



**ВЫВИХИ И ПЕРЕЛОМЫ ЗУБОВ.
ПЕРЕЛОМЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО
ОТРОСТКА. ВЫВИХИ НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ. ПРИНЦИПЫ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.**

Подготовила: Навасардян А

Факультет: Стоматологический

ПЛАН

- Введение
- Вывихи зубов(неполный, полный, вколоченный),причины, симптомы, лечение
- Перелом зуба. Клиника, лечение
- Перелом альвеолярного отростка. Клиника, лечение
- Вывих нижней челюсти. Клиника, лечение
- Список литературы.



ВВЕДЕНИЕ

- ***Вывих зуба*** – это стойкое патологическое смещение зуба по отношению к альвеоле. Вывих зуба происходит под влиянием механического воздействия и сопровождается повреждением связочного аппарата зуба.

Вывихи центральных зубов и клыков чаще развиваются при ударе, падении;

- коренные зубы чаще вывихиваются при удалении соседнего зуба.
При вывихе зуба может произойти перелом стенки альвеолы и сосудисто-нервного пучка зуба.



- ▣ ***Вывих сопровождается*** изменением положения зуба в альвеоле. Вывих зуба может быть изолированным, сочетаться с переломом корня или коронки зуба, альвеолярного отростка и тела челюсти. Зависит это от направления и выраженности действующей силы, места ее приложения, особенностей строения костной ткани.
- ▣ **Различают:** неполные, полные, вколоченные **ВЫВИХИ.**



Причины:

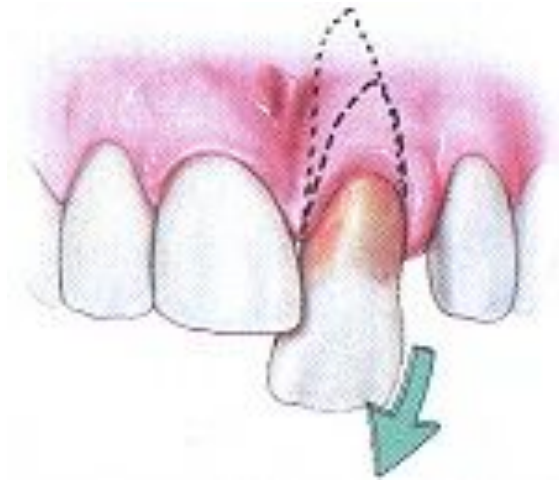
- удар (травма);
- откусывание жесткой пищи;
- инородное тело в пережевываемой пище;
- вредные привычки (открывание зубами бутылок);
- неправильное или неаккуратное удаление зубов, приводящее к вывиху рядом стоящего зуба, являющегося опорой для инструмента.



НЕПОЛНЫЙ ВЫВИХ

- Возникает при разрыве части волокон периодонта. Неразорвавшиеся волокна перерастянуты по всей длине. При неполном вывихе происходит смещение зуба. В зависимости от силы удара и его направленности зуб может сместиться в губную или оральную сторону, в направлении окклюзионной плоскости, поменять свое положение на 180° , в результате чего линия зубного ряда нарушается.





**Сила, действующая на зуб при
неполном вывихе**



Травма при неполном вывихе зуба



СИМПТОМЫ

Изменяется положение зуба в зубном ряду. Беспокоит боль в зубе, которая усиливается при прикосновении к зубу. Становится невозможно откусывать и пережевывать пищу, зуб принимает непривычное положение, становится подвижным. Из десны возможно кровотечение. Рот иногда полуоткрыт. Частично обнажается корень зуба, коронка зуба выглядит как бы удлиненной. При данном вывихе зуб всегда подвижен. Степень подвижности может варьировать. При неполном вывихе происходит повреждение пульпы зуба, периодонта и костной ткани альвеолы.



- Если зафиксировать второй палец левой руки в проекции корня зуба, а правой сместить коронку в переднезаднем направлении, то можно определить, подвижность корня на всём его протяжении корень подвижен. Это самый распространенный способ, благодаря которому можно отличить вывих зуба от перелома корня.



ПОЛНЫЙ ВЫВИХ

- Сопровождается разрывом тканей периодонта на протяжении всего корня, гибелью сосудисто-нервного пучка, иногда переломом вестибулярной части альвеолы, выпадением зуба из лунки.

