

могут возникать в первом триместре с увеличением частоты до седьмого месяца и часто наблюдаются на слизистой оболочке десен [1].

Дольчатая капиллярная гемангиома относится к доброкачественным сосудистым опухолям, которая проявляется в виде разрастания ткани из-за раздражения, хронической травмы или гормональных факторов и характеризуется лобулярной архитектурой образования с большим количеством тонкостенных сосудов и лимфоплазмоцитарной инфильтрацией. В челюстно-лицевой области часто встречается на коже лица и слизистых оболочках полости рта [3, 5].

Лобулярная капиллярная гемангиома обычно начинается с небольшой папулы. Затем она подвергается переменной, иногда быстрой фазе экзофитного роста в течение недель или месяцев, в конечном итоге стабилизируя свой размер. Зрелая пиогенная гранулема чаще имеет вид куполообразной папулы ярко красного или синюшного цвета размером до 1,5 см в диаметре. Поражения обычно одиночные, но также в литературе имеются данные о том, что в непосредственной близости могут развиваться сателлитные поражения, а иногда могут отмечаться и диссеминированные поражения [6].

ВЫВОДЫ

1. Пиогенная гранулема (дольчатая капиллярная гемангиома) – безболезненное доброкачественное новообразование ярко красного или синюшного цвета, имеющее тенденцию к экзофитному росту, легко кровоточащее и изъязвляющееся при травмировании, которое относительно часто встречается в стоматологической практике.

2. Провоцирующим фактором в 77,8% случаев является хроническая травма слизистой оболочки.

3. Наиболее достоверным исследованием для подтверждения диагноза является патоморфологическое исследование.

4. Наиболее характерными патоморфологическими признаками являются лобулярное строение, лимфоплазмоцитарная инфильтрация, фокус фибринозного некроза, образование из тонкостенных пролиферированных капилляров, выстланное многослойным плоским эпителием с участками изъязвлений.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Пиогенная гранулема в практике врача дерматолога / Тарасенко Г.Н., Тарасенко Ю.Г., Бекоева А.В., Прощук О. // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2017. – Т. 20. № 1. – С. 50-52.
2. Бурдина, П.А. Эпулисы: современное состояние проблемы / Бурдина П.А., Тюрин А.Г. // Пародонтология. – 2020. – Т. 25. № 2.- С. 163-172.
3. Петунина, В.В. Пиогенная гранулема в практике врача-дерматовенеролога / Петунина В.В., Карымов О.Н., Кудлинская Г.С. // Клиническая дерматология и венерология 5. – 2013. - С. 113-116.
4. Лазерная фотодеструкция пиогенной гранулемы кожи у детей / Юшина Т.Е., Горбатова Н.Е., Дорофеев А.Г. [и др] // Детская хирургия. – 2019. – Т. 23. №4. – С. 197-201.
5. Svirsky J. Oral pyogenic granuloma / Svirsky J. // Medscape. Drugs & Diseases. – 2018. – P. 118-121.
6. Ramirez K. Pyogenic granuloma: case report in a 9-year-old girl / Ramirez K., Bruce G. // General Dentistry. – 2002- Vol. 50. №3. – P. 280-281.

Сведения об авторах

Е.Д. Макеева* – студент стоматологического факультета

А.А. Дрегалкина – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

E.D. Makeeva* – Student of Dentistry Faculty

A.A. Dregalkina – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

elizavetamakeeva30@gmail.com

УДК: 616.314.9-089.87-06

ПРЕЭРУПТИВНАЯ РЕЗОРБИЦИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Оджакова Айсель Элизбаровна, Тамоева Илона Сидаровна, Иощенко Евгений Сергеевич

