

СРС

на тему: *«Вывихи и переломы зубов,
альвеолярного отростка, методы
лечения»*

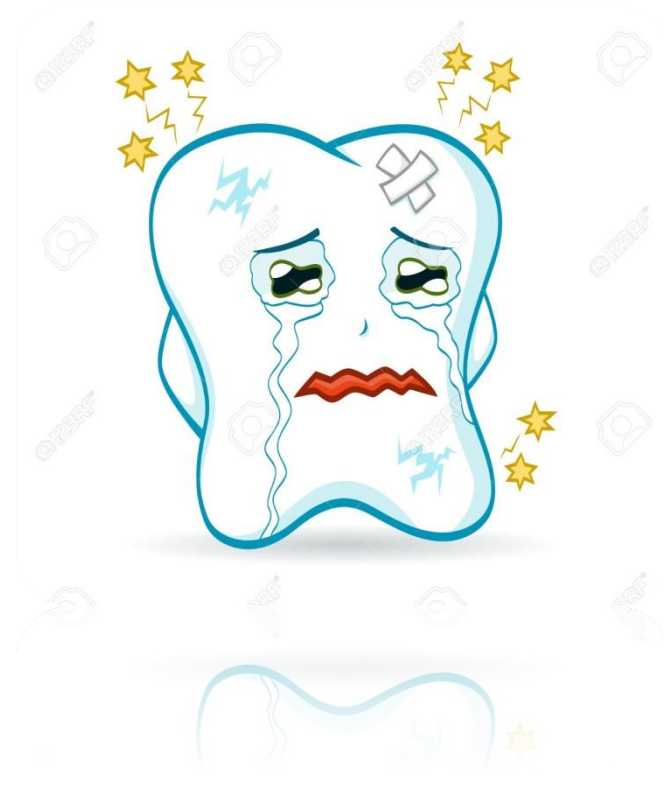


Выполнила: Карсакбаева Л.
Группа: 508 стом
Проверил: Кусаинов А.С.

План

- 1. Введение
- 2. классификация острых травм зубов
- 3. Вывих зуба
- 4. Перелом зуба
- 5. Перелом альвеолярного отростка

- Вывихи и переломы зубов и альвеолярного отростка являются наиболее распространенной патологией среди травм челюстно-лицевой области. Чаще всего подобная патология наблюдается во фронтальном отделе верхней челюсти (переломы верхних резцов и перелом альвеолярного отростка).



- Несвоевременное или некорректное лечение может привести к возникновению дефекта с нарушением прикуса, функции откусывания, эстетического недостатка, осложнениям в виде воспалительного процесса.



Классификация острой травмы зуба **(Н. М. Чупрынина, 1985 г.):**

1. Ушиб.

2. Вывих.

а) неполный:

- без смещения зуба;
- смещение в сторону соседнего зуба;
- поворот зуба вокруг продольной оси;
- смещение коронки в вестибулярном направлении;
- смещение коронки в сторону полости рта;
- смещение в сторону окклюзионной плоскости;

б) вколоченный;

в) полный.

3. Трещина.

4. Перелом (поперечный, косой, продольный):

а) коронки в зоне эмали;

б) коронки в зоне эмали и дентина без вскрытия полости зуба;

в) коронки в зоне эмали и дентина со вскрытием полости зуба;

г) зуба в области эмали, дентина и цемента; д) корня в пришеечной, средней и верхушечной третях.

5. Сочетанные (комбинированные) травмы.

6. Травма зачатка.

- **Вывих зуба** — травматическое повреждение зуба, в результате которого нарушается его связь с лункой. Чаще возникают вывихи фронтальных зубов верхней челюсти, при этом возникает частичный или полный разрыв волокон периодонта и повреждение сосудисто-нервного пучка. В клинике различают неполный вывих (экструзия), полный вывих (авульсия) и вколоченный вывих (интрузия).



