

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат
на тему: «Перелом зуба»

Выполнил: ординатор кафедры-клиники хирургической
стоматологии и челюстно- лицевой
хирургии

Тагиев Гусейн Тахирович

Руководитель: ДМН, профессор Левенец А.А

Красноярск, 2020

Содержание

- 1)Этиология перелома зуба
- 2)Классификация переломов зуба
- 3) Перелом коронки зуба
- 4)Перелом корня зуба
- 5)Лечение больных с переломами зубов
- 6)литература.

Перелом зуба чаще встречается на верхней челюсти (центральный и боковой резцы), реже - нижней. Перелом других зубов встречается редко. Переломы нескольких зубов (в том числе премоляров и моляров) могут быть вследствие производственной или автомобильной травмы.

Этиология перелома зуба

- Удар по зубу.
- Откусывание жёсткой пищи подвижным зубом.
- Нарушение техники удаления зуба и неаккуратное применение зубоврачебных щипцов и элеваторов.
- Вредные привычки (например, отгибание зубами гвоздя).
- Случайный удар щипцами по зубу-антагонисту верхней челюсти при удалении нижних зубов в случае грубой тракции.
- Перелом кариозного зуба во время приёма жёсткой пищи.

Классификация переломов зуба

Классификация перелома зуба (Чупрышина Н.М., 1985). Перелом может быть поперечным, косым и продольным:

- коронки в зоне эмали;
- коронки в зоне эмали и дентина без вскрытия полости зуба;
- коронки в зоне эмали и дентина со вскрытием полости зуба;
- зуба в области эмали, дентина и цемента;
- корня в пришеечной, средней и верхушечной трети.

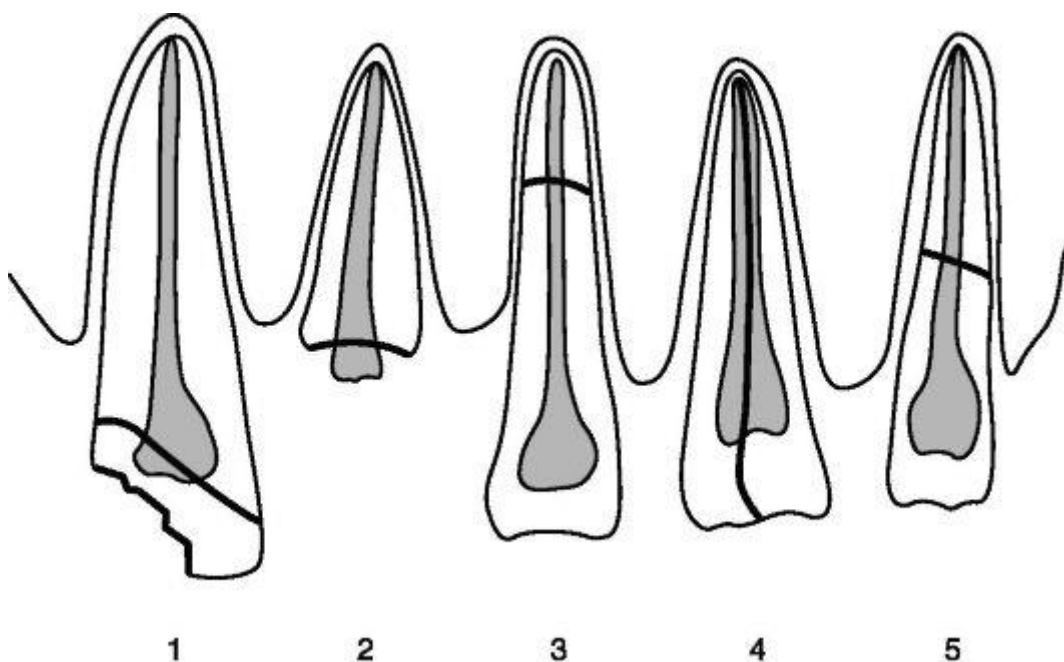


Схема отдельных видов перелома зуба: 1 - на уровне эмали и дентина без и со вскрытием полости зуба; 2 - на уровне шейки зуба; 3 - поперечный, на уровне верхней трети корня; 4 - продольный; 5 - поперечный, на уровне средней трети корня

Перелом коронки зуба

Коронка зуба может сломаться в пределах:

- эмали, когда чаще отламывается угол коронки;
- эмали и дентина с обнажением коронковой пульпы или без вскрытия пульпарной камеры;
- эмали, дентина и цемента - происходит отлом всей коронки в пришеечной области вдоль эмалево-дентиновой границы. При этом с нёбной стороны ткани скалываются под острым углом, с вестибулярной - под прямым.

