**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Травматологии**

Зав. кафедрой д.м.н., \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реферат

на тему:

**«Повреждение зубов»**

Выполнила: студентка V курса \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверил: к.м.н., доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Пенза - 2008**

**План**

Введение

1. Перелом альвеолярного отростка нижней челюсти
2. Перелом тела нижней челюсти
3. Перелом ветвей нижней челюсти
4. Вывихи нижней челюсти
5. Перелом верхней челюсти
6. Перелом скуловой кости и дуги

Литература

**ВВЕДЕНИЕ**

Травматические повреждения зубов встречаются в виде перелома коронки или вывиха зуба. Иногда бывает перелом корня зуба. Повреждаются чаще всего фронтальные зубы. Вывих или перелом зуба возникает под воздействием удара спереди назад или снизу вверх, иногда во время удаления зуба.

Для перелома коронки характерны боль и наличие острых краев оставшейся части зуба, зияние пульповой камеры или корневого канала. Нередко бывает кровотечение из поврежденной десны или пульпы. Вывих зуба диагностируется на основании значительной подвижности и выстояния зуба из лунки. Больные иногда предъявляют жалобы на невозможность плотно сомкнуть челюсти. Для вколоченного вывиха характерно смещение коронки зуба внутрь альвеолярного отростка челюсти и нарушение окклюзии. Диагноз уточняют осмотром корневой части вывихнутого или удаленного зуба, зондированием и рентгенологическим исследованием.

Неотложная помощь. Обезболивание осуществляется путем инфильтрационной анестезии 2% раствором новокаина, наложением ватного шарика с камфоро-фенолом на вскрывшуюся культю пульпы (1 г карболовой кислоты, 3 г камфоры и 2 мл этилового спирта).

При неполном вывихе зуба больного следует направить к стоматологу поликлиники, где будут произведены вправление и фиксация зуба к соседним зубам при помощи металлической лигатуры, гладкой назубной шины или быстротвердеющей пластмассы. Если данные электроодонтодиагностики свидетельствуют о гибели пульпы, то через 20-25 дней после фиксации зуб следует трепанировать, удалив омертвевшую пульпу, а канал запломбировать, предварительно обработав его антисептиками.

Полностью вывихнутый зуб следует промыть раствором антибиотиков, запломбировать канал и поместить в лунку; фиксация зуба к соседним зубам осуществляется в течение 3-4 недель. Оставшийся после перелома коронки корень из лунки следует удалить. В некоторых случаях (корни фронтальных зубов) корень может быть оставлен для использования его под штифт для протезирования.

**1. ПЕРЕЛОМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Переломы челюсти в области альвеолярного отростка могут произойти под действием механической травмы чаще всего во фронтальном отделе. Эта травма нередко сочетается с переломами или вывихами стенки верхнечелюстной пазухи.

Перелом альвеолярного отростка диагностируют на основании данных анамнеза, подвижности костного фрагмента вместе с зубами, кровотечения из десны, слизистой оболочки щеки или губы. Смещение поврежденного костного фрагмента происходит преимущественно кзади. При вколоченных переломах альвеолярного отростка подвижность кости незначительная. При повреждении стенок верхнечелюстной пазухи из раны выделяется пенистая кровь, может быть носовое кровотечение.

Неотложная помощь. Характер и объем помощи зависит от уровня расположения щели перелома. Проводят местное обезболивание зоны повреждения 2% или 1% раствором новокаина. Если щель перелома проходит на уровне корней зубов и слизистая оболочка значительно повреждена, то костный фрагмент альвеолярного отростка следует удалить вместе с поврежденными зубами, острые края кости сгладить, извлечь остатки корней зубов. На рану накладывают швы кетгутом.

В случае расположения перелома вне зоны размещения корней зубов костный фрагмент репонируют в правильное положение и фиксируют при помощи назубной шины или быстротвердеющей пластмассы. На поврежденную слизистую оболочку накладывают швы кетгутом. В дальнейшем по мере консолидации перелома в зависимости от показателей электроодонтодиагностики может быть проведено удаление пульпы мертвых зубов с последующим пломбированием корневых каналов.