Вколоченный
вывих



Неполный
вывих



Полный вывих

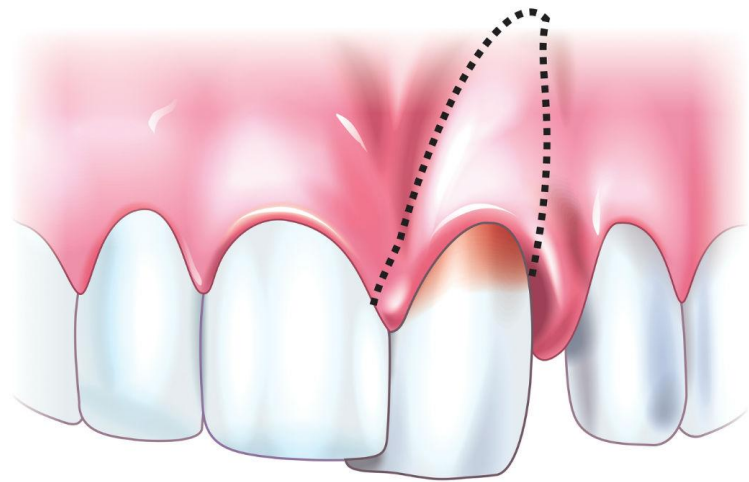
Причины вывиха зуба:

- удар (травма);
- откусывание жесткой пищи;
- инородное тело в пережевываемой пище;
- вредные привычки (открывание зубами бутылок);
- неаккуратное удаление зубов, приводящее к вывиху рядом стоящего зуба.



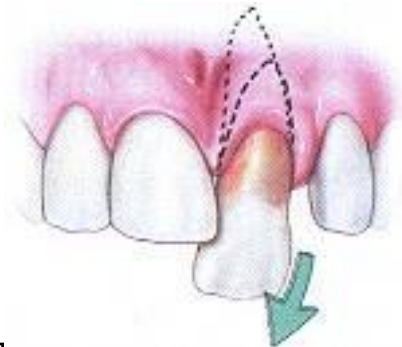
- При **неполном вывихе** часть волокон периодонта разорвана, а зуб смещается кпереди или кзади, вниз (на верхней челюсти) или вверх (на нижней челюсти), в сторону рядом расположенного зуба, вокруг оси.
- Сосудисто-нервный пучок иногда сохранен, особенно при смещении зуба вокруг оси. На рентгенограмме: сужение или полное отсутствие периодонтальной щели на стороне наклона зуба, а на противоположной — ее расширение.

- Если зуб смещен в оральном или вестибулярном направлении, то режущий край его расположен не на одном уровне с соседними зубами. На рентгенограмме корень зуба укорочен из-за его наклонного положения. Видна свободная от вершины корня верхушечная часть альвеолы или расширение периодонтальной щели.

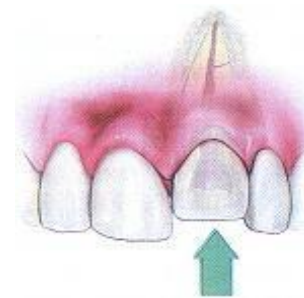




- При полном вывихе периодонт разрывается на протяжении всего корня, а сосудисто-нервный пучок погибает. Иногда ломается вестибулярная часть альвеолы, и зуб в альвеоле не фиксируется.

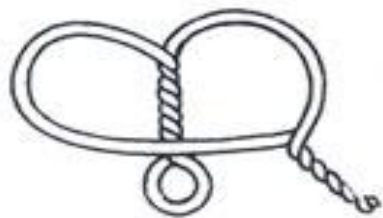


- Вколоченный вывих — разновидность полного вывиха. Корень зуба, перфорируя компактную пластинку альвеолы, внедряется в губчатое вещество кости. Сосудисто-нервный пучок всегда разрывается.



- Лечение неполного вывиха включает:
- – репозицию зуба;
- – фиксацию каппой или гладкой шиной-скобой;
- – щадящую диету;
- – осмотр через 1 месяц;
- – при установлении гибели пульпы — ее экстирпацию и пломбирование канала.