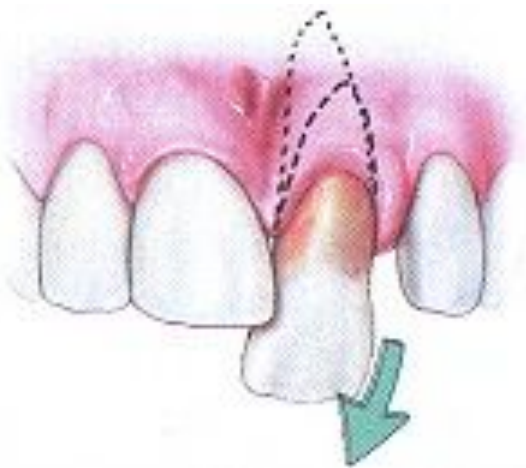


СИМПТОМЫ

- Нередко пациент приносит врачу свой вывихнутый зуб. Пострадавший предъявляет жалобы на дефект зубного ряда, образовавшийся в результате травмы, боли в области вывихнутого зуба.

При осмотре полости рта, в зубном ряду зуб отсутствует и имеется кровоточащая или заполненная свежим сгустком крови лунка вывихнутого зуба. Слизистая оболочка десны может быть разорвана, кровоточить, одна из стенок альвеолы может быть сломана или вообще отсутствовать.





**Сила, действующая на зуб при
вывихе**



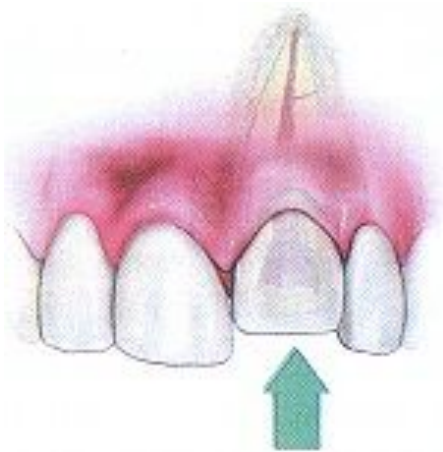
**Травма при полном вывихе
зуба**



ВКОЛОЧЕННЫЙ ВЫВИХ

▣ *Вколоченный вывих зуба* — это разновидность полного вывиха. При вколоченном вывихе зуб внедряется в губчатое вещество кости челюсти. Зуб удерживается в кости за счет механического заклинивания. При вколоченном вывихе всегда происходит разрыв сосудисто-нервного пучка и связочного аппарата зуба.





**Действие силы при вколоченном
вывихе**



**Травма при вколоченном
вывихе**



СИМПТОМЫ

- Самопроизвольные боли в области травмированного зуба, укорочение видимой высоты зуба, наблюдается кровотечение из десны, боль при пережёвывании пищи вследствие травмы вокруг зуба. Иногда зуб полностью погружен в кость челюсти и становится невидимым при осмотре. Зуб неподвижен, перкуссия его малоболезненна, слизистая оболочка отёчна и при пальпации несколько болезненна.



ЛЕЧЕНИЕ

- ▣ **Неполный вывих:** При незначительном смещении зуба его необходимо шинировать (зафиксировать к соседним зубам) при помощи проволочных шин на 5-6 недель. Спустя несколько месяцев после травмы проводится контрольная рентгенография зуба. Если определяется гибель пульпы (нерва зуба), то проводится эндодонтическое лечение зуба – пломбирование корневого канала.



ШИНИРОВАНИЕ ЗУБА ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ



- **Полный вывих:** Возможно провести реплантацию зуба.
- Реплантация зуба – это операция установления зуба в его же лунку.
- Реплантацию возможно провести при соблюдении следующих условий:
 - если с момента вывиха прошло не более 3-х суток;
 - если не нарушена целостность стенок альвеолы;
 - если вывихнутый зуб не разрушен;
 - если в лунке вывихнутого зуба нет воспалительного процесса.



- ▣ **При реплантации** зуб антисептически обрабатывают. Проводится пломбирование корневого канала. Затем проводится щадящий кюретаж (выскабливание) лунки до появления кровотечения.
- ▣ Реплантированный зуб шинируют – фиксируют к соседним зубам при помощи металлической проволоки. Шину снимают через 5-6 недель. **Если для реплантации** зуба нет условий, то образовавшийся дефект зубного ряда устраняют при помощи ортопедического лечения (протезирование зубов), либо при помощи имплантации зубов.



- **Вколоченный вывих:** При незначительном погружении зуба в кость челюсти присутствует вероятность самостоятельного выдвижения зуба до первоначального уровня. Такой процесс наблюдается при неглубоком вколачивании молочных резцов и для постоянных зубов у лиц молодого возраста.