Госпитализация. Больных с переломами альвеолярых отростков направляют в стоматологический стационар при значительных по объему повреждениях, при сочетании с повреждением верхнечелюстной пазухи.

**2. ПЕРЕЛОМ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Под действием прямой механической травмы переломы в области тела нижней челюсти встречаются наиболее часто. Перелом происходит, как правило, в так называемых местах слабости; по средней линии, на уровне клыков или подбородочных отверстий, в области нижнего восьмого зуба и угла нижней челюсти. Переломы могут быть одинарные, двойные, тройные, множественные. Смещение костных отломков происходит в зависимости от направления удара, тяги мышц, прикрепляющихся к челюсти, и расположения щели перелома. В связи с тем, что переломы нижней челюсти в пределах зубного ряда всегда сопровождаются повреждениями слизистой оболочки, их следует считать открытыми, а следовательно, и первично инфицированными.

Учитывают данные анамнеза и внешний вид пострадавшего (наличие кровоизлияний на коже лица и шеи, отек тканей). Больные жалуются на боль в месте повреждения челюсти, усиливающуюся при речи, открывании рта, приеме пищи, невозможность плотно сомкнуть зубы. При осмотре полости рта отмечаются ограничение открывания рта, кровотечение из поврежденной слизистой оболочки, обильное выделение слюны, нарушение прикуса. Пальпаторно определяется подвижность отломков челюсти, резкая болезненность, иногда крепитация. При множественных переломах нижней челюсти возможно западение языка, что чревато угрозой дислокационной асфиксии. Нередко повреждение нижней челюсти сопровождается кратковременной лотерей сознания, тошнотой или рвотой, ретроградной амнезией, что свидетельствует о сочетании перелома с сотрясением головного мозга.

При позднем обращении больного за помощью (более 2-3 дней после травмы) из щели перелома может выделяться гной. Для точного определения локализации перелома и степени смещения отломков обязательно рентгенологическое исследование в переднезадней и боковых проекциях.

Неотложная помощь. При переломах нижней челюсти в области тела помощь должна предусматривать борьбу с болью, создание покоя поврежденному органу и профилактику воспалительных осложнений. Пострадавшему производят иммобилизацию отломков челюсти при помощи подбородочной, пращевидной или стандартной транспортной повязки, повязки Померанцевой - Урбанской или лигатурного связывания зубов бронзовоалюминиевой проволокой сечением 0,5 мм.

При наличии квалифицированного специалиста (стоматолога или зубного врача), особенно если транспортировка пострадавшего предстоит длительная и на большее расстояние, целесообразно осуществить межчелюстную фиксацию назубными проволочными или ленточными шинами с резиновой тягой. Противопоказанием к такому виду иммобилизации является транспортировка раненого воздушным транспортом или водным путем, а также в случае сочетания с закрытой травмой головного мозга (возможна рвота или асфиксия). При западении языка его следует прошить лигатурой, сместив его до касания кончиком передних зубов нижней челюсти, и фиксировать к шее или одежде, пропустив лигатуру между зубами. С целью обезболивания больному подкожно вводят 1 мл 2% раствора промедола, внутримышечно - 2 мл 50% раствора анальгина внутрь - сульфадимезин по 1 г 4 раза в день.

Госпитализация. Всех больных с переломами тела нижней челюсти госпитализируют в стоматологический стационар. Зуб, который расположен в щели перелома и может препятствовать срастанию кости, удаляют, лунку ушивают с тем, чтобы открытый перелом нижней челюсти перевести в закрытый. Осуществляют межчелюстную фиксацию проволочными или ленточными назубными шинами.

**3. ПЕРЕЛОМ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Наиболее часто переломы ветви нижней челюсти возникают на уровне основания или шейки мыщелкового отростка. Довольно редко встречаются косые или продольные переломы ветви. По механизму повреждения эти переломы могут возникать как в результате прямого воздействия травмирующего агента, так и от чрезмерного перегиба кости в наименее прочных ее отделах. Переломы в области ветвей нижней челюсти, как правило, закрытые и поэтому менее подвержены инфицированию. Смещение костных фрагментов зависит от места приложения силы, тяги мышц, а также от направления плоскости излома кости. Отрыв венечного отростка встречается редко; он возможен при ударе в область подбородка сверху вниз при сжатых зубах.