В случае отлома части коронки без вскрытия полости зуба больные жалуются на боль от температурного и механического раздражения, на эстетический недостаток. В поздние сроки после травмы возможно появление признаков пульпита. На слизистой оболочке губ, языка может образовываться эрозия, реже - декубитальная язва, что связано с травмой мягких тканей полости рта острыми краями излома коронки. На сохранившейся части коронки зуба встречаются мелкие трещины эмали.

В случае вскрытия полости зуба развивается травматический пульпит, обнажается пульпа, возникает резкая боль, усиливающаяся от температурного, химического или механического раздражения, что заставляет больного обращаться к врачу в ранние сроки после травмы. На поверхности излома коронки видна пульпа ярко-красного цвета.

Перелом зуба на уровне шейки встречается достаточно часто. Щель перелома может иметь косое направление и частично заходит под десну, располагаясь под слизистой оболочкой альвеолярного отростка в области коронковой трети корня зуба. Иногда коронка фиксирована обрывками круговой связки зуба.

Коронково-корневой перелом является продольным, при этом щель перелома проходит вдоль оси зуба, одновременно через коронку и корень. Такой тип перелома возникает при ударе по зубу вдоль вертикальной оси, при введении в канал зуба штифта, диаметр которого превышает величину просвета канала, реже - при эндодонтических манипуляциях. Повреждается эмаль, дентин, цемент, пульпа. У больного возникает боль во время пережёвывания пищи, подвижность части зуба. На рентгенограмме чётко определяется щель перелома вдоль вертикальной оси зуба.

Перелом корня зуба

Перелом	корня	зуба	может	локализоваться:
-	вблизи		шейки	зуба;
-	в	средней	части	корня;
-	на границе	средней и	верхушечной	трети корня;
-	вблизи		верхушки	корня.

Направление щели перелома чаще бывает поперечным, реже - косым. Она проходит через цемент, дентин и пульпу зуба. Если щелей перелома две и более, принято говорить об оскольчатом переломе корня. По данным Н.М. Чупрыниной с соавторами (1993), корни резцов чаще ломаются между средней и верхушечной третью (69 %). Одинаково часто - в области шейки и середины (14 %), реже - вблизи верхушки корня (2 %).

Перелому корня всегда сопутствует вывих его коронковой части, что проявляется характерными для вывиха зуба клиническими признаками. Больные могут жаловаться на самопроизвольную ноющую боль в зубе различной интенсивности, усиливающуюся при откусывании пищи, подвижность зуба, неудобство и боль при смыкании зубов. При обследовании на первый план выступают признаки вывиха зуба. Однако если правой рукой производить незначительное по амплитуде смещение коронки зуба в переднезаднем направлении, то под вторым пальцем левой руки, находящимся на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка в проекции корня зуба, можно ощутить перемещение отломленного корня. Этот клинический приём позволяет точно установить границу перелома. Если происходит надлом наружной стенки луночки, то при наклоне зуба орально пальпаторно можно определить острый край излома. Симптом смещения отломков оказывается недостоверным лишь при переломе верхушки корня зуба, так как из-за возросшей толщины стенки лунки в области верхушки корня границу между подвижной и неподвижной частью корня определить не удаётся. Клинически может быть ошибочно диагностирован вывих зуба вместо перелома. Однако и в этом случае прикосновение к зубу и перкуссия его болезненны, он имеет подвижность. Цвет коронки зуба обычно не изменён. Однако при переломах, расположенных вблизи от коронки зуба, она, из-за разрыва пульпы и кровоизлияния в полость зуба, может окрашиваться в розовый цвет, а позднее, по мере превращения гемоглобина в гемосидерин, приобретать желтоватую окраску.

По рентгенограмме можно уточнить локализацию щели перелома, её направление, характер смещения отломков, состояние периодонта и костной ткани альвеолы. Щель перелома представлена полоской просветления в пределах корня зуба. Может быть излом и ступенька, что свидетельствует о смещении отломков в сторону. При сопутствующем переломе стенки

альвеолы на рентгенограмме виден разрыв компактной пластинки в пределах лунки зуба и полоска просветления в губчатом веществе костной ткани.



