладкой шиной-скобой или шиной-каппой на 2-3 недели. После вмешательства обязательно назначают противовоспалительную терапию. В течение всего периода лечения особое внимание уделяют гигиене полости рта. Нужно чистить зубы 3-4 раза в сутки мягкой щеткой, после еды полоскать рот антисептиками. В последующем ребенок должен находиться под наблюдением ортодонта для предотвращения деформаций зубного ряда и терапевта-стоматолога, который проводит контрольную ЭОД травмированного зуба для выявления возможного некроза пульпы или изменений в тканях периодонта. Если в динамике показатели ЭОД свидетельствуют о гибели пульпы, то необходимо провести экстирпацию ее и пломбирование канала зуба.

Последствиями вколоченного вывиха могут быть:

1. развитие острого, а затем травматического хронического периодонтита, периостита;
2. прекращение формирования корня временного или постоянного зубов;
3. дефекты и деформации зубного ряда.

Потеря зуба. При таком виде травмы зуб полностью теряет связь с лункой и мягкими тканями (происходит разрыв тканей периодонта, круговой связки, сосудисто-нервного пучка). Чаще во время травмы удаляются центральные резцы верхней челюсти.

Жалобы ребенка — на боль в участке травмированного альвеолярного отростка, отек мягких тканей губы, кровотечение изо рта и отсутствие зуба. Иногда родители или дети приносят зуб с собой.

Клиника. При осмотре участка повреждения выявляется отсутствие зуба в дуге, кровоточивость из лунки или сгусток в ней, возможно повреждение мягких тканей альвеолярного отростка. На рентгенограмме: зуб в лунке и окружающих костных и мягких тканях отсутствует.

Дифференциальную диагностику проводят (если зуб не нашли) с интраоссальной травматической дистопией зуба и отломом его корня или коронки.

Лечение. При потере зуба в результате травмы осуществляют реплантацию его, которая показана в постоянном прикусе в зубах со сформированным хотя бы на 1/2 длины корнем и временном прикусе в зубах со сформированным корнем. Во всех других случаях реплантация не проводится, а через 1-2 месяца осуществляют замещение отсутствующего зуба протезом.

Этапы реплантации: под проводниковым или общим обезболиванием проводится тщательный кюретаж лунки — убирают сгусток, мелкие отломки кости, инородные тела, обрабатывают ее антисептиками и обязательно вызывают кровоточивость стенок лунки (то есть она не должна быть "сухой"). В дальнейшем врач избирает лечебную тактику относительно пульпы травмированного зуба. Ориентировочный срок, прошедший от момента потери зуба до его реплантации, когда можно обойтись без пломбирования канала — 6-12 ч.

Когда с момента травмы прошло более 12 ч. проводят экстирпацию пульпы и пломбирование канала. Затем зуб помещают в лунку, фиксируют шиной-скобой или шиной-каппой в течение 4 недель.

Обязательно назначается противовоспалительная терапия. Особое значение имеет гигиена полости рта.

Следствиями травмы, в результате которой происходит потеря зуба, могут быть:

1. развитие хронического периодонтита, воспалительных процессов мягких тканей, кости, лунки;
2. дефект зубного ряда.

Перелом коронки зуба. Различают отлом эмали, отлом коронки в пределах дентина, отлом всей коронки.

Жалобы. При отломе эмали зуба и коронки в границах дентина дети жалуются только на наличие дефекта коронки зуба, пульпа чаще не поражается, а при переломе зуба в пределах дентина или всей коронки — на боль при приеме горячей или холодной пищи или на острый край, царапающий язык или щеку.

Клиника. Определяется нарушение целостности коронки зуба в границах эмали и дентина (возможно, с раскрытием полости зуба) или отсутствие коронки. Повышенная подвижность зуба наблюдается редко или может быть I степени. Иногда возникает болевая реакция на перкуссию. На рентгенограмме определяется дефект коронки в пределах эмали и дентина, над пульповой камерой имеется прослойка дентина (если камера закрыта) или она отсутствует (полость зуба открыта); корни зубов могут находиться на разных стадиях формирования, изменений в тканях периодонта обычно не выявляется (при условии, что их не было до момента травмы).