Кафедра детской стоматологии и ортодонтии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В настоящее время, наряду с различными заболеваниями зубов и пародонта в детском возрасте могут наблюдаться резорбтивные процессы. Презеруптивная резорбция (ПЭР) встречается редко, в основном, развивается в ретинированных зубах, однако ее распространенность растет и составляет около 1,55–7,8%. Корреляций между этим явлением и факторами расы, медицинского статуса, системных заболеваний или употребления фтористых добавок не зарегистрировано. На сегодняшний день патогенез не выяснен до конца, также нет протокола для лечения презеруптивной резорбции у детей. В статье приведен анализ клинических проявлений и описаны причины возникновения презеруптивной резорбции. **Цель исследования** – изучение литературных источников по научно-исследовательским работам отечественных и зарубежных авторов, описывающих презеруптивную резорбцию в детском возрасте, и проведение анализа клинических случаев. **Материал и методы.** Систематический поиск литературы проводился в двух электронных базах данных - РМС и Elibrary. Поиск ограничивался статьями, опубликованными за последние 5 лет. Отбор статей для обзора проводился на первом уровне по заголовку и аннотации. Затем были изучены полные тексты выбранных статей, и соответствующие статьи были отобраны для включения в этот обзор. Отобранные статьи были подвергнуты критической оценке для оценки их качества. **Результаты.** В более ранних литературных источниках это поражение путали с кариесом и ошибочно называли «скрытым кариесом». Чаще всего, ПЭР обнаруживаются во время смены прикуса. Было установлено, что распространенность ПЭР, в первую очередь затрагивает первый премоляр и второй и третий моляры нижней челюсти. Выделяют три типа дефектов ПЭР. При дефекте типа I поражение затрагивает менее одной трети толщины дентина. При дефекте типа II радиолуцентная область простирается от одной трети до двух третей толщины дентина. Что касается дефекта типа III, то он расширяется за пределы двух третей ширины толщины дентина. Данное поражение может прогрессировать через дентин в трехмерных направлениях, ослабляя эмаль, и быть остановлено до достижения пульпы преддентинным слоем. **Выводы.** Важны ранняя диагностика ПЭР путем включения панорамных снимков в протокол консультации, ее последующее наблюдение и при необходимости проведение лечебных мероприятий. Комплексное лечение позволяет провести клиническую оценку поверхности зуба и, следовательно, принять более обоснованное решение о восстановлении или мониторинге. **Ключевые слова:** презеруптивная резорбция, резорбтивный дефект, периапикальная цифровая рентгенография.

PREERUPTIVE RESORPTION IN CHILDHOOD

Odzhakova Aysel Elizbarovna, Tamaeva Ilona Sidarovna, Ioshchenko Evgeny Sergeevich

Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Currently, along with various dental and periodontal diseases, resorptive processes can be observed in childhood. Preeruptive resorption (PER) is rare, mainly develops in retinated teeth, but its prevalence is increasing and is about 1.55–7.8%. There are no correlations between this phenomenon and factors of race, medical status, systemic diseases, or the use of fluoride supplements. To date, the pathogenesis has not been fully clarified, and there is also no protocol for the treatment of pre-eruptive resorption in children. The article provides an analysis of clinical manifestations and describes the causes of pre-eruptive resorption. **The aim of this study** is to study the literature sources on the research works of domestic and foreign authors describing pre-eruptive resorption in childhood, and to analyze clinical cases. **Material and methods.** A systematic literature search was conducted in two electronic databases - PMC and Elibrary. The search was limited to articles published in the last 5 years. The selection of articles for review was carried out at the first level by title and Abstract. The full texts of the selected articles were then examined and the relevant articles were selected for inclusion in this review. The selected articles were critically evaluated to assess their quality. **Results.** In earlier literary sources, this lesion was confused with caries and was mistakenly called "hidden caries". Most often, peers are detected during a bite change. It was found that the prevalence of PER primarily affects the first premolar and the second and third molars of the mandible. There are three types of PEER defects. With a type I defect, the lesion affects less than one third of the thickness of the dentin. In a type II defect, the radioluminescent region extends from one-third to two-thirds of the thickness of the dentin. As for the type III defect, it expands beyond two thirds of the width of the dentin thickness. This lesion can progress through the dentin in three-dimensional directions, weakening the enamel, and be stopped before the pulp reaches the pre-dentin layer. **Conclusion.** Early diagnosis of PEIR is important by including panoramic images in the consultation protocol, its follow-up and, if necessary, therapeutic measures. Comprehensive treatment allows for a clinical assessment of the tooth surface and, therefore, to make a more informed decision about restoration or monitoring.