- Способы иммобилизации и фиксации вывихов зубов:
- 1. Лигатурное связывание зубов (простое лигатурное связывание, не- прерывное в виде восьмерки). Показано в постоянном прикусе при наличии 2–3 устойчивых рядом стоящих зубов с обеих сторон. Обычно используется тонкая (0,4 мм) мягкая бронзово-алюминиевая или стальная нержавеющая проволока. Недостаток: невозможность их применения во временном прикусе, трудоемкость процесса.



- 2. Шинирование системами Ribbond, GlasSpan
- 3. Шина-каппа. Изготавливается из пластмассы в одно посещение, непосредственно в полости рта больного после репозиции зубов
- 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 их помощью производят фиксацию к зубам проволочных дуг или других шинирующих конструкций (стекловолокно).

- Иммобилизация вывихнутых зубов осуществляется обычно в течение одного месяца (4 недели). При этом необходимо строго соблюдать гигиену полости рта для профилактики воспалительных процессов и повреждения эмали шинированных зубов.
- При полном вывихе зуба возможна его реплантация (не позже, чем через трое суток после травмы), включающая экстирпацию пульпы и пломбирование канала; собственно реплантацию; фиксацию на 4 недели каппой или гладкой шиной-скобой; механически щадящую диету.

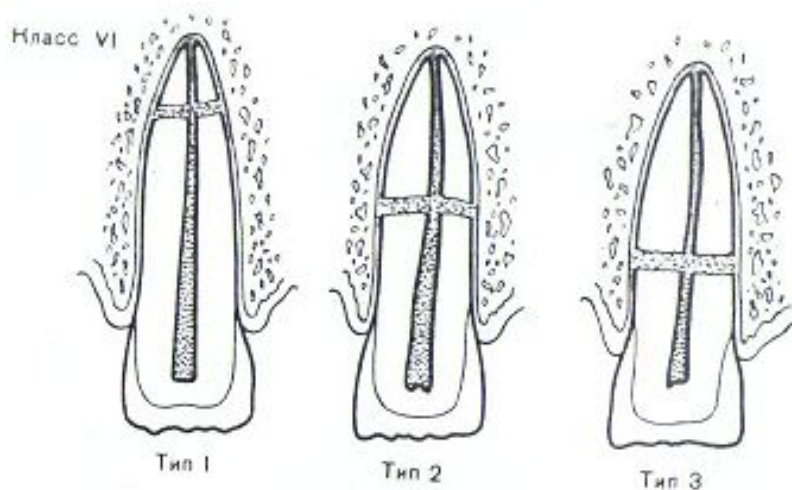
- **Перелом зуба** — это травматическое повреждение зуба с нарушением целостности его твердых тканей, которое возникает в результате сильного удара по коронке зуба. Страдает чаще всего фронтальная группа зубов на верхней челюсти (88,9 %) и реже — на нижней челюсти (11,1 %). Перелом зуба может локализоваться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



