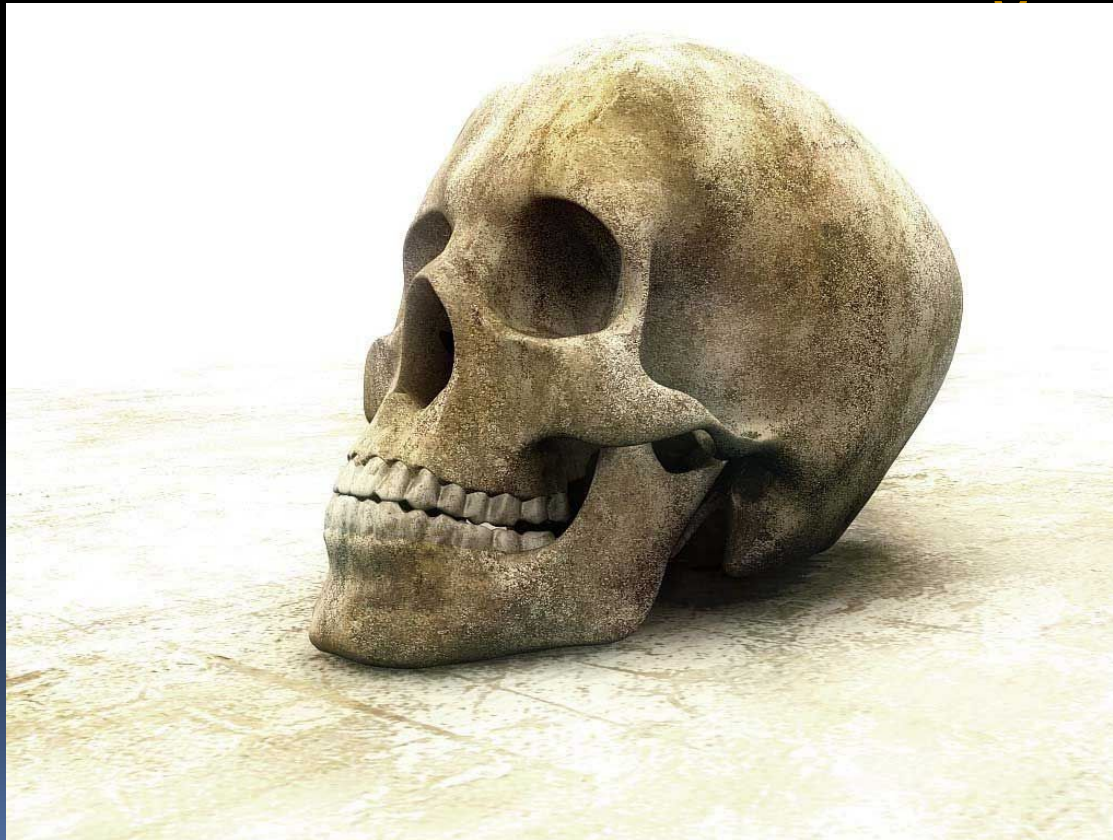


ВЫВИХИ ЗУБОВ ПЕРЕЛОМЫ ЗУБОВ ПЕРЕЛОМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

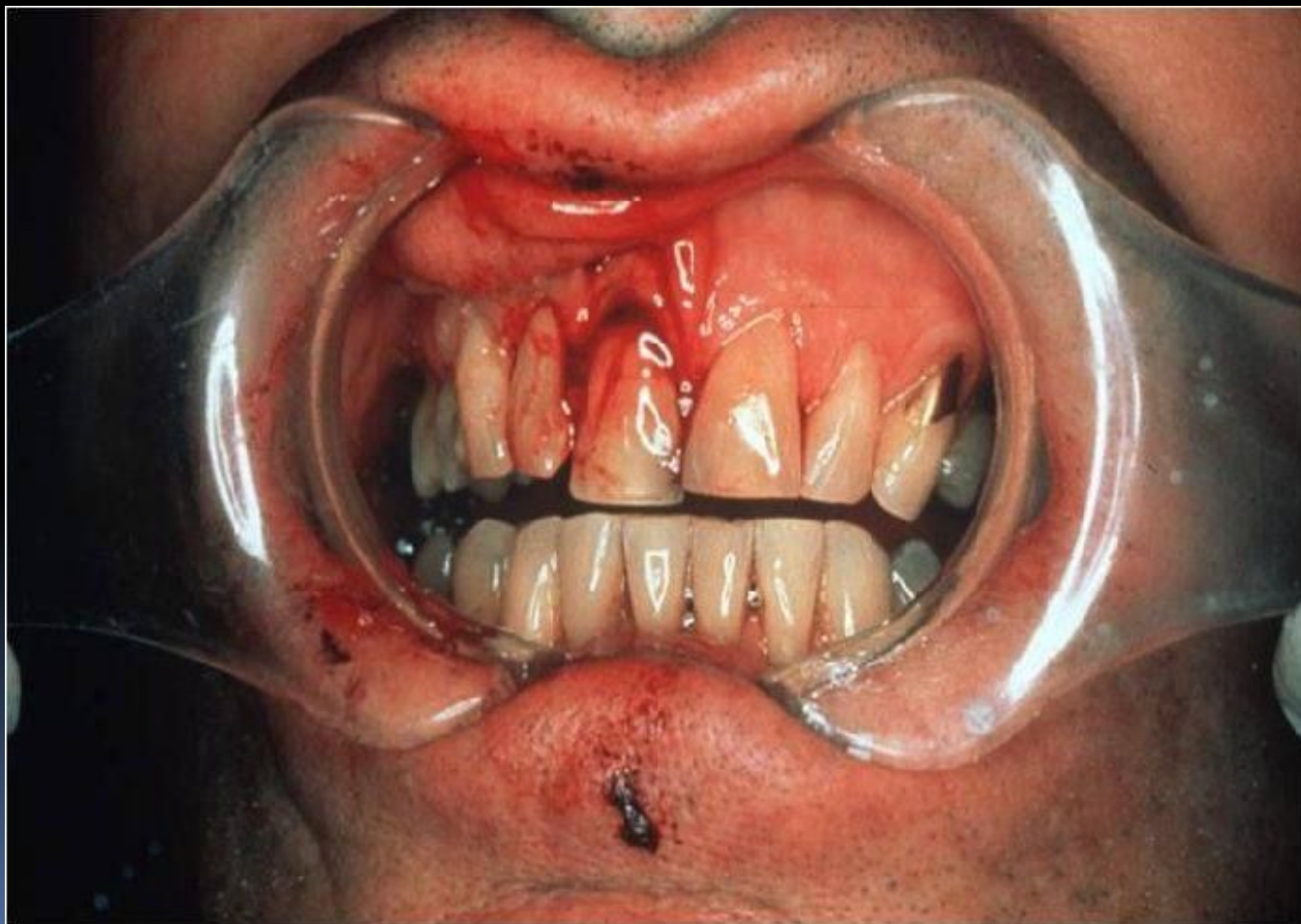
ЧЕЛЮСТИ



Выполнил студент 4 курса
стоматологического ф-та 37
группы
Исмаилов З.М.

Вывихи зубов

Вывих зуба - это повреждение связочного аппарата зуба, приводящее к смещению зуба в лунке, возникающее при боковом или вертикальном направлении травмирующей силы. Вывиху чаще подвергаются фронтальные зубы верхней челюсти, реже нижней.