В анамнезе - травма. Больные жалуются на боль в области ветви нижней челюсти, при двойных и множественных переломах могут указать все болезненные пункты. При одиночном переломе и смещении костных отломков отмечается смещение подбородка в сторону повреждения, нарушение прикуса, асинхронное движение головкой нижней челюсти. Открывание рта ограниченное и болезненное, может быть припухлость тканей на уровне перелома. Иногда определяется крепитация отломков. Диагноз уточняют рентгенологически.

Неотложная помощь. Иммобилизация челюсти осуществляется при помощи подбородочной пращи или повязки, лигатурного связывания зубов или назубных проволочных шин с резиновой тягой. Снятие боли достигается приемом внутрь анальгина - 0,5 г 3-4 раза в день, подкожного введения 1-2 мл 2% раствора промедола или внутримышечно 2 мл 50% раствора анальгина.

Госпитализация. Всех больных с переломами ветви нижней челюсти или ее отростков госпитализируют в стоматологический стационар. Проводят лечебную иммобилизацию челюстей при помощи назубного шинирования или (при значительном смещении отломков и переломе головки нижней челюсти) каким-либо хирургическим методом (проволочный шов, спица Киршнера и др.).

**4. ВЫВИХИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

В зависимости от направления смещения суставной головки подразделяются на передние и задние; смещение головки кнаружи или кнутри сочетаются с переломом мыщелкового отростка. Вывихи бывают двусторонними и односторонними, острыми (от нескольких недель до нескольких месяцев), привычными (возникают неоднократно). Передний вывих может возникнуть при травме, максимальном открывании рта, что чаще всего имеет место при зевании, рвоте, откусывании большого куска пищи, введении эндотрахеальной трубки, при введении желудочного зонда, удаления зубов, введении слепочнойт ложки, раскрывании рта роторасширителем и др. Способствующими факторами могут быть расслабление связочно-суставного аппарата, уменьшение высоты суставного аппарата, бугорка, изменение формы суставного диска, а также подагра, ревматизм, полиартрит.

Наиболее часто встречающийся передний вывих возникает в результате смещения головки нижней челюсти кпереди от суставного бугорка. Клинически проявляется широко открытым ртом и невозможностью его закрыть даже при применении усилия (при этом определяется пружинистое движение челюсти) и выделением слюны изо рта, болью в области височно-нижнечелюстного суставов, невозможностью приема пищи, уплощением щек. При двустороннем вывихе подбородок смещен книзу, при одностороннем - в здоровую сторону. Кпереди от наружных слуховых проходов определяется углубление, а под скулой дугой - выпячивание. При внутриротовом обследовании определяется резко смещенный кпереди венечный отросток. Рентгенологически в боковой проекции видна суставная головка в необычном месте - кпереди от суставного бугорка.

Вывихи нижней челюсти следует дифференцировать от перелома мыщелковых отростков, при которых движения в нижнечелюстных суставах сохраняются, подбородок смещается в больную сторону (при одностороннем переломе). При рентгенологическом исследовании при переломах суставные головки остаются в суставных впадинах (если нет подвывиха).

Неотложная помощь. Больного усаживают на низкий стул, голова его должна упираться в стену, подголовник или спинку стула. Врач располагается лицом к больному. Большие пальцы врача, обернутые марлей или уголками полотенца, укладываются на жевательные поверхности моляров нижней челюсти или на альвеолярный отросток ретромолярной области, остальные пальцы врача охватывают наружную поверхность нижней челюсти. Большими пальцами врач надавливает на челюсть и смещает ее книзу (головка в это время опускается ниже суставного бугорка), а затем остальными пальцами смещает подбородочный отдел челюсти кверху. При этом головка скользит по суставному бугорку и возвращается на свое место в суставную впадину. Поскольку челюсть смещается кзади довольно быстро, то врач в этот момент должен убрать пальцы с зубов, чтобы предотвратить их прикусывание. Вправление вывиха нужно производить медленно, давая возможность расслабиться жевательным мышцам. После вправления необходимо на 10-12 дней наложить фиксирующую повязку или произвести лигатурное связывание зубов верхней и нижней челюсти.