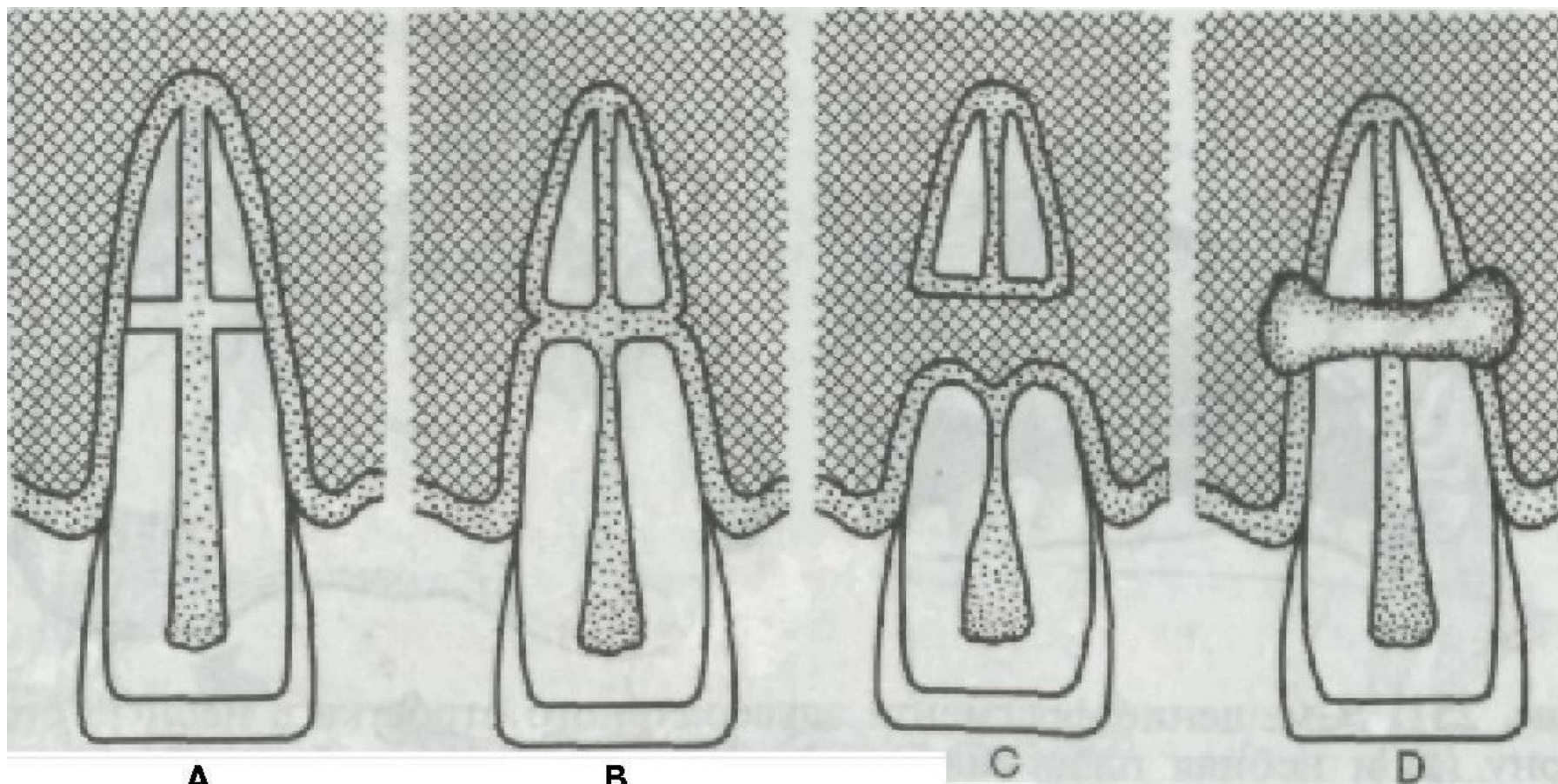
- Восстановление зуба путем протезирования вкладками, искусственными коронками. При вскрытии пульпы ортопедические мероприятия проводят после соответствующей терапевтической подготовки зуба.



- *Перелом корня* клинически проявляется подвижностью зуба, болью при накусывании. На рентгенограммах зубов отчетливо видна линия перелома. Основным способом лечения переломов корня является укрепление зуба при помощи назубной шины или трансдентального имплантата. Заживление переломов зубов происходит через 1,5-2 мес.



- Выделяют 4 типа заживления переломов.
- Тип А: фрагменты тесно сопоставлены друг с другом, заживление завершается минерализацией тканей корня зуба.
- Тип В: заживление происходит с образованием псевдоартроза. Щель по линии перелома заполняется соединительной тканью. На рентгенограмме видна необызвествленная полоса между фрагментами.
- Тип С: между фрагментами врастают соединительная и костная ткани. На рентгенограмме видна кость между фрагментами.
- Тип D: промежуток между фрагментами заполняется грануляционной тканью. Тип заживления зависит от положения фрагментов, иммобилизации зубов, жизнеспособности пульпы.