Keywords: pre-eruptive intracoronal resorption, resorptive defect, periapical digital radiography.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время, наряду с различными заболеваниями зубов и пародонта в детском возрасте могут наблюдаться резорбтивные процессы. Презеруптивная интракорональная

резорбция (ПЭР) встречается редко, в основном, развивается в ретинированных зубах, однако ее распространённость растёт и составляет около 1,55–7,8% [1]. Корреляций между этим явлением и факторами расы, медицинского статуса, системных заболеваний или употребления фтористых добавок не зарегистрировано. На сегодняшний день патогенез не выяснен до конца, также нет протокола для лечения преруптивной резорбции у детей. В статье приведен анализ клинических проявлений и описаны причины возникновения преруптивной резорбции.

Цель исследования – изучить литературных источников по научно-исследовательским работам отечественных и зарубежных авторов, описывающих преруптивную резорбцию в детском возрасте, и провести анализ клинических случаев.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Систематический поиск литературы проводился в двух электронных базах данных - РМС и Elibrary. Поиск ограничивался статьями, опубликованными за последние 5 лет. Отбор статей для обзора проводился на первом уровне по заголовку и аннотации. Затем были изучены полные тексты выбранных статей, и соответствующие статьи были отобраны для включения в этот обзор.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Впервые преруптивную резорбцию выявил W.G. Skillen в 1941 г., который описал его как «интрафолликулярный кариес». В более ранних литературных источниках это поражение путали с кариесом и ошибочно называли «скрытым кариесом», «развивающимся кариесом» [1]. Преруптивная резорбция (PICR) — это резорбтивный дефект, часто четко выраженный, расположенный в дентине сразу под дентиноэмалевым соединением на окклюзионной поверхности коронки. Это термин, используемый для описания аномальной, четко очерченной, рентгенопрозрачной области, возникающей в коронковой дентинной ткани непрорезавшихся зубов [2]. Было установлено, что распространённость ПЭИР, в первую очередь затрагивает первый премоляр (55%) и второй и третий моляры нижней челюсти (35%) [3]. Чаще всего, ПЭР обнаруживаются во время смены прикуса. Было обнаружено, что данное состояние встречается у лиц мужского пола чаще (57%), чем у лиц женского (43%), однако в других исследованиях не обнаружили существенных гендерных различий [4]. Однако в литературе есть некоторые случаи, касающиеся поражения первых коренных зубов и клыков. Авторы A. Al-Tuwirqi и W.K. Seow обнаружили, что ПЭИР значительно чаще встречается у детей с задержкой развития зубов [5]. В исследовании M.C. Pina [6] представлен случай ПЭИР у пациентки 8 лет, у которой при панорамной рентгенографии выявили изменение на первом постоянном моляре, представленном радиолюцентной областью дентина на окклюзионной поверхности, простирающейся на мезиальную поверхность [6]. При клиническом обследовании было выявлено, что у пациентки развитие зубных рядов и последовательность прорезывания соответствовали ее возрасту, однако левый нижнечелюстной первый постоянный моляр отсутствовал. Никаких изменений цвета, текстуры или объема на слизистой оболочке не наблюдалось и болевые ощущения у пациентки отсутствовали. На основе клинических и рентгенологических данных поражение было диагностировано как ПЭР. W.K. Seow делит дефекты ПЭР на три типа [7]. При дефекте типа I поражение затрагивает менее одной трети толщины дентина. При дефекте типа II радиолюцентная область простирается от одной трети до двух третей толщины дентина. Что касается дефекта типа III, то он расширяется за пределы двух третей ширины толщины дентина [8]. Данное поражение может прогрессировать через дентин в трехмерных направлениях, ослабляя эмаль, и быть остановлено до достижения пульпы преддентинным слоем [9]. Помимо этого, было проведено исследование около 5000 цифровых панорамных рентгенограмм детей и подростков в возрасте до 14 лет, были полученные следующие данные: большинство поражений были ограничены менее чем одной третью толщины дентина (74%), дистальным аспектом коронки (45,1%). Наиболее частым фактором диагностирования являлся кариес зубов в предыдущем молочном зубе (9,9%) [10].

