

КАРАГАНДИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра стоматологии детского возраста и хирургической
стоматологии

Лекция:

**Причины детского
травматизма, меры по
предупреждению. Травма
зубов у детей**

Лектор: Тулеутаева С.Т.

План

1. Понятие и классификация детского травматизма
2. Причины детского травматизма.
3. Мероприятия, направленные на снижение детского травматизма
4. Травма зубов у детей

Понятие и классификация детского травматизма

- Травма (от греч. trauma) - это повреждение организма, вызванное воздействием внешней среды.
- Детская травма - это повреждение развивающегося организма человека, который наименее обучен сопротивлению такого рода несчастьям.



Данная классификация разделяет все случаи в зависимости от места получения травмы:

- Бытовой, или домашний травматизм (до 60% случаев).
- Уличный травматизм (до 25% случаев).
- Транспортный травматизм составляет до 24,5% от всех причин уличного травматизма.
- Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) дают до 25% смертельных случаев. Дети от ДТП чаще погибали не из-за тяжести повреждений, а из-за несвоевременности оказания первой медицинской помощи.
- Травматизм в дошкольных учреждениях (до 1%).
- Спортивный травматизм (до 10%).
- Травматизм в лечебно-оздоровительных учреждениях (в том числе родовой).
- Прочие причины (около 2% всех случаев) или несчастные случаи (утопления, отравления и др.).

Классификация - по характеру повреждения, в которой выделяют следующие виды травм :

- Утопления и другие виды асфиксий (в 47% случаев страдают дети около 11 лет из-за неумения плавать).
- ДТП (дают 25% всех смертельных случаев).
- Кататравмы (падение с высоты) (в 16,5% случаев страдают дети до 5 лет).
- Травмы от воздействия температурных факторов (ожоги, обморожения, солнечный и тепловой удар и т. п.).
- Отравления (лекарствами, угарным газом).
- Повреждение электрическим током (на Западе эта причина бытового травматизма стоит на 1-м месте, у нас пока слишком мало электробытовых приборов).
- Огнестрельные ранения.
- Прочие.

Причины детского травматизма.

Выделяют следующие основные причины травматизма у детей:

- Беспечность взрослых;
- Недисциплинированность детей (более 25% случаев);
- Несчастные случаи ;
- Убийства (примерно 4,5%) - чаще страдают дети до года.
- Прочие причины (10% случаев).

Мероприятия, направленные на снижение детского травматизма

- обучение и выработка соответствующих навыков;
- пропаганда использования средств безопасности;
- оказание поддержки путем домашних посещений;
- коррекция условий окружающей среды;
- повышение безопасности предметов потребления;
- законодательные и административные меры, а также контроль за их исполнением;
- экспериментальные программы на уровне местных сообществ.

- Любая система профилактики должна включать в себя несколько подсистем, объектом воздействия которых является:
1. Социум (окружающая среда в целях снижения ее травмобезопасности).
 2. Коллектив (школа, детское учреждение).
 3. Семья. Непосредственно личность.



- Школа с начальных классов должна заложить ученикам основы знаний о самосохранении, при этом важно сочетать развитие самостоятельности с воспитанием ответственности за безопасное поведение. В младших классах еще возможна переориентация личностных качеств детей, поскольку почти всегда в основе их опасных поступков лежат заниженные или деформированные представления о реальном уровне допустимого риска в различных жизненных ситуациях.
- Снижению детского травматизма на игровых площадках способствуют покрытия из резины или измельченной древесной коры, а также уменьшение высоты установки горизонтальных перекладин для лазания перехватом на руках

Травма зубов у детей

Травмы зубов у детей составляют 5 % всех травм челюстно-лицевой области.



Классификация повреждения зубов

Ушиб зуба (без повреждения или с повреждением сосудисто-нервного пучка)

Вывих зуба

- неполный (без повреждения или с повреждением сосудисто-нервного пучка);
- внедренный (без повреждения или с повреждением сосудисто-нервного пучка);
- полный

Перелом

- коронки зуба: в зоне эмали; в зоне эмали и дентина (без вскрытия или со вскрытием полости зуба)
- шейки зуба: выше дна зубодесневого кармана; ниже дна зубодесневого кармана.
- корня зуба (поперечный, косой, продольный, оскольчатый, комбинированный): в пришеечной части; в средней части корня;
в верхушечной части (без повреждения или с повреждением сосудисто-нервного пучка: без смещения или со смещением

Острая травма

Острая травматическая гиперестезия дентина при:

- отломе эмали
- отломе эмали и части дентина

Острый травматический пульпит при ■

- отломе коронки (без обнажения и с обнажением пульпы);
- переломе корня

Острый травматический периодонтит ■

- без повреждения пульпы;
- с травматическим воспалением пульпы;
- с отрывом сосудисто-нервного пучка пульпы.

Хроническая травма

Дефект твердых тканей зуба в пределах

- эмали
- дентина

Хронический травматический периодонтит

- **фиброзный**: без изменения пульпы, с хроническим восходящим пульпитом, с некрозом пульпы ;
- **гранулематозный (реже гранулирующий)**: некроз пульпы; полное растворение пульпы.

Последствия травм зубов у детей

Неполный вывих временного зуба

1. Облитерация полости зуба и корневого канала. Преждевременная резорбция корня зуба. Срастание корня зуба с лункой и нарушение впоследствии физиологического перемещения временного зуба.

Неполный вколоченный вывих временного зуба

2. Изменение формы, величины коронки и корней постоянного зуба. Нарушение образования и минерализации твердых тканей зуба. Изменение сроков прорезывания, аномалии положения постоянного зуба

Полный вывих временного зуба

1. Преждевременное прорезывание одноименного постоянного зуба. Зубоальвеолярное удлинение зуба-антагониста. Наклон и горизонтальное перемещение смежных зубов. Перемещение зачатков постоянных зубов

Последствия травм зубов у детей

Ушиб и неполный вывих постоянного зуба с несформированным корнем

- Остановка формирования корня постоянного зуба. Образование кисты.

Неполный и вколоченный вывих постоянного зуба с несформированным корнем

- Изменение формы, величины коронки и корней постоянного зуба.
- Нарушение образования и минерализации твердых тканей зуба.
- Изменение сроков прорезывания, аномалии положения постоянного зуба.

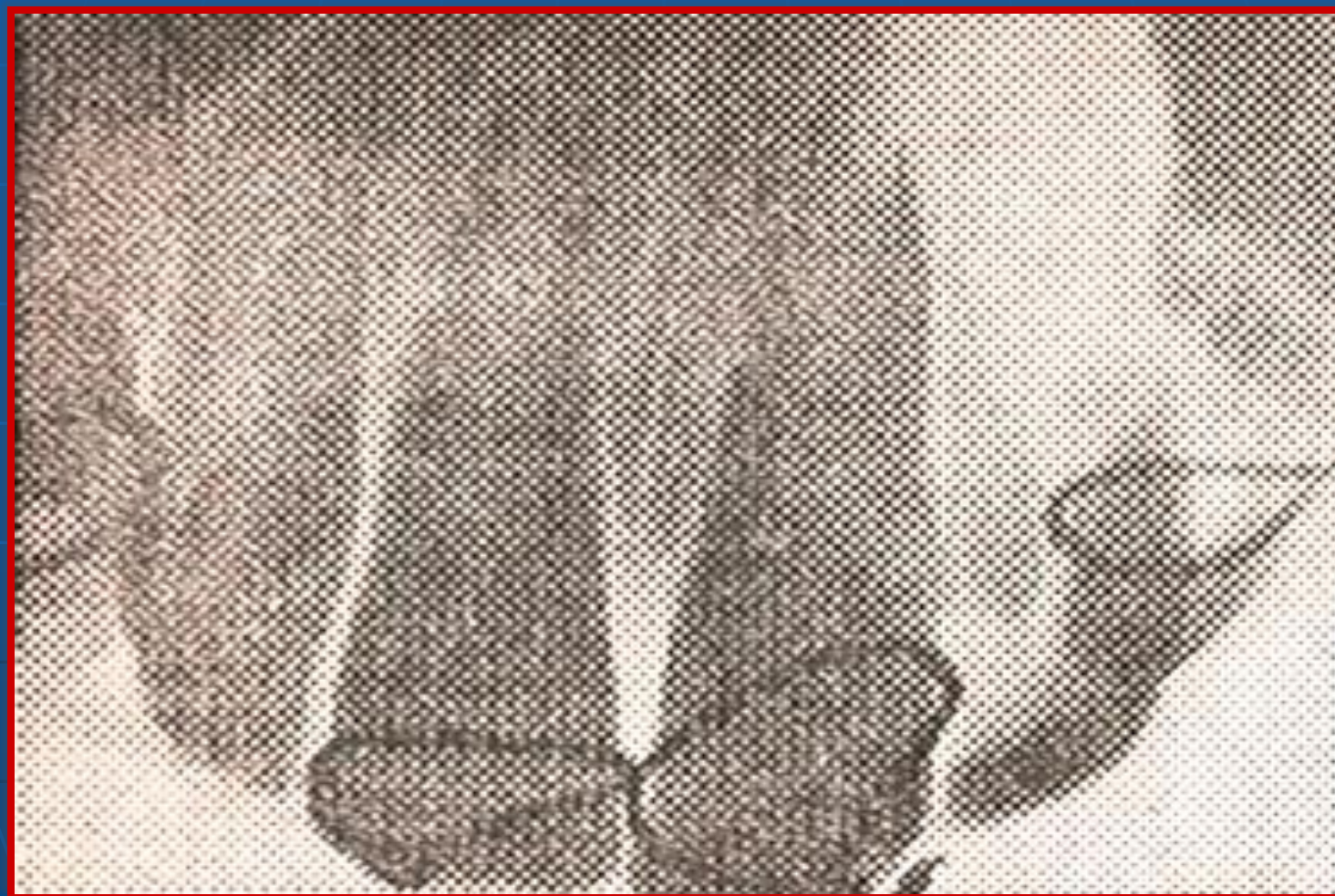
Вколоченный вывих постоянного зуба со сформированным корнем

- Срастание корня поврежденного зуба со стенкой лунки.
- Частичная ретенция поврежденного зуба.

Полный вывих с потерей постоянного зуба

- Деформация зубных рядов в горизонтальном и вертикальном направлениях.
- Перемещение зачатков клыков в мезиальном направлении у детей, потерявших центральные резцы в возрасте до 9 лет.

Перелом несформировавшегося корня



Ушиб зуба — это механическое воздействие на зуб без повреждения его анатомической целостности.

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).



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: как восстановление функции пульпы, так и гибель пульпы; облитерация канала; возникновение периодонтита; развитие радикулярной кисты; прекращение формирования корня в постоянном или временном зубе

Травматическая дистопия (вывих) зуба — смещение зуба относительно лунки за счет разрыва или растяжения волокон нериодонта и травмирования стенки лунки корнем зуба.

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 экстррузии зуб перемещается на верхней челюсти книзу, а на нижней — кверху, при этом режущий край выступает над окклюзионной плоскостью.

Дифференциальная диагностика проводится с: переломом альвеолярного отростка; положением зубов при диастеме (треме) в период формирования прикуса; перемещением зуба при болезнях пародонта; аномалией положения зуба.

Лечение:

при травматической дистопии постоянного зуба со смещением под проводниковым или общим обезболиванием смещенный зуб ренонируют в правильное положение, накладывают шину-скобу или одновременно изготавливают шину-каппу, фиксирующую травмированный и окружающие

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.

Лечение:

при вколоченном вывихе зуба у детей до 2 лет можно надеяться на самостоятельное его "прорезывание". Если этого не произошло через 4-6 мес 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

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 пей, 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 ого, которая показана в постоянном прикусе в зубах со сформированным хотя бы па 1/2 длины корнем и временном прикусе в зубах со сформированным корнем. Во всех других случаях реплантация не проводится, а через 1-2 мес осуществляют замещение отсутствующего зуба

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.

Лечение:

При отломе части коронки в пределах эмали, то есть скальвании, проводят шлифование острых краев и покрытие поверхности фторлаком 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 нед, 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 до полного формирования корня зуба

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 бедная и зависит от уровня перелома, наличия смещения отломков, повреждения пульпы. Могут быть незначительная подвижность, болезненные перкуссия и надавливание на зуб.

Лечение. При переломе корня временного зуба без смещения отломков последний фиксируют шиной-каппой на 3-4 нед. После этого в течение 6 мес 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 мес ребенок находится под наблюдением стоматолога-терапевта, осуществляющего контроль ЭОД зуба, а при необходимости проводит эндодонтическое лечение его.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!