A

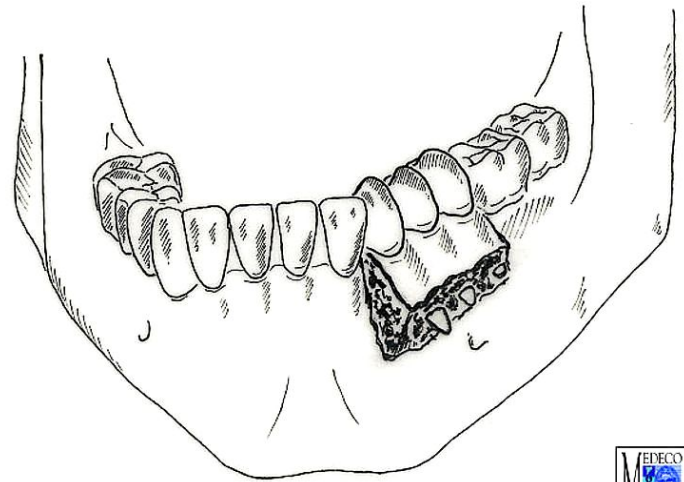
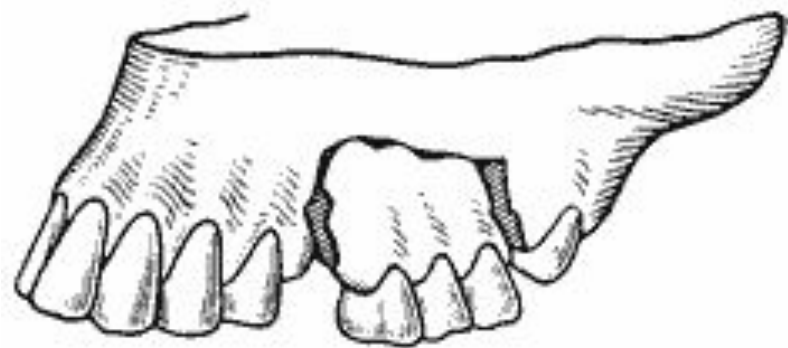
B

C

D

Типы заживления перелома корня зуба (по Pindborg)

- **Перелом альвеолярного отростка**
- Альвеолярный отросток верхней челюсти чаще подвержен перелому по сравнению с альвеолярной частью нижней челюсти (примерно в соотношении 5 : 1)

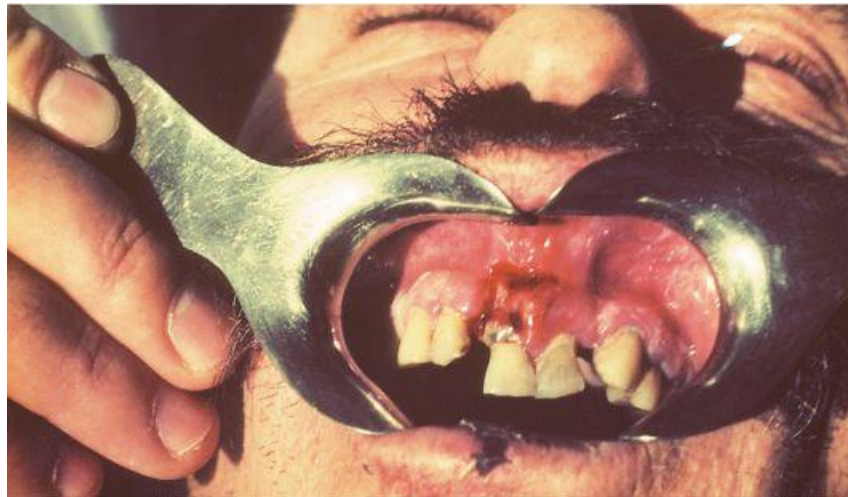


Классификация переломов альвеолярного отростка (К. С. Ядро́ва, 1968 г.):