Лечение. При отломе части коронки в пределах эмали, то есть скальвании, проводят шлифование острых краев и покрытие поверхности фтор-лаком или другим реминерализующим средством, обеспечивают зубу покой путем "выключения" его из окклюзии. В последующем ликвидацию дефекта части коронки зуба осуществляют фотополимерными материалами.

При скальвании части коронки зуба в границах эмали и дентина без раскрытия пульповой камеры на место отлома накладывают кальцийсодержащую пасту и защищают зуб посредством металлической или целлулоидной коронки. Через 1 -1,5 недели, когда сформируется достаточное количество заместительного дентина, после проведения контрольной ЭОД зуба осуществляется восстановление анатомической целостности его композиционными материалами.

При переломах коронки зуба с раскрытием пульповой камеры, если после травмы прошло 24 ч, проводится витальная ампутация или экстирпация пульпы с последующим пломбированием канала и замещением дефекта коронки зуба. Если травма зуба была получена несколько часов назад, то можно применить биологический метод лечения

пульпита с защитой коронки зуба и последующим закрытием дефекта композиционными материалами. Дети с переломом коронки зуба находятся на диспансерном наблюдении.

Перелом корня зуба. Чаще перелом корня происходит в постоянных зубах фронтальной группы. Переломы корней временных зубов наблюдаются очень редко, что обусловлено анатомическими особенностями строения зуба и альвеолярного отростка.

Переломы корня постоянного зуба делят на косые, продольные, осколочные и комбинированные.

Жалобы. Ребенок жалуется на боль при накусывании на зуб, его подвижность, отек десен.

Клиническая картина при переломах корня зуба зависит от уровня перелома, наличия смещения отломков, повреждения пульпы. Могут быть незначительная подвижность, болезненная перкуссия и надавливание на зуб.

Окончательный диагноз устанавливается после проведения прицельной рентгенографии зуба. На рентгенограмме определяется место нарушения целостности тканей корня зуба.

Лечение. При переломе корня временного зуба без смещения отломков последний фиксируют шиной-каппой на 3-4 недели. После этого в течение 6 месяцев ребенок должен быть под наблюдением. Если произошел перелом корня временного зуба со смещением, то он подлежит удалению.

При переломе верхушки корня постоянного зуба и последующем развитии периодонтита верхушка корня подлежит удалению после пломбирования канала и ликвидации воспалительных явлений вокруг нее. Если же воспаления периодонта нет, то верхушку не удаляют.

При переломе корня постоянного зуба в средней его части, если пульпа погибла, канал пломбируют и изготавливают штифтовый зуб. В тех случаях, когда пульпа остается живой, зубу обеспечивают покой, исключив его из акта жевания посредством каппы. В течение последующих 6 месяцев ребенок находится под наблюдением стоматолога-терапевта, осуществляющего контроль ЭОД зуба, а при необходимости проводит эндодонтическое лечение его.

Комбинированная травма характеризуется сочетанием нескольких видов повреждений зубов. Различают:

- смещение зуба в двух или нескольких направлениях при травматической дистопии;
- травматическую дистопию зуба с переломом коронки;
- травматическую дистопию зуба с переломом корня;
- интрузию зуба с переломом коронки;
- интрузию зуба с переломом корня;
- потерю зуба вследствие травмы в сочетании с переломом коронки или корня его.

Список литературы

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Учебник.— М.: Медицина, 2003.
2. Воспалительные заболевания тканей челюстно–лицевой области и шеи. / Под ред.А.Г.Шаргородского. — М.: ГОУ ВУНМЦ, 2001.
Соловьев М.М. Пропедевтика хирургической стоматологии. — М.: МЕДпресс–информ, 2007.
3. Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. — СПб: КН, 1997.
4. М.М.Соловьев, О.П.Большаков, Д.В.Галецкий. Гнойно–воспалительные заболевания головы и шеи. Этиология, патогенез, клиника, лечение. — М., МЕДпресс–информ, 2009.
5. Хирургическая стоматология. Учебник./ Под ред. В.А.Дунаевского.— М., Медицина, 1979.