Что провоцирует вывих

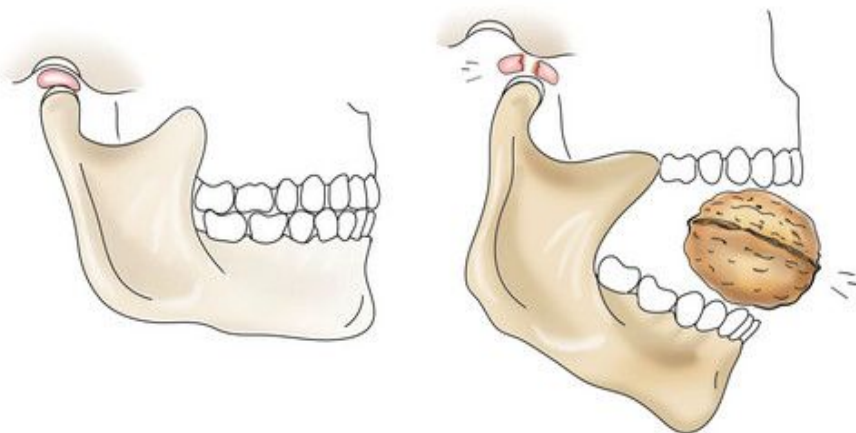
зуба?
Вывих зуба происходит под влиянием механического воздействия и сопровождается повреждением связочного аппарата зуба.

Вывихи центральных зубов и клыков чаще развиваются при ударе, падении; коренные зубы чаще вывихиваются при неаккуратном удалении соседнего зуба.

При вывихе зуба может произойти перелом стенки альвеолы и сосудиисто-нервного пучка зуба.

Причиной вывиха зуба является сила, приложенная к его коронке 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.

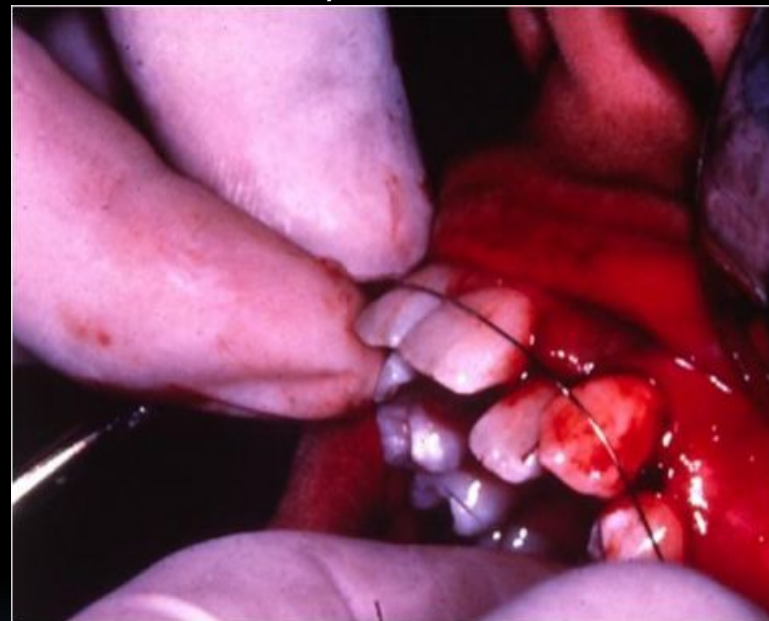


Классификация

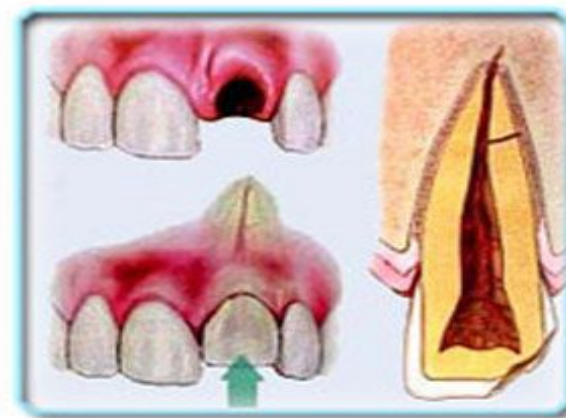
- Полный вывих зуба характеризуется выпадением его из лунки.



- Неполный вывих - частичное смещение корня из альвеолы, всегда сопровождается разрывом волокон периодонта на большем или меньшем протяжении.



- Вколоченный вывих проявляется частичным или полным смещением зуба из лунки в сторону тела челюсти, приводящим к значительному разрушению костной ткани.



Симптомы

При неполном вывихе зуба

- боль
- подвижность зуба
- изменение положения его в зубном ряду
- нарушение функции жевания
- десна отечна и гиперемирована

Клиническая картина полного вывиха зуба

- в зубном ряду зуб отсутствует и имеется кровоточащая или заполненная свежим сгустком крови лунка вывихнутого зуба
- имеются сопутствующие повреждения мягких тканей губ
- При обращении к врачу-стоматологу вывихнутые зубы часто приносят «в кармане».

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.

□ После травмы зуб стал короче рядом стоящих зубов или вообще не виден

□ Определяется уменьшение высоты видимой части коронки зуба

□ Зуб устойчив, перкуссия его слабо болезненна

□ Иногда коронка травмированного зуба вообще не видна, так как она полностью погружена в лунку зуба.

Диагностика

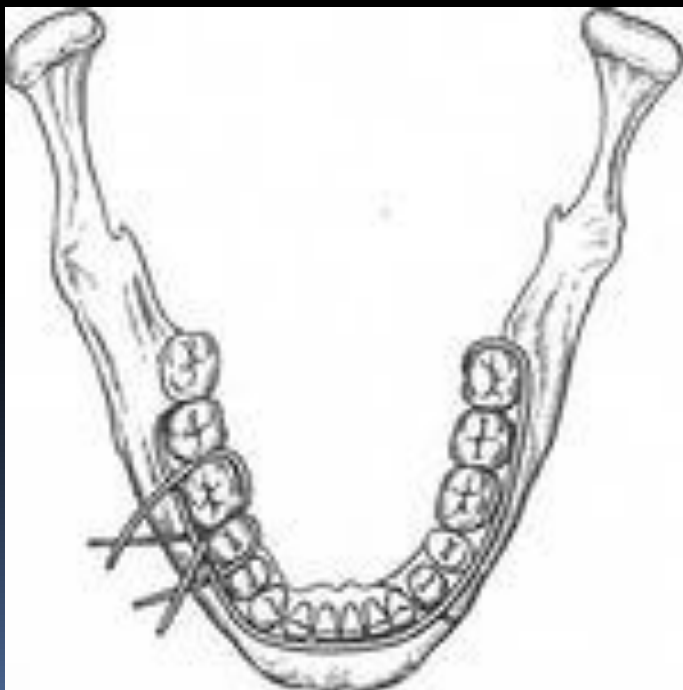
Диагностика вывиха зуба не представляет каких-либо сложностей. Вывих определяется при обследовании ротовой полости по изменению зубного ряда, кровоточивости десны и патологической подвижности зуба.



Лечение

Лечение неполного вывиха зуба.

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



Лечение полного вывиха зуба состоит из следующих этапов.

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

Перелом зуба

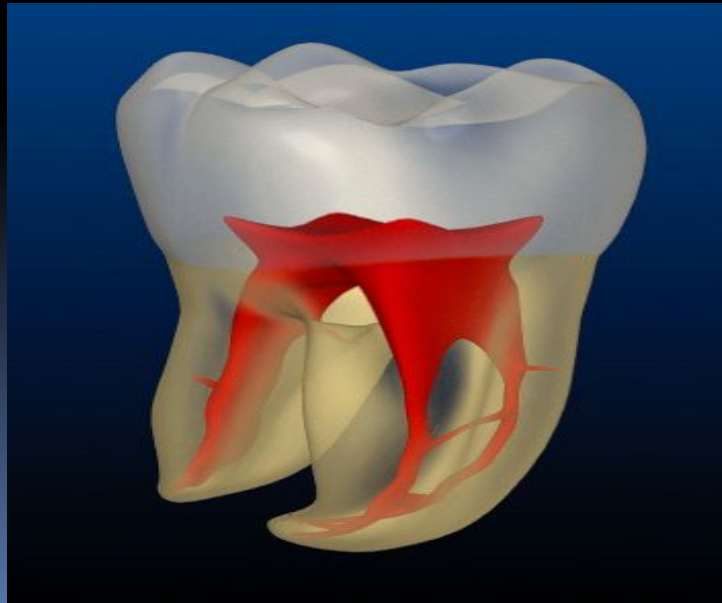
Переломы зубов - повреждения зуба с нарушением целостности его коронки или корневой части. Травма зубов может сопровождаться разрушением лунки зуба, переломами альвеолярного отростка или челюстей.