Бели вывих не поддается вправлению (застарелый), то необходимо произвести проводниковую анестезию 2% раствором новокаина, вводя его в количестве 5-7 мл по методу Берше - Дубова (к овальному отверстию через вырезку нижней челюсти, вводя иглу перпендикулярно к коже на глубину 4-4,5 см). В ряде случаев для этих целей показан наркоз. После вправления вывиха челюсть должна быть иммобилизована. Вправление застарелых вывихов производят медленно, раскачивая челюсть и разрывая при этом рубцовые тяжи.

Привычные вывихи нижней челюсти возникают в результате значительного растяжения суставной капсулы, неправильного лечения острых вывихов (пренебрежение иммобилизацией после вправления), а также при маловыраженных суставных бугорках. Лечение привычных вывихов заключается в более длительном сроке иммобилизации (до 15-20 дней), длительном ношении ортопедических аппаратов.

Госпитализация. Стационарное лечение показано при безуспешности вправления вывихов. В стационаре при привычных вывихах производят операцию с целью увеличения высоты суставного бугорка и уменьшения размеров суставной капсулы.

**5. ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Повреждение верхней челюсти неогнестрельного происхождения возникают под действием механической травмы тупым твердым предметом. Смещение костных отломков происходит в зависимости от направления удара. Тяжесть состояния пострадавшего зависит от степени повреждения основания черепа, основной кости, решетчатого лабиринта, орбиты, костей носа, скуловых костей и стенок верхнечелюстных пазух. Щели переломов практически могут располагаться в любом участке челюсти, однако они преимущественно проходят в участках пониженной прочности, т.е. местах соединения верхних челюстей между собой или с другими костями лицевого и мозгового черепа. При переломах верхней челюсти имеется опасность повреждения твердой мозговой оболочки, что грозит возможностью возникновения менингита.

Наиболее часто среди переломов верхней челюсти различают три вида повреждений в зависимости от уровня расположения щели перелома: I тип - перелом тела верхней челюсти над альвеолярным отростком от основания грушевидного отростка до крыловидных отростков: II тип - полный отрыв верхней челюсти; щель перелома проходит по лобно-носовому шву, далее по внутренней стенке глазницы, по скулочелюстному шву и крыловидным отростка; III тип, наиболее тяжелый, характеризуется полным отрывом костей лицевого черепа от мозгового, нередко сочетается с повреждением основания черепа.

Для перелома верхней челюсти по I типу характерны боль, кровотечение из слизистой оболочки полости рта, носовой полости или верхнечелестной пазухи. При внешнем осмотре обращает на себя внимание удлинение средней зоны лица, наличие кровоизлияния в конъюнктиве, веках и в подглазничной области. Отмечается нарушение смыкание зубов; при пальпации определяется подвижность альвеолярного отростка челюсти. Нарушен прием пищи, может быть изменено дыхание за счет смещения книзу мягкого неба и уменьшения объема входа в верхние дыхательные пути.

При переломе верхней челюсти по II типу (в суборбитальной зоне) симптомы те же, что и при переломе I типа, за исключением того, что более выражен симптом очков, определяется подвижность всей верхней челюсти вместе с корнем носа без движений в области скуловых костей. Может быть, кровотечение из полостей носа, рта и верхнечелюстной пазухи. При сочетании повреждения верхней челюсти с переломом костей основания черепа могут быть выделения из носа, рта и ушей спиномозговой жидкости (ликвора), а также тошнота, рвота, ригидность затылочных мышц, головная боль и головокружение; иногда можно определить патологические симптомы раздражения твердой мозговой оболочки. Из-за кровоизлияния в ретробульбарную клетчатку возникает экезофтальм. От сдавления нижнеглазичного нерва может быть потеря чувствительности кожи крыла и ската носа, верхней губы и щеки.