Внутриротовая дентальная рентгенограмма в области бокового резца слева. Определяется перелом верхней трети корня бокового резца слева



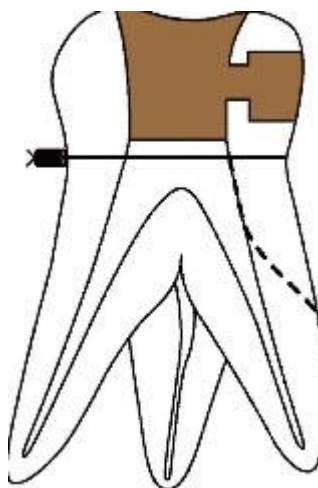
Внутриротовая дентальная рентгенограмма в области бокового резца слева. Определяется перелом верхней трети корня центрального резца слева

Лечение больных с переломами зубов

Лечение больных с переломом коронки зуба проводят по правилам, принятым в терапевтической и ортопедической стоматологии: восстановление утраченных тканей коронки зуба без экстирпации пульпы или после её удаления в зависимости от клинических признаков. В случае перелома зуба на уровне шейки используют ортопедические методы восстановления утраченной коронки, если щель перелома проходит над зубодесневым прикреплением. Иногда целесообразно иссечь края слизистой оболочки для обнажения пришеечной части культи корня. При невозможности ортопедического лечения показано удаление корня. **При коронково-корневом переломе** зуб, как правило, удаляют. М.М. Махов и Б.Р. Бахмудов предложили метод лечения коронково-корневых переломов жевательных зубов, при котором отломанные части зуба фиксируют проволоочной лигатурой. Далее удаляют остатки пломбы из кариозной полости (если она имеется) и создают на отломанной части зуба в области экватора Т-образную полость, сообщающуюся с основной полостью. Пломбируют обе полости и далее препарируют зуб под искусственную коронку, после чего удаляют лигатурную проволоку. Снимают слепок и в течение суток изготавливают и фиксируют изготовленную коронку.

Выбор методов лечения больных с переломом корня определяется:

- локализацией щели перелома;
- степенью смещения отломков;
- состоянием пульпы зуба.



Фиксация отломков зуба при коронково-корневых переломах по методу М.М. Махова - Б.Р. Бахмудова

При переломе корня пульпа часто сохраняет жизнеспособность. При переломе корня зуба с разрывом пульпы на уровне щели перелома последняя гибнет в коронковом отломке, а в верхушечном - остается живой. **Поперечный перелом корня вблизи шейки зуба** является наименее благоприятным. Иммобилизация коронковой части отломка даже при живой

пульпе в корневом отделе, как правило, не приводит к срастанию фрагментов. Редко положительные результаты достигаются при введении стального штифта в канал после экстирпации пульпы (в том числе и живой) через трепанационное отверстие коронки. Штифт фиксируют фосфат-цементом.

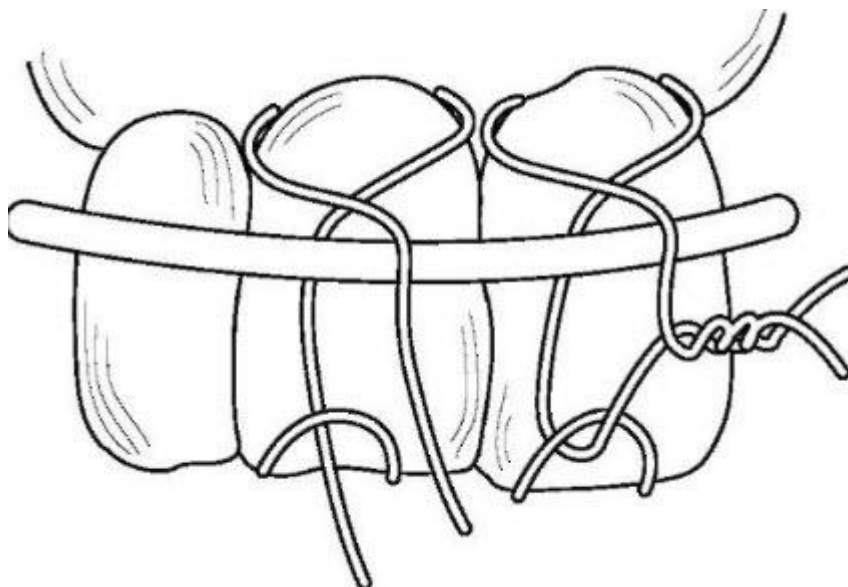
Чаще при переломе корня вблизи шейки отломившийся участок коронки с частью корня удаляют и затем зуб восстанавливают штифтом или штифтовой вкладкой.