При значительном погружении зуба в кость челюсти проводят репозицию зуба – возврат зуба в первоначальное положение. После репозиции зуб шинируют – фиксируют к рядом стоящим зубам на 4-6 недель.



▣ ***Удаление вколоченного*** зуба показано при развитии острого воспалительного процесса, смещении его в мягкие ткани, полном погружении в тело челюсти, при развившемся анкилозе, в случае перелома стенок альвеолы.

Удаленный зуб может быть реплантирован (установлен на свое место). В случае позднего обращения пострадавшего по поводу вывиха, неправильное положение зуба исправляют ортодонтическими методами.



ПЕРЕЛОМ ЗУБА

- ▣ *Перелом зуба* - повреждения зуба с нарушением целостности его коронки или корневой части. Травма зубов может сопровождаться разрушением лунки зуба, переломами альвеолярного отростка или челюстей.





- *Различают:*

- Переломы неполные (без вскрытия пульпы): трещины эмали и дентина;

- Краевой перелом коронки в зоне эмали;

- Краевой перелом коронки в зоне эмали и дентина;

- Переломы полные (со вскрытием пульпы) - открытые и закрытые:

шейки зуба;

корня;

верхушки корня.



КЛИНИКА

- Боли в зубе во время травмы, усиливающиеся при нагрузке, розовая окраска коронки, подвижность зуба, дефекты коронки. Рентгенологически: наличие полосы просветления (линия перелома), иногда смещение отломков.



ЛЕЧЕНИЕ

- Объем помощи определяется уровнем и характером перелома.

При повреждении эмали и дентина без вскрытия пульпы зуба сошлифовывают острые края коронки.

При переломе коронки со вскрытием пульпы проводят консервативное лечение (если больной обратился в срок, не превышающий 12 часов), либо удаляют коронковую часть пульпы и пломбируют канал корня зуба (при обращении в более поздние сроки) с последующим восстановлением анатомической формы зуба пломбировочным материалом, коронкой, штифтовым зубом.

При значительных разрушениях зубы удаляют.



ПЕРЕЛОМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

- Изолированный перелом альвеолярного отростка возникает вследствие перегиба или сдвига в месте приложения силы. Наибольшее распространение получила классификация переломов альвеолярного отростка, разработанная К.С. Ядровой (1968). Согласно этой классификации, выделяют следующие виды переломов:

▲ **частичные** — линия перелома проходит через наружную часть альвеолярного отростка; возникает перелом наружной компактной пластинки в пределах лунок нескольких зубов и части межзубных перегородок;



- ▲ **неполный** — линия перелома в виде трещины проходит через всю толщу альвеолярного отростка, захватывая наружную и внутреннюю компактные пластинки, губчатое вещество; смещения отломков не происходит;
- ▲ **полные** — две вертикальные линии перелома объединены одной горизонтальной и проходят через толщу всего альвеолярного отростка;
- ▲ **оскольчатые** — линии переломов пересекаются в нескольких направлениях;
- ▲ **с дефектом кости** — отрыв сломанной части альвеолярного отростка.



КЛИНИКА

- Больные могут предъявлять жалобы на кровотечение изо рта, боль самопроизвольного характера в области верхней или нижней челюсти, усиливающуюся при смыкании зубов или попытке пережевывания пищи; неправильный контакт зубов или невозможность сомкнуть их вследствие боли. Указанные жалобы связывают с ударом по лицу чаще узким предметом. Отмечаются выраженный отек мягких тканей в приротовой области, щек, садины, раны, кровоподтеки. Рот чаще всего полуоткрыт, иногда выделяется окрашенная кровью слюна.



- На слизистой оболочке губ или щек — рвано-ушибленные раны, кровоизлияния вследствие повреждения мягких тканей о зубы в момент удара. При смещении отломка происходит разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка по линии перелома. Через рану на слизистой оболочке может быть виден излом костной ткани. Конфигурация зубной дуги нарушена: зубы на сломанном фрагменте смещены в полость рта или в сторону окклюзионной плоскости. Поэтому при смыкании их в контакт входят зубы только сместившегося участка альвеолярного отростка. Они часто подвижны, перкуссия их болезненна.