Рассмотрим один из клинических случаев.

Мальчик, 7 лет. У пациента прорезался первый постоянный моляр, поражение больше распространено на дистальной поверхности коронки, значит бугор отличается синевато-фиолетовый. Резорбция была обширной, что лист эмали резобировался. Закрыли зуб материалом IRM, далее пациент был направлен на кафедру. Зуб в зубном ряду был повернут, произошло поражение эпителия. Клинически зуб не проявлял себя никак. Врачи хотели удалить, мама была против. Была убрана пломба, обнаружена масса, лист эмали был очень тонким. Ткань в полости резорбции была удалена экскаватором. После удаления ткани были обнаружены 3 точки. Изначально врачи предполагали, что это каналы, но оказались рога пульпы. Было принято решение покрыть материалом «Biodentin», так как он держит окклюзионную поверхность в течение 3 месяцев. «Biodentin» сохранился, зуб не болел, перкуссия безболезненна, далее зуб был перекрыт композитом, через 3 месяца корни развиваются, через 36 месяцев зуб встал в прикус, все сохранилось, при этом у пациента проводилось ортодонтическое лечение.

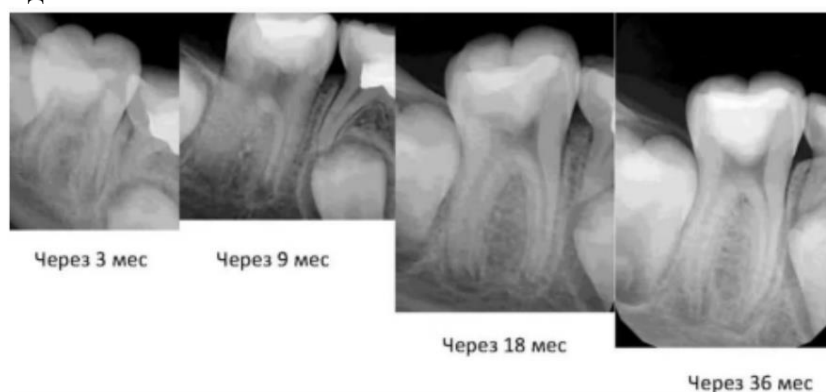


Рис. 1. Динамика лечения преруптивной резорбции первого постоянного зуба.

ОБСУЖДЕНИЕ

Обнаружено, что основными причинами возникновения преруптивной резорбции являются внедрение инфекции или повреждение, приводящее к тому, что клетки из костной ткани попадают на дентин, и наступает резорбция [11]. Чаще всего, страдают зубы, которые находятся в неправильном положении в челюсти – это ретинированные или же развернутые зубы. Считается, что корень соседнего зуба, когда начинает расти, повреждает капсулу, то есть редуцированный слой, и возникает проникновение клеток. В зависимости от прогрессивности характера выделяют два типа ПЭР: прогрессивный (развивающийся) и непрогрессивный (статический) [12]. С гистологической точки зрения выявлено, что такие клетки, как остеокласты, хронические воспалительные клетки могут способствовать резорбции кальцинированной зубной ткани [13]. Диагностировать преруптивную резорбцию нужно заранее, предпочтительнее будут цифровые методы исследования, в частности компьютерная томография. Рентгенографически визуализируется как радиолюцентная интракорональная область вблизи дентиноэмалевого соединения [13]. В качестве дополнительных методов используют лазерную люминесценцию, светорассеяние, измерение электрического сопротивления и цветопоглощение [14]. Лечение преруптивной резорбции направлено на полное удаление всей резорбтивной ткани, основной целью которой является восстановить функцию и эстетику зуба на длительный срок [15]. Многие исследователи убеждены, что данное поражение требует хирургического вмешательства, препарирования дефектов с последующим наложением гидроксида кальция и восстановлением стеклоиономерным цементом [16]. Однако выяснено, что гидроксид кальция не удобен при работе с данной патологией. Он практически не соединяется с дентином, имеет слабые механические свойства, химически не стабильный [17]. Исходя из этого, предпочтительнее будет МТА – это природный материал, который производится из известняка глины и гипса путем обжига [18]. Использование МТА при формировании дентинного мостка будет более прогнозируемое, чем при использовании гидроксида кальция [19]. Помимо этого, он имеет высокую устойчивость к сжатию и имеет низкую пористость, тем не менее, он имеет недостаток – окрашивание зубов,

что, в свою очередь, нарушает эстетику. После прорезывания зубы восприимчивы к развитию кариеса [20], это связано с тем, что микроорганизмы быстро заселяются, поэтому важно постоянно контролировать зуб.