Перелом верхней челюсти по III типу (суббазальный) располагается через носовые кости, слезную кость, дно глазницы, лобный отросток скуловой кости, между скуловой костью и скуловой дугой и заканчивается в крыловидных отростках основной кости. Этот вид перелома верхней челюсти именуется полным черепно-лицевым разъединением. Клиническая картина данного повреждения характеризуется тяжелым состоянием пострадавшего с выраженными признаками повреждения основания черепа.

Неотложная помощь. В зависимости от тяжести общего состояния в степени поражения головного мозга раненого следует направить в специлизированный стационар в положении лежа на животе или на боку (профилактика асфиксии). Подвижные костные отломки необходимо установить в правильном положении, контролируя прикус. Фиксацию отломков в качестве временной иммобилизации можно осуществить при помощи теменно-подбородочной повязки или пращевидной повязки, используя в качестве опоры неповрежденную нижнюю челюсть. У больных с адентией поврежденный фрагмент верхней челюсти удерживается съемными протезами и подбородочной пращевидной повязкой. В качестве транспортной иммобилизации можно воспользоваться деревянной дощечкой, которую укладывают на жевательные зубы верхней челюсти, а выступающие части дощечки крепят бинтами или резиновыми трубками к головной повязке или шапочке. Подбородочную пращу и головную шапочку можно изготовить из гипсовых лонгет. Раны на слизистой оболочке полости рта ушивают кетгутом. На всех этапах важно проводить профилактику шока в асфиксии.

Госпитализация. Все пострадавшие с переломами верхней челюсти нуждаются в стационарном лечении в специализированных отделениях хирургической стоматологии или нейрохирургии. В стационаре осуществляют лечебную иммобилизацию костных фрагментов консервативными или оперативными методами. Назначают постельный режим, противовоспалительные, седативные, обезболивающие средства, рациональное питание, гигиенический уход за полостью рта.

**6. ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВОЙ КОСТИ И ДУГИ**

Переломы скуловой кости возникают под воздействием прямого удара тупым предметом или кулаком чаще всего спереди назад, сбоку или от сдавливания костей лицевого скелета. Переломы могут быть закрытые и открытые, со смещением и без смещения костных отломков, с повреждением или без повреждения стенок верхнечелюстной пазухи. Изолированные переломы скуловой кости встречаются редко, чаще всего при этом повреждаются и соседние костные образования. В результате удара небольшим по площади предметом могут произойти изолированные переломы скуловой дуги на уровне срединной ее части.

Больные жалуются на боль в скуловой области и чувство онемения в области крыла носа и верхней губы с пораженной стороны, двоение в глазах. При осмотре определяется отек и кровоизлияние в области век в подглазничной области, ограничение движений нижней челюсти. В момент травмы иногда бывает кровотечение из носа. Пальпаторно определяется неровность по нижнему орбитальному краю (симптом ступеньки), болезненность на уровне "ступеньки", наружного орбитального края и в области скуловой дуги. Диагноз уточняют рентгенологическим исследованием в аксиальной или полуаксиальной проекции.

Неотложная помощь. При закрытых переломах скуловой кости без смещения отломков лечение заключается в создании покоя нижней челюсти при приеме пищи, даче анальгетиков (0,5 анальгина - 2 раза в день), местно - холод на 2-3 часа. При смещении костных отломков необходимо произвести местное обезболивание 5-10 мл 1% раствора новокаина, а затем репонировать отломки. Вправление их производят большим пальцем руки, введенным в область переходной складки за 6-м верхним зубом, надавливанием на скуловую кость кпереди и кверху. Если пальцевое вправление отломков не достигает успеха, больного следует госпитализировать.

Госпитализация. В специализированный стоматологический стационар направляют больных с переломами скуловой кости или дуги со смещением костных фрагментов, повреждением стенок верхнечелюстной пазухи или других костей лицевого скелета в сочетании с травмой головного мозга. В стационаре производят репозицию отломков скуловой кости. В случаях, когда перелом скуловой кости сопровождается значительным повреждением стенок верхнечелюстной пазухи, необходимо провести гайморотомию, из пазухи удалить кровяные сгустки, репонировать скуловую кость в правильное анатомическое положение и удержать ее тугой тампонадой в течение 12-14 дней. При открытых переломах скуловой кости или дуги репозицию отломков производят во время первичной хирургической обработки раны.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год