Причины

Причинами перелома зуба могут быть:

- нарушение техники удаления зуба,
- запущенный кариозный процесс, разрушивший коронковую часть,
- особенности анатомического строения зуба.



Классификация перелома

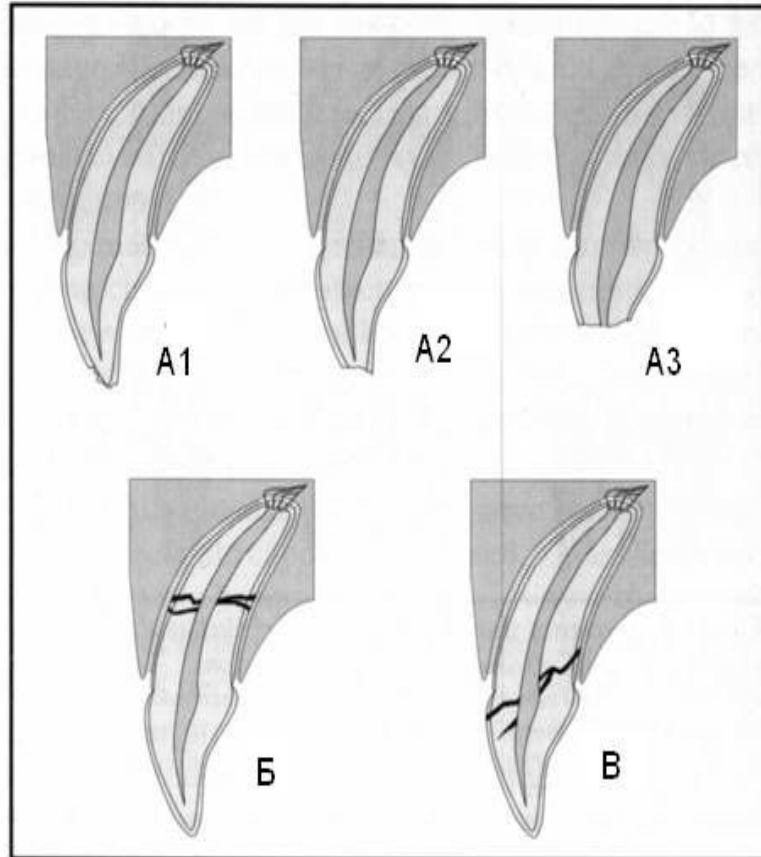
1. переломы неполные :

- трещины эмали и дентина;
- краевой перелом коронки в зоне эмали;
- краевой перелом коронки в зоне эмали и дентина;

2. переломы полные -

открытые и закрытые:

- шейки зуба;
- корня;
- верхушки корня.



Симптомы

- сильная боль интенсивность которой нарастает при попытке открыть рот
- при отломе эмали жалобы на слабовыраженную боль от прикосновения
- при переломе в пределах дентина боль сильнее
- при обнажении пульпы - самопроизвольная боль, резко усиливающаяся при открытии рта.



Диагностика

- инструментальные исследования.



- электроодонтометрическое исследование



- рентгенологическое исследование

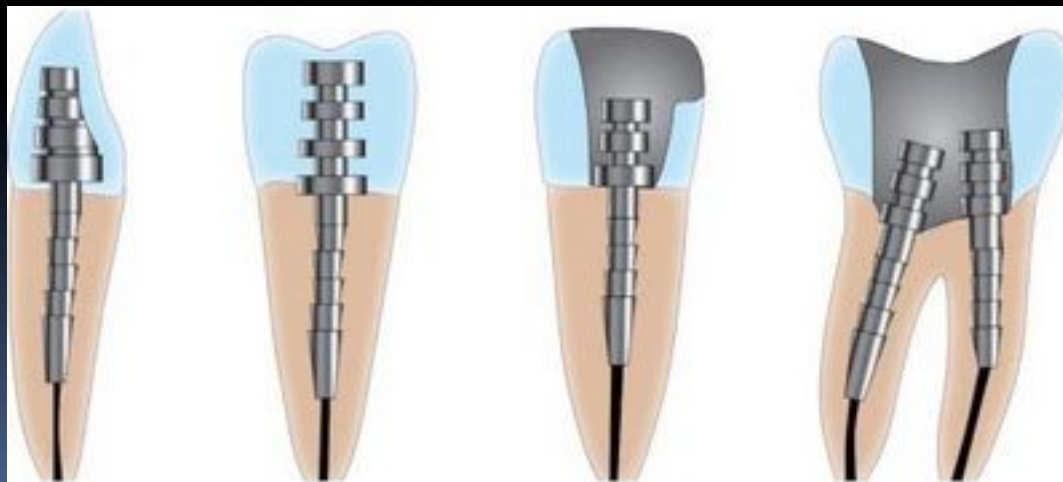


- новый вид исследования - трансиллюминационный метод с помощью гибких волоконно-оптических световодов. Применяя метод подсвечивания, можно легко определить самое незначительное нарушение в структуре твердых тканей зуба (трещины, надломы). Особое значение этот вид исследования имеет при коронко-корневых продольных переломах.

Лечение

Наиболее неблагоприятными являются продольный, оскольчатый и диагональный косой переломы, при которых нельзя использовать корни под опору.

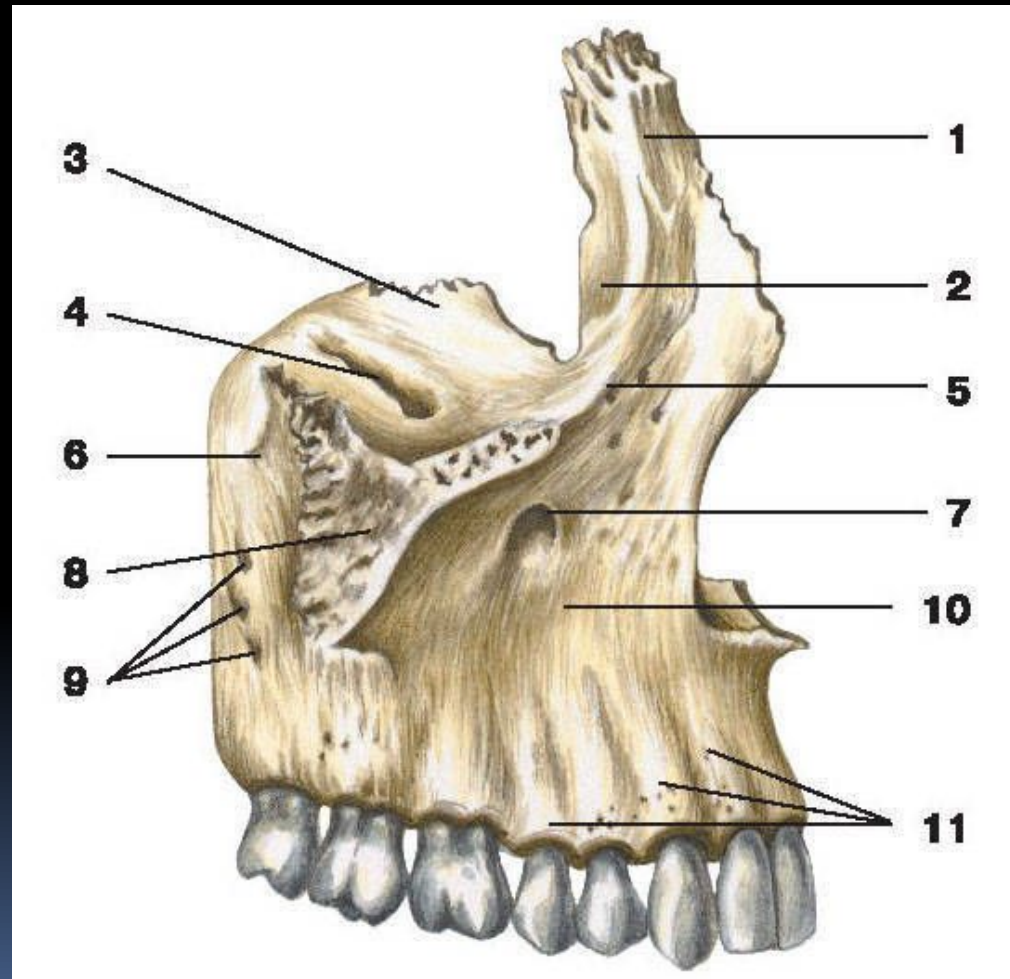
При поперечном переломе многое зависит от его уровня. Если поперечный перелом произошел на границе верхней 1/3-1/4 длины корня или на середине, то зуб трепанируют, удаляют пульпу, канал пломбируют, а отломки соединяют специальными штифтами. При поперечном отломе в ближней к вершечке четверти корня достаточно запломбировать канал большего отломка. Верхушечную часть корня можно оставить без вмешательства. После пломбирования каналов важное значение имеет восстановление правильного положения зуба и исключение травмирования при смыкании челюстей.