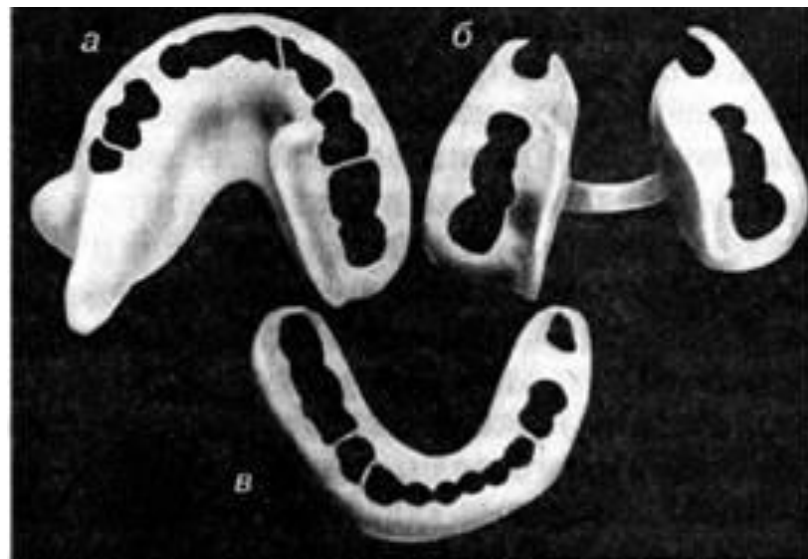
1. Частичные — линия перелома проходит через наружную часть альвеолярного отростка и возникает надлом пластинки, состоящей из наружных стенок нескольких лунок и части межзубных перегородок.
2. Полные — две вертикальные линии, объединенные одной горизонтальной, проходят через всю толщину кости альвеолярного отростка.
3. Неполные — линии перелома проходят через всю толщину альвеолярного отростка в виде трещины, а смещение отломка не определяется.
4. Оскольчатые — линии переломов пересекаются в нескольких направлениях.
5. С дефектом кости — отрыв альвеолярного отростка.

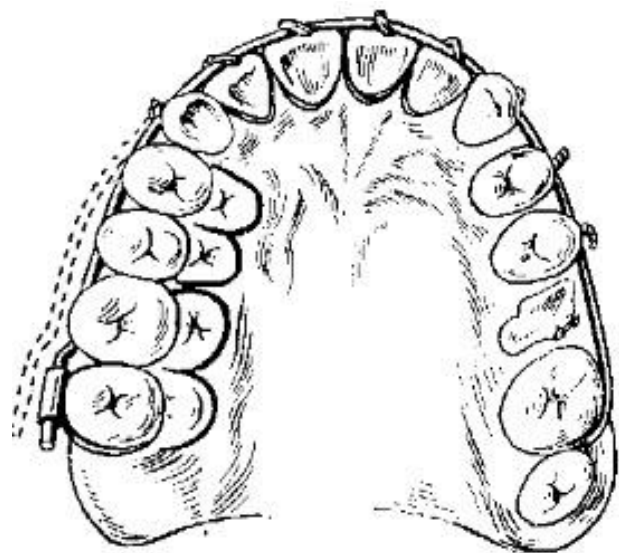
- Больные предъявляют жалобы на самопроизвольные боли в области челюстей, усиливающиеся при смыкании зубов или попытке пережевывания пищи, неправильное смыкание зубов или невозможность закрыть рот.
- При внешнем осмотре отмечаются выраженный отек мягких тканей приротовой области или щек, наличие кровоподтеков, ссадин, ран, что является признаком предшествовавшей травмы. Рот полуоткрыт.

- При осмотре полости рта на слизистой оболочке губ или щек могут быть кровоизлияния, рваные раны вследствие повреждения ее о зубы. При смещении отломка происходит разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка с обнажением костной ткани по линии излома.