- Иногда после сильного резкого удара удается наблюдать два довольно типичных варианта клинической картины:
 - при осмотре преддверия рта фронтальные зубы не видны, на их месте находятся фестончатая «занавеска» скальпированной с наружной поверхности альвеолярного отростка слизистой оболочки. Несколько приподняв ее, можно увидеть, что альвеолярный отросток занимает почти горизонтальное положение и линией излома обращен вперед. Из этой костной раны выступают верхушки корней зубов;



- при втором варианте в преддверии рта видна длинная и широкая костная рана. Сломавшийся альвеолярный отросток вместе с сохранившейся на нем слизистой оболочкой принимает положение, близкое к горизонтальному, и поверхность его излома находится под костной раной тела челюсти. Из альвеолярного отростка могут выступать верхушки корней зубов. Разрыва слизистой оболочки может не быть при незначительном смещении отломка или отсутствии его. Однако обязательно определяется кровоизлияние по переходной складке, наиболее интенсивное в проекции линии перелома.



- Перкуссия зубов, между которыми проходит перелом, болезненна. Если клинически смещения отломка нет, линию перелома можно определить, аккуратно смещая предполагаемый фрагмент в переднезаднем или вестибулярно-оральном направлении и пальпаторно определяя пальцами другой руки его подвижность. Проецируя ряд подвижных точек на слизистую оболочку десны, можно воспроизвести на ней проекцию линии перелома.



- Рентгенологическое исследование позволяет подтвердить диагноз: линия перелома альвеолярного отростка верхней челюсти видна в виде полосы просветления с нечеткими и неровными краями. На нижней челюсти такая линия перелома более четкая, что объясняется отличием ее анатомического строения. По рентгенограмме можно также проследить взаимоотношение ее с верхушками зубов отломка. Для дифференциальной диагностики перелома альвеолярного отростка от перелома и вывиха зубов можно применить следующий прием: расположив палец на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и покачивая один зуб в переднезаднем направлении, можно ощутить подвижность отломленного фрагмента альвеолярного отростка.



- При вывихе зуба покачивание его не сопровождается этим признаком и определяется лишь подвижность всего корня зуба, а при переломе корня — только смещение части корня зуба.



ЛЕЧЕНИЕ

□ Под проводниковым обезболиванием необходимо репонировать отломок и установить его в правильное положение. При этом пальцы рук фиксируют и на здоровом участке альвеолярного отростка с тем, чтобы случайно дополнительно не разорвать слизистую оболочку и надкостницу, что имеет существенное значение для исхода лечения больного.

Иммобилизацию отломка можно осуществить с помощью гладкой шины-скобы, если на неповрежденном участке альвеолярного отростка имеется достаточное количество устойчивых зубов (не менее 2—3 с каждой стороны от линии перелома).



- В случае перелома бокового участка альвеолярного отростка в шину следует включать не менее 4—5 устойчивых зубов с неповрежденной стороны. Иногда дополнительно рационально наложить подбородочную пращу. Если по бокам отломленного участка альвеолярного отростка нет зубов (или их невозможно использовать для прикрепления назубной проволочной шины), следует изготовить из быстротвердеющей пластмассы зубнадесневую шину. Центр ее располагают на поврежденном альвеолярном отростке, а боковые отделы в виде базиса протеза — по обе стороны от него.



- Под базисом шины просверливают насквозь неповрежденную часть альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в оральную. В образовавшиеся каналы вводят капроновые или проволочные лигатуры, накладывают на репонированный альвеолярный отросток шину и концы лигатур связывают над ней в преддверии рта.

Иммобилизацию отломка альвеолярного отростка обычно осуществляют в течение 5—7 нед. Если произошел полный отрыв отломка, острые костные края следует сгладить фрезой, а слизистую оболочку, мобилизовав ее, ушить наглухо над костной раной, т.е. провести хирургическую обработку костной раны.



- Если ушить рану не представляется возможным, ее закрывают марлевым тампоном, пропитанным йодоформной смесью. Первую смену тампона производят на 7—8-е сутки.
- Если линия перелома проходит через корни зубов, консолидации отломка чаще не наступает. Связано это с плохим кровоснабжением фрагмента, так как при столь близком расположении линии перелома к десневому краю он оказывается скелетированным на значительном протяжении. Кроме того, удалить сломанные корни из отломившегося фрагмента без дополнительных разрезов и отслаивания слизисто-надкостничного лоскута не всегда возможно.