При переломе корня в средней трети метод лечения определяется:

- состоянием пульпы зуба;
- степенью смещения отломков.

При переломе корня без смещения пульпа травмируется незначительно и сохраняет жизнеспособность у 75-80 % больных. Инфицирования её не происходит, так как периодонт защищён неповреждённым зубодесневым соединением и круговой связкой. Если разрыва пульпы не произошло и смещения отломков нет, производится иммобилизация зуба шиной-каппой из пластмассы на 4 нед. Можно использовать и гладкую шину-скобу, но закреплять её целесообразно пластмассой.

В случае смещения коронкового фрагмента его следует репонировать и осуществить иммобилизацию вышеописанным способом.



Иммобилизация зубов по методу К.С. Ядровой с помощью гладкой шины-скобы и проволочных лигатур

Однако чаще всего пульпа в коронковом фрагменте погибает. Коронка при этом теряет присущий ей блеск и приобретает серый, серо-жёлтый или коричневый оттенок. В этой клинической ситуации показано лечение зуба по

правилам, принятым в терапевтической стоматологии. **При переломе корня в средней трети со смещением отломков** можно скрепить их штифтом после экстирпации погибшей и жизнеспособной пульпы. При этом необходимо тщательно сопоставить фрагменты корня, прижать их друг к другу с тем, чтобы фосфатцемент после пломбирования корня не попал между отломками, что может быть причиной развития хронического воспаления в периодонте. Для скрепления отломков зуба подбирают штифт по диаметру канала, вводят в канал коронкового отломка и продвигают в верхушечный. Если отломки смещены и штифт не входит в верхушечный отломок, покачивают коронковый фрагмент зуба, меняют положение отломка в лунке и самого штифта, слегка надавливая на штифт. При совпадении каналов штифт соскальзывает в канал верхушечного отломка. После этой манипуляции запоминают положение коронкового отломка и штифт извлекают. Канал высушивают, штифт смазывают фосфат-цементом и вводят в канал обоих отломков описанным выше способом. После затвердения цемента зуб выводят из окклюзии.

Если щель перелома проходит в верхушечной трети и пульпа погибла, то её удаляют из коронковой части корня, пломбируют канал фосфат-цементом до линии перелома и зуб закрепляют с помощью шины, если он подвижен. Верхушечный отломок с живой пульпой можно сохранить, если он не вызывает воспаления. При возникновении такового верхушку корня удаляют, проводя операцию резекции верхушки корня. Крайне редко удаляют пульпу из коронкового и верхушечного отломков и скрепляют их с помощью штифта, как это было описано выше. Если не удаётся сопоставить фрагменты корня в правильное положение, имеется оскольчатый перелом, отлом стенки альвеолы, то зуб подлежит удалению.

В области щели перелома депульпированных зубов происходит постепенное замещение периодонта компактной грубоволокнистой костной тканью, оппозиционный рост которой начинается со стороны стенок альвеолы. Отломки корня соединяются, скрепляясь образующейся вокруг щели перелома костной муфтой. Этот процесс занимает около 5 мес.

Литература

- 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.
- 3.Соловьев М.М. Пропедевтика хирургической стоматологии. -- М.: МЕДпресс-информ, 2007
- 4.Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. -- СПб: KN, 1997.
- 5.М.М.Соловьев, О.П.Большаков, Д.В.Галецкий. Гнойно-воспалительные заболевания головы и шеи. Этиология, патогенез, клиника, лечение. -- М., МЕДпресс-информ, 2009.
- 6.Хирургическая стоматология. Учебник./ Под ред. В.А.Дунаевского.-- М., Медицина, 1979.
7. Бернадский, Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю. И. Бернадский. М. : Мед. лит., 2003. 456 с.