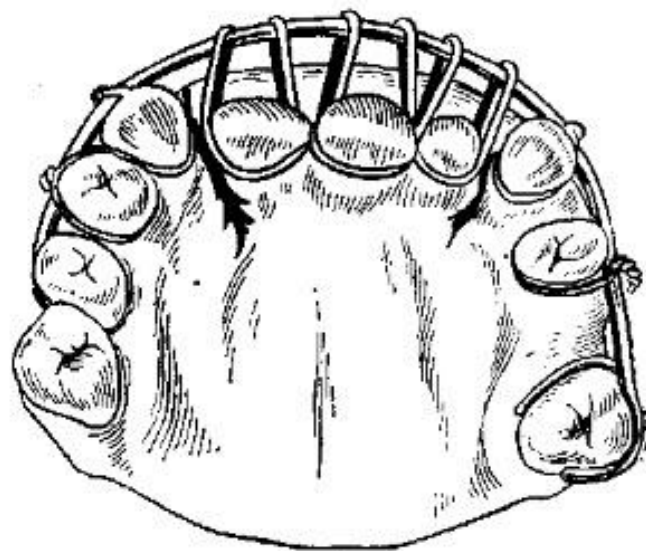


- Лечение
- Главными принципами лечения переломов альвеолярного отростка :
 - – правильная репозиция;
 - – иммобилизация.
- Иммобилизацию можно обеспечить при помощи:
 - 1) гладкой шины-скобы;
 - 2) зубонадесневой шины:
 - – М. М. Ванкевича;
 - – А. И. Степанова;
 - – Вебера
 - 3) шины-каппы.

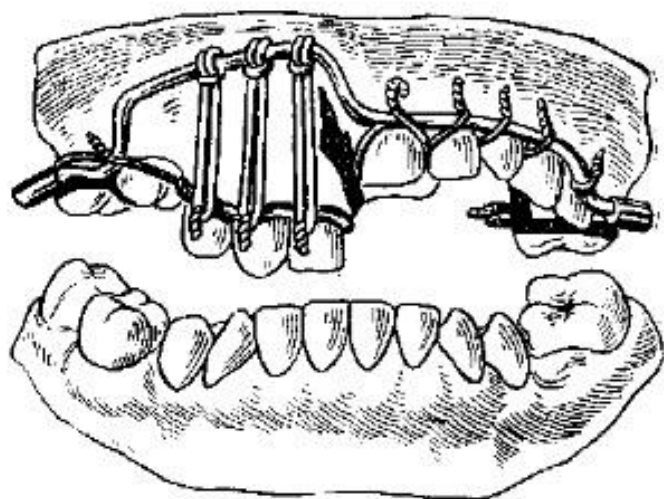




a



b



в

Рис. 231. Лечение переломов альвеолярного отростка.

a — со смещением внутрь; *b* — со смещением кзади; *в* — с вертикальным смещением.

- При переломах альвеолярного отростка важно тщательно вправить и надежно зафиксировать отломок:
- 1. При смещении отломка кнутри шину изгибать, отступя от смещенных зубов кнаружи за пределы ранее расположенных зубов на 1–2 мм. После прикрепления шины к зубам неповрежденных участков альвеолярного отростка под местной анестезией отломок вручную перемещают кнаружи до соприкосновения коронок зубов с дугой шины.
- 2. При смещении отломка книзу после репозиции проволочную шину фиксируют к зубам специальной лигатурной петлей, перекинутой через режущий край или жевательную поверхность.
- 3. При смещении тугоподвижного отломка кнаружи шину изгибают в соответствии с неправильным положением зубов. На шине вблизи и по ходу поврежденного участка изгибают «петли укорочения». После закрепления шины на зубах неповрежденных и поврежденных участков альвеолярного отростка «петли укорочения» поочередно сдавливаются, что приводит к вправлению отломков.

- Литература:
- 1. Тимофеев, А. А. Основы челюстно-лицевой хирургии : учеб. пособие / А. А. Тимофеев. М. : Мед. информ. агентство, 2007. 696 с.
- 2. Бернадский, Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю. И. Бернадский. М. : Медицинская литература, 1999.
- 3. Аболмасов Н.Н., Аболмасов Н.Г., «Ортопедическая стоматология», МЕДпресс-информ, 2003