ВЫВОДЫ

1. Важны ранняя диагностика ПЭИР путем включения панорамных снимков в протокол консультации, ее последующее наблюдение и при необходимости проведение лечебных мероприятий.

2. Комплексное лечение позволяет провести клиническую оценку поверхности зуба и, следовательно, принять более обоснованное решение о восстановлении или мониторинге.

3. Необходимо рассматривать прогрессирующий характер дефекта, предрасположенность пациента к кариесу, соблюдение стоматологической помощи.

4. Лечение ПЭИР в основном состоит из рентгенологического наблюдения до прорезывания пораженного зуба, и только после прорезывания зуба проводится оперативное вмешательство.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Особенности своевременной диагностики и лечения скрытого кариеса / А. С. Питиримова, А. В. Московский, Е. М. Лузикова, О. И. Московская // Вопросы развития и совершенствования санаторно-курортного комплекса регионов России : Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Чебоксары, 12 марта 2021 года. – Чебоксары: Государственное автономное учреждение Чувашской Республики дополнительного профессионального образования «Институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (ГАУ ДПО "Институт усовершенствования врачей" Минздрава Чувашии), 2021. – С. 239-242.
2. Лечение преруптивной интракорональной резорбции первого моляра / А. С. Питиримова, А. В. Московский, Е. М. Лузикова [и др.] // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2021. – Т. 16, № 2. – С. 581-588.
3. Рабинович, И.М. Сочетанная внутренняя и наружная резорбция корня зуба / И.М. Рабинович, М.В. Снегирев, Ч.И. Мархеев. // Клиническая стоматология. - 2018. – Т. 1, № 6. – С. 52–55
4. Рабинович, И. М. Резорбция корня зуба - этиология, патогенез, лечение / И. М. Рабинович, М. В. Снегирев, Ч. И. Мархеев // Стоматология. – 2019. – Т. 98, № 3. – С. 109-116.
5. Лосев К.В. Эпидемиология и микробиология воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта в детском возрасте / К.В. Лосев, М.А. Верендеева, Т.В. Костякова. // Актуальные проблемы в медицине. - 2022. – Т. 11, № 1. – С. 166–177.
6. Preemptive Intracoronary Radiolucency in First Permanent Molar / M.C. Ilha, P.F. Kramer, S.H. Ferreira, H.C. Ruschel. // Int J Clin Pediatr Dent, 2023. – Т. 7, № 2. – P. 151–154.
7. Seow, W.K. Preeruptive intracoronary resorption as an entity of occult caries / W.K. Seow // Pediatr Dent. - 2000. – Т. 1, № 2. – P. 370–376
8. Manmontri, C. Preeruptive Intracoronary Radiolucencies: Detection and Nine Years Monitoring with a Series of Dental Radiographs / C. Manmontri, P.M. Mahasantiya, P. Chompu-Inwai. // Case Rep Dent. - 2021. – Т. 2, № 9. – P. 324.
9. Pre-eruptive Intracoronary Resorption (PEIR): literature review and case report / S. Omar, J. Choi, B. Nelson [et al.]. // J Calif Dent Assoc. - 2020. – Т. 4, № 3. – P. 255–260.
10. Unrevealed Caries in Unerupted Teeth: A Prevalence Study: Contemp Clin Dent / S. Konde, C.S. Sri Darshini, M. Agarwal, P. Peethambar. // Contemp Clin Dent. - 2020. – Т. 11, № 2. – P. 150.
11. Pre-eruptive intracoronary resorption in a third upper molar: clinical, tomographic and histological analysis / R. Lenzi, M. F. Marceliano-Alves, F.