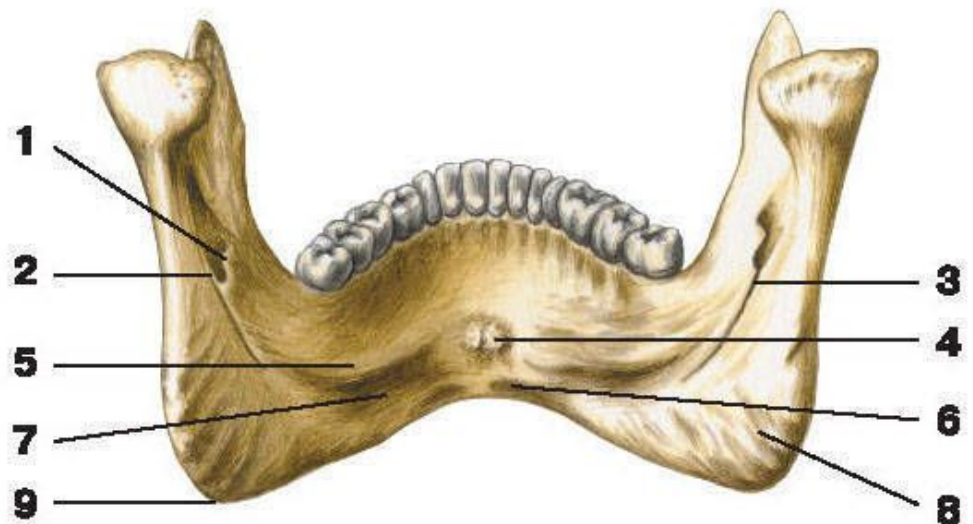
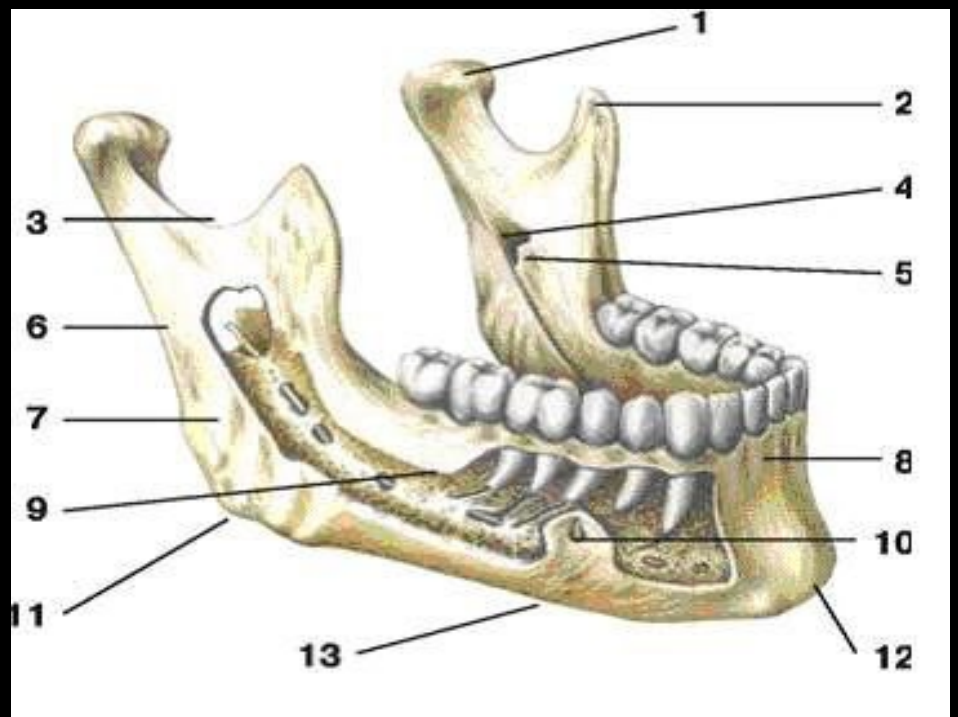
ПЕРЕЛОМЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

Особенности анатомического строения

Альвеолярный отросток верхней челюсти представляет собой изогнутую костную структуру. Он является продолжением тела верхней челюсти книзу и имеет вестибулярную, небную поверхности и край, на котором расположены восемь альвеол. Альвеолярный отросток состоит из губчатого вещества, заключенного между наружной и внутренней пластинками компактного вещества. Луночки отделены друг от друга костными межальвеолярными перегородками. Твердая пластинка содержит фиброзные волокна, которые принимают участие в фиксации зуба в лунке.



Альвеолярная часть нижней челюсти также содержит по восемь луночек с каждой стороны. Анатомические обозначения их составляющих не отличаются от таковых для верхней челюсти. Луночки резцов сдавлены с боков, а дно их расположено ближе к губной компактной пластинке. Поэтому в области этих зубов язычная стенка луночек толще, чем губная. Такое же соотношение сохраняется и в области луночек клыков и премоляров. Наиболее глубокой является луночка клыка и второго премоляра. Стенки луночек в области клыков и премоляров толще, чем в области резцов. Эта разница в области моляров выражена еще больше, особенно у второго большого коренного зуба. Стенки луночек моляров утолщены за счет косой и челюстно-подъязычной линий.



Классификация



1. Частичный - линия перелома проходит через наружную часть альвеолярного отростка. При этом возникает перелом наружной компактной пластинки в пределах лунок нескольких зубов и части межзубных перегородок.
2. Неполный - линия перелома в виде трещины проходит через всю толщу альвеолярного отростка, захватывая наружную и внутреннюю компактные пластики, губчатое вещество. Смещения отломков не происходит.
3. Полный - две вертикальные линии перелома объединены одной горизонтальной и проходят через толщу всего альвеолярного отростка.
4. Оскольчатый - линии переломов пересекаются в нескольких направлениях.
5. С дефектом кости - происходит отрыв сломанной части альвеолярного отростка.

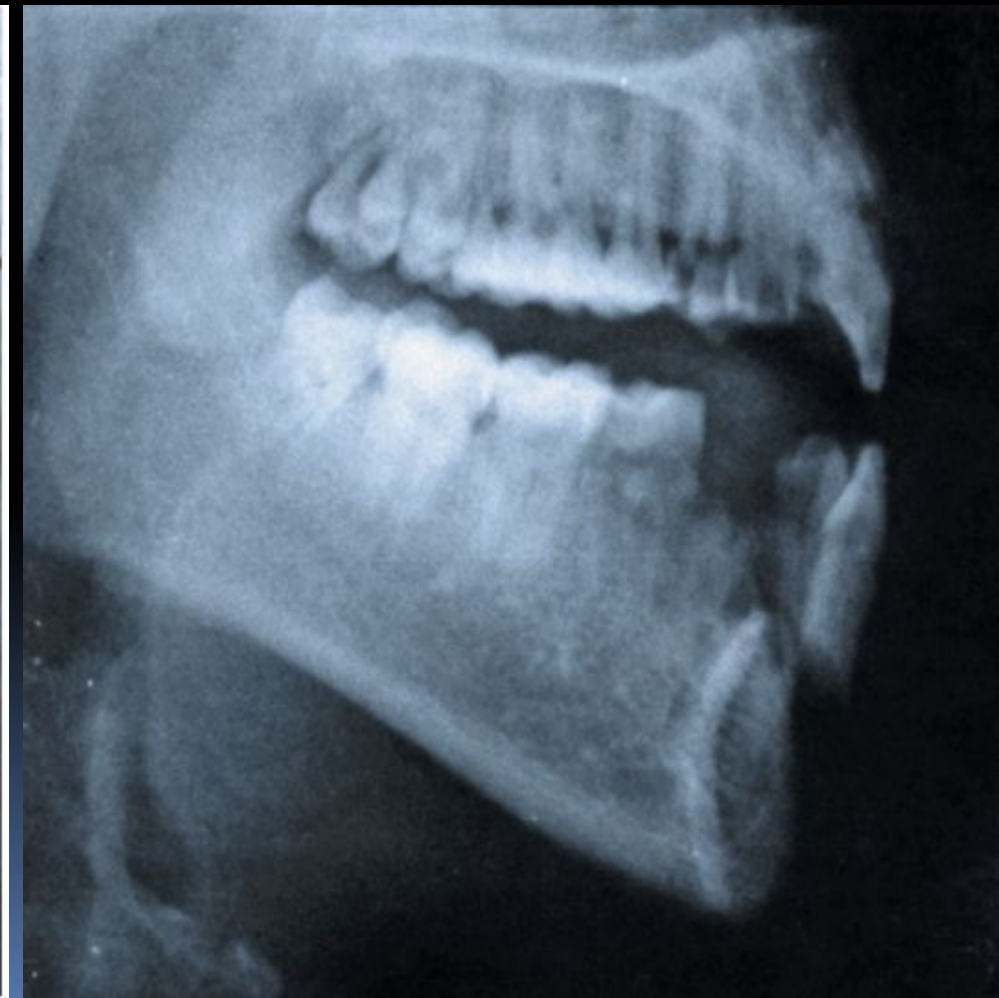
Клиническая картина



- жалобы на кровотечение изо рта
- боль самопроизвольного характера в области верхней или нижней челюстей, усиливающаяся при смыкании зубов
- неправильный контакт зубов или невозможность сомкнуть их вследствие усиливающейся боли
- могут отмечаться ссадины, раны, кровоподтеки
- рот у больного полуоткрыт, иногда из него выделяется слюна с примесью крови
- на слизистой оболочке губ или щек имеются рвано-ушибленные раны и кровоизлияния вследствие повреждения мягких тканей о зубы в момент удара
- при смещении отломка возможен разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка по линии перелома, в этом случае через рану на слизистой оболочке иногда можно увидеть излом костной ткани.

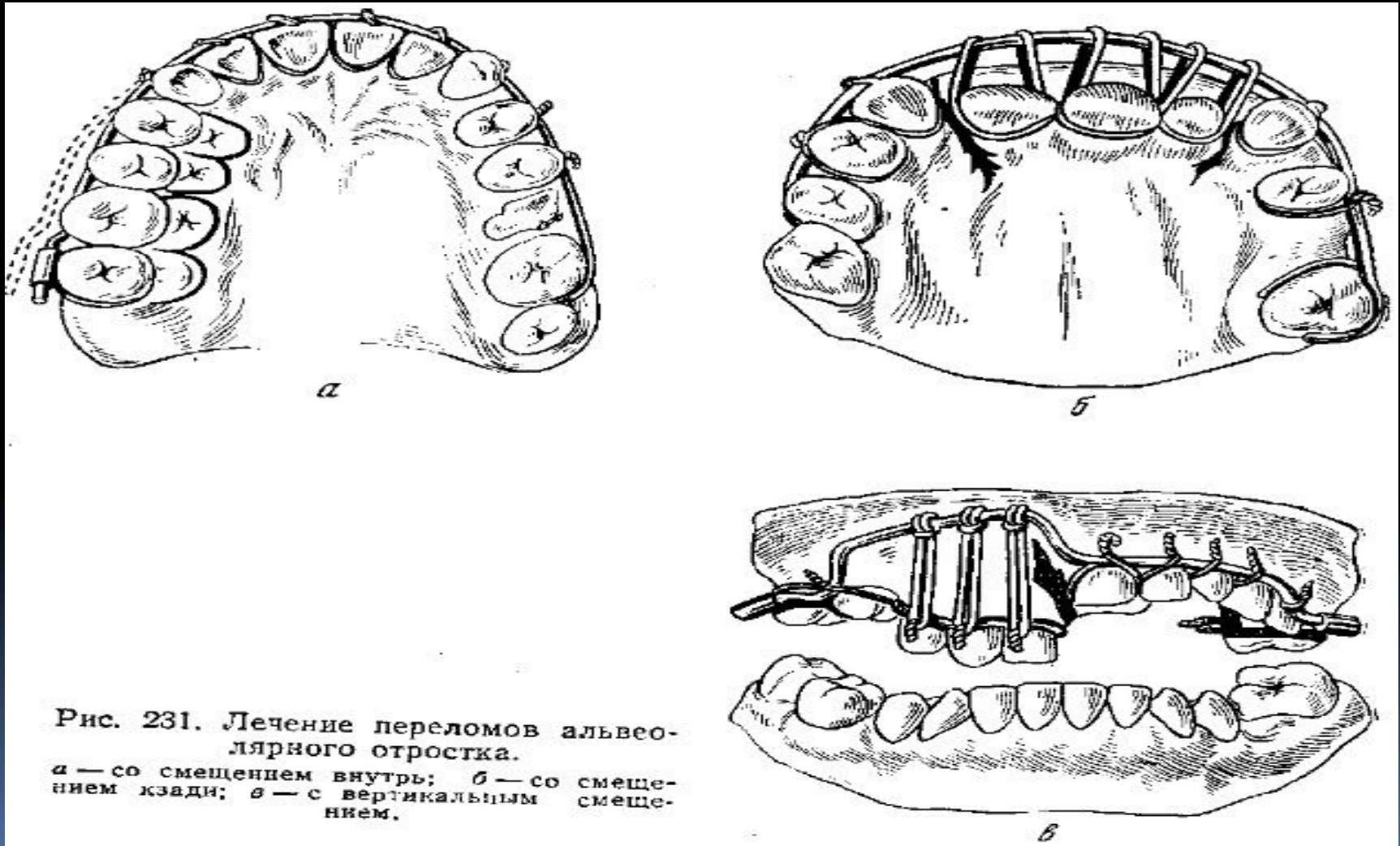
Диагностика

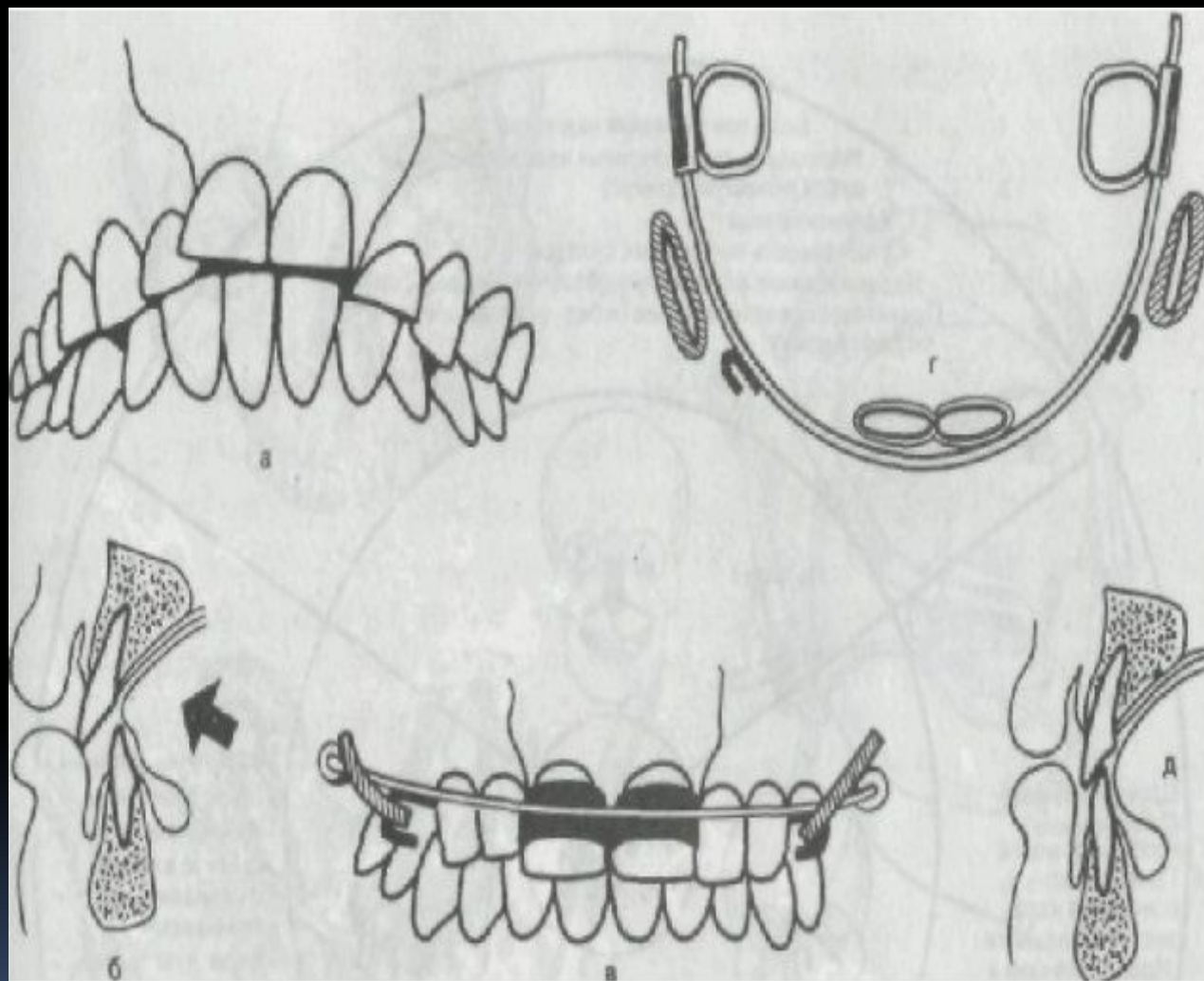
Рентгенологическое исследование позволяет подтвердить диагноз. На рентгенограмме щель перелома альвеолярного отростка верхней челюсти видна в виде полосы просветления с нечеткими и неровными краями. На нижней челюсти щель перелома альвеолярной части более четкая, что объясняется отличием ее анатомического строения от верхней челюсти. По рентгенограмме можно также проследить взаимоотношение ее с верхушками зубов отломка.



Лечение

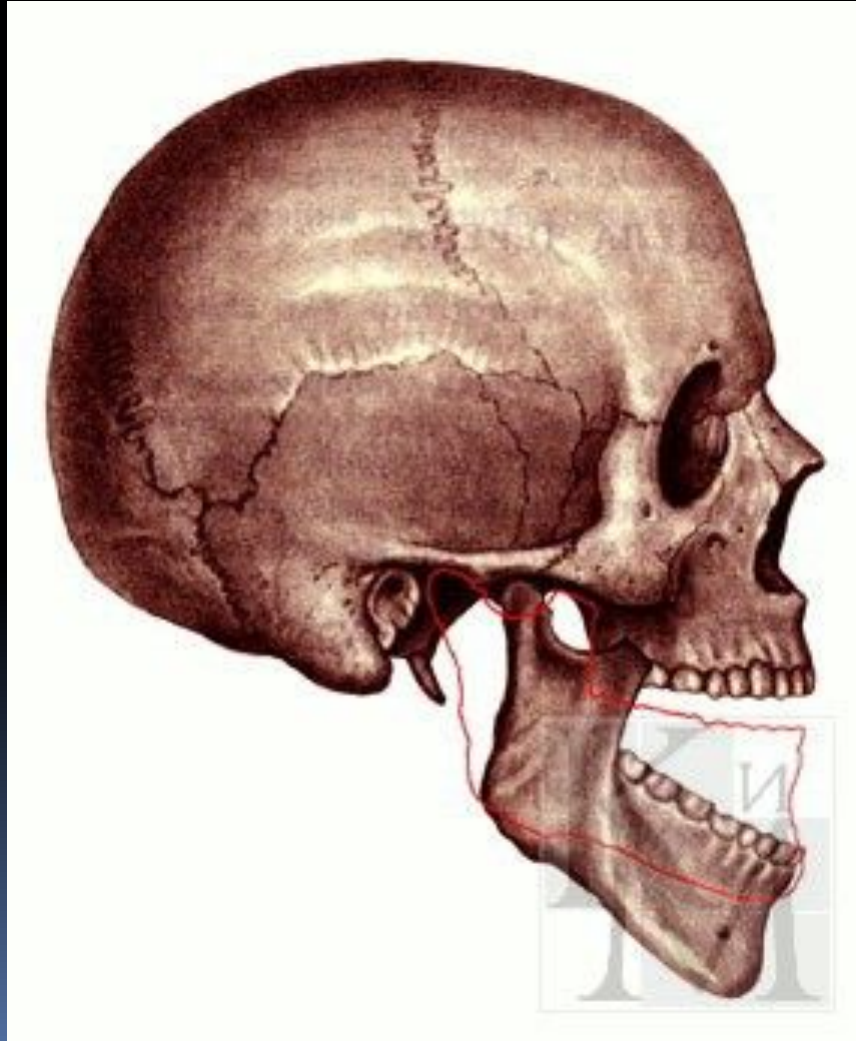
Под проводниковым обезболиванием производят репозицию отломка в правильное положение. При этом пальцы рук фиксируют на здоровом участке альвеолярного отростка с тем, чтобы случайно дополнительно не разорвать слизистую оболочку и надкостницу, что имеет существенное значение для исхода лечения.





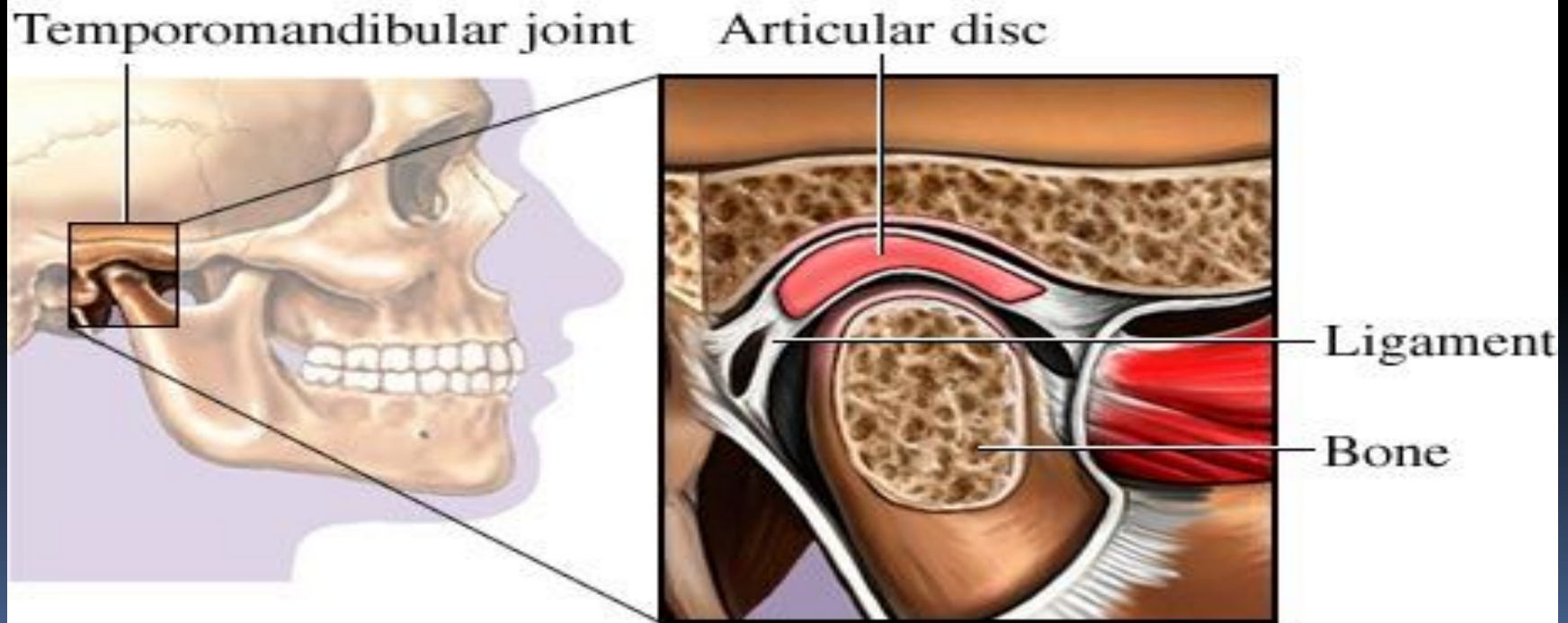
Вывих нижней челюсти

Вывихом нижней челюсти называют патологическое состояние, характеризующееся смещением головки нижней челюсти за пределы физиологических ее перемещений - головка нижней челюсти смещается на вершину суставного бугорка или располагается на передней его поверхности.



Причины и условия возникновения вывиха нижней челюсти

- травмы
- последствия воспалительных, дистрофических процессов в суставе
- нервно-мышечные нарушения челюстно-лицевой области
- врожденные аномалии развития ВНЧС





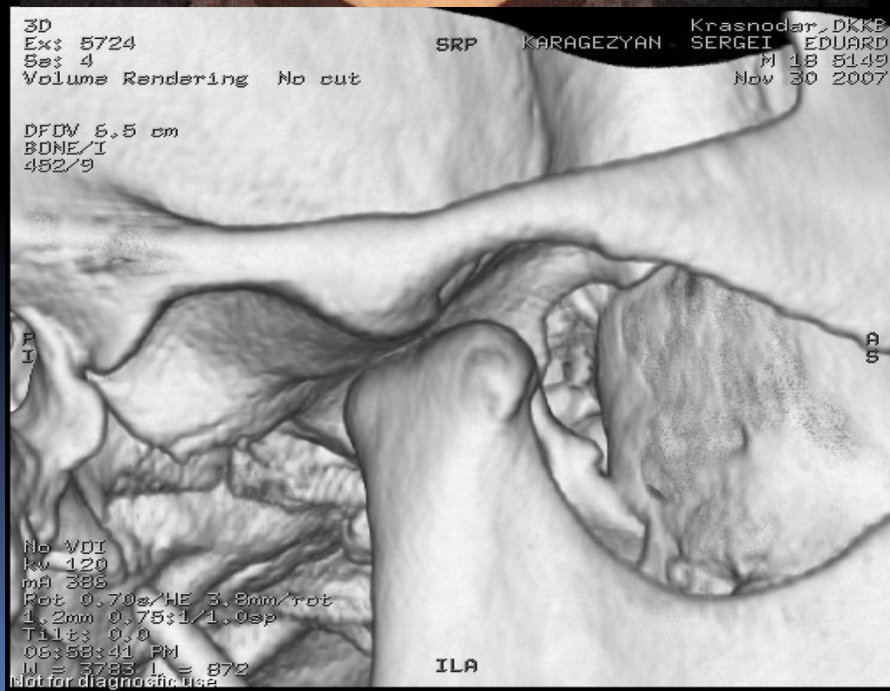
При травмах возникают острые вывихи нижней челюсти, а под влиянием других перечисленных факторов развиваются хронические вывихи, которые получили название привычных вывихов. Основными патогенетическими звеньями привычных вывихов являются чрезмерное растяжение мышечно-связочного аппарата и капсулы сустава, изменение формы, размеров и структуры внутрисуставного диска, деформация костных элементов сустава. В результате этих изменений наиболее часто происходят передние вывихи. Они возникают при зевоте, крике, откусывании пищевого комка; при стоматологических или иных лечебных вмешательствах, связанных с широким открыванием рта: удаление зубов, снятие оттисков, интубация трахеи

Симптомы

- при острых вывихах рот остается открытым, закрыть его больной не может, речь затруднена, изо рта течет слюна
- попытки переместить нижнюю челюсть и закрыть рот вызывают боли
- опущенная книзу нижняя челюсть может располагаться симметрично при двустороннем вывихе и асимметрично при одностороннем вывихе.

При пальпации суставов пальцы проваливаются в пустые суставные ямки, что свидетельствует о выходе головок нижней челюсти из суставных ямок.

Визуально определяется выпячивание кожи под скуловой дугой, где впереди суставного бугорка располагаются головки нижней челюсти. На обзорной рентгенограмме или боковой томограмме ВНЧС отчетливо видно положение вывихнутой головки нижней челюсти.



Диагностика

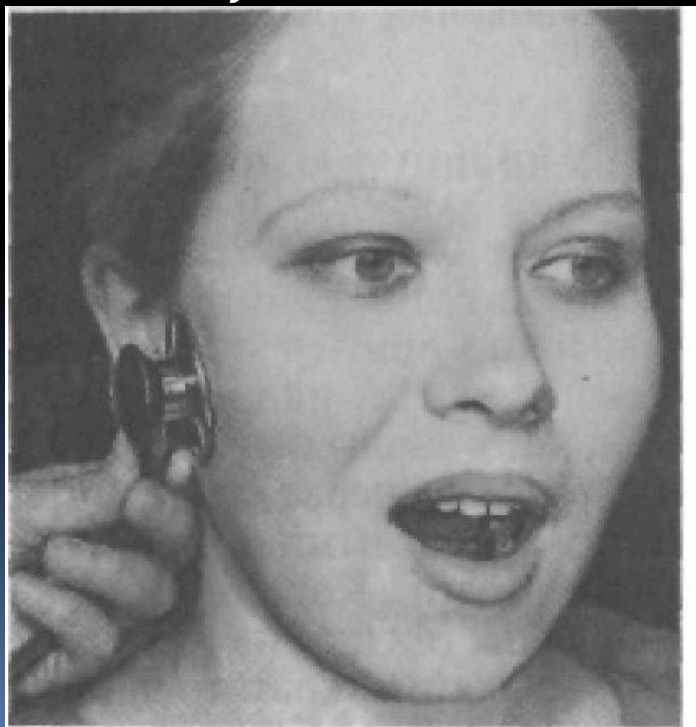
• Осмотр



• Пальпации



• Выслушивание



• Рентгенография и компьютерная томография ВНЧС

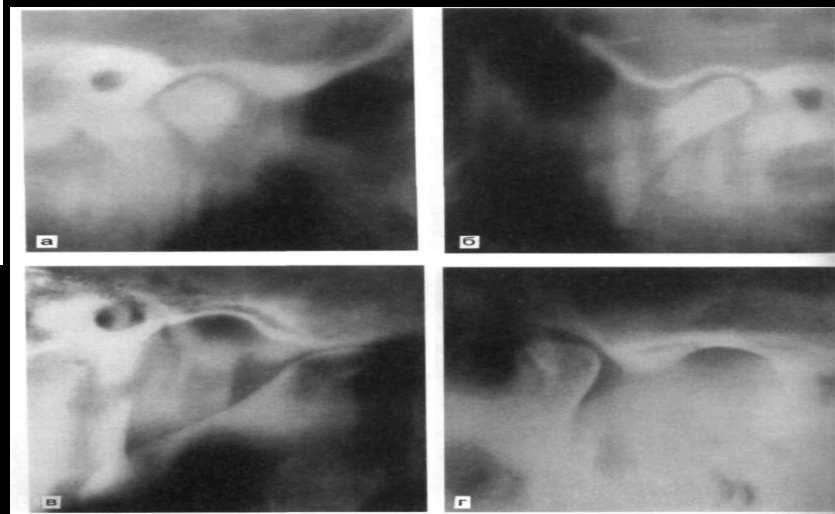
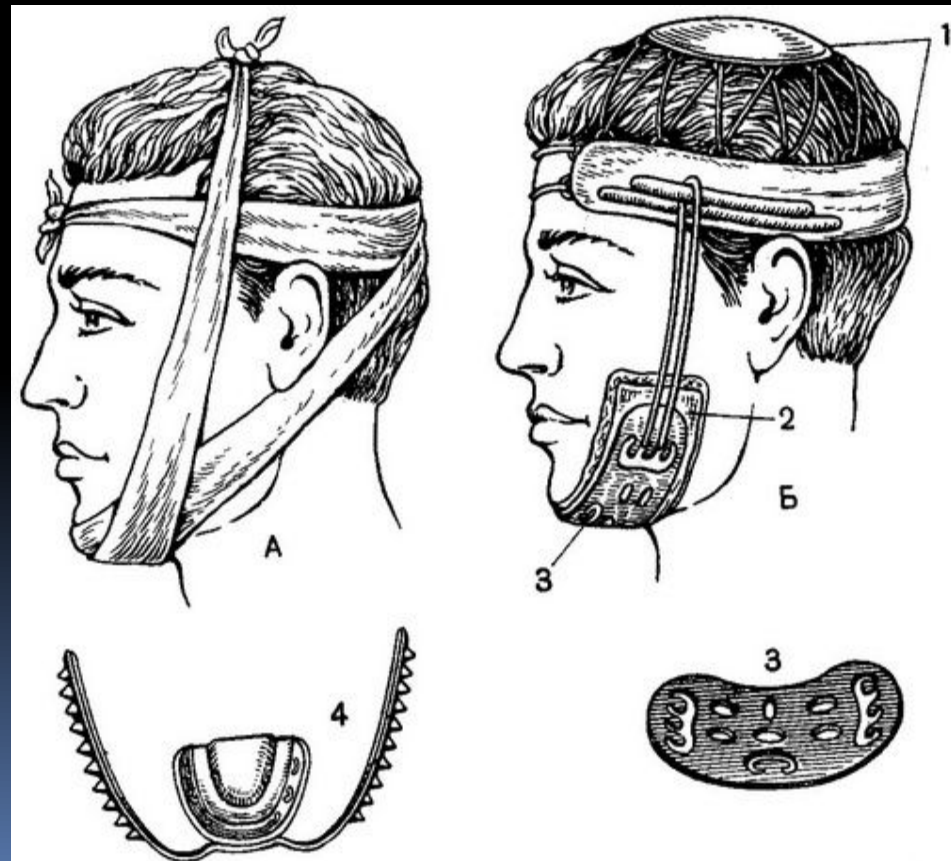
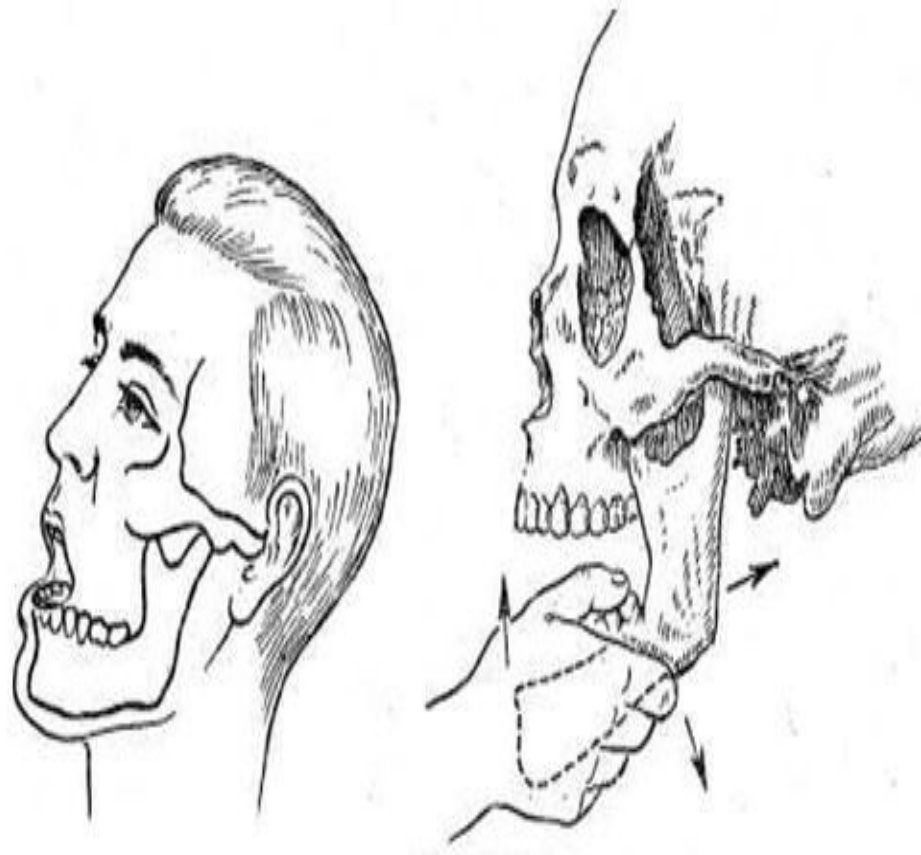


Рис. 11.11. Полный передний вывих ВНЧС при хроническом артрите. Томограмма. а, б — с закрытым ртом (суставная головка в суставной впадине); в, г — с открытым ртом (суставная головка вне суставной впадины).



Лечение

Лечение больных с острым вывихом заключается во вправлении вывиха и иммобилизации нижней челюсти на 10-15 дней путем наложения шин или пращевидной повязки. Для лечения привычных вывихов применяют съемные и несъемные ограничители открывания рта.



Спасибо за внимание 😊