□ Это еще больше ухудшает микроциркуляцию отломанного участка альвеолярного отростка. Поэтому велика вероятность развития травматического остеомиелита и последующей секвестрации его. С учетом сказанного в данной клинической ситуации рациональнее сразу же провести радикальную хирургическую обработку, аналогичную таковой при полном отрыве сломанного фрагмента.

Общая терапия больных с переломом альвеолярного отростка, в том числе и медикаментозная, направленная на профилактику осложнений воспалительного характера и оптимизацию репаративного остеогенеза.



ВЫВИХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Это заболевание довольно распространенное. Причиной вывиха может быть: травма при ударе; сильное открывание рта при зевоте, крике, рвоте, приёме пищи (откусывание большого куска или пережёвывании твёрдой пищи); при удалении зуба и т.д.
- При вывихе нижней челюсти суставная головка нижней челюсти перескакивает через суставной бугорок височной кости и остается впереди него. Суставная сумка обычно не разрывается.



- I. Вывихи нижней челюсти классифицируют в зависимости от направления смещения суставной головки:

- Передние

- Задние

Так же их классифицируют на группы:

1. Односторонние

- **Признаки:** рот полузакрыт, отклонение подбородка в здоровую сторону, изменения отмечают в области одного сустава.



2. Двухсторонние

Признаки: пациент не может закрыть рот, нижняя челюсть выдвинута кпереди и фиксирована, щеки уплощены, невнятная речь, слюнотечение, сильные боли, избыточная выпуклость под скуловой дугой, впереди козелка уха определяется глубокая ямка.

- II. В зависимости от времени появления вывиха их подразделяют на:
- острые (от нескольких часов до нескольких дней),
- застарелые (от нескольких недель до нескольких месяцев),

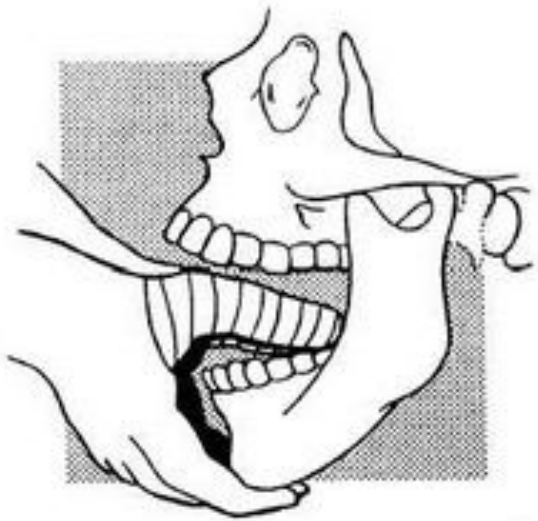


ЛЕЧЕНИЕ

Для вправления двустороннего вывиха пострадавшего усаживают. Большие пальцы врач помещает на жевательных зубах, а остальными захватывает нижнюю челюсть снизу. К челюсти прикладывается усилие, направленное вниз, назад и кверху. После вправления вывиха пострадавшему накладывают подбородочную пращу (удерживающую повязку) на 3-5 дней. В этот период рекомендуется принимать мягкую пищу и не открывать широко рот.



▣ *При вправлении заднего вывиха* нижней челюсти врач располагает большие пальцы за третьими молярами, а остальными пальцами захватывает нижнюю челюсть. К челюсти прикладывается усилие вниз и кпереди. После вправления вывиха накладывается подбородочная праща на 2,5-3 недели.



**Вправление вывиха нижней
челюсти**



**Подбородочная
праща**



▣ **Лечение привычного вывиха** может быть консервативным и оперативным.

Консервативное лечение заключается в терапии основного заболевания, на фоне которого развилась патология височно-нижнечелюстного сустава (подагра, полиартрит), а также в укреплении капсулы сустава и его связок. Для ограничения движения в суставе применяют ортопедические аппараты и шины.

Хирургические методы лечения привычного вывиха направлены на увеличение высоты суставного бугорка, углубление суставной впадины, создание дополнительного упора для головки нижней челюсти, укрепление суставной капсулы.



- При диагнозе «привычный вывих» (вывих, возникающий при неправильном лечении острых вывихов), лечение будет отличаться в более длительном ношении ортопедических аппаратов, в течение 15 - 20 дней.
- Ограничение во время реабилитационного периода заключается в том, что больной в течение трёх недель должен отказаться от твёрдой пищи и следить за тем, чтобы не раскрывать широко рот.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- «Хирургическая стоматология» Робустова Т.Г. 2003 год
- <http://www.stomport.ru/diagnosis/show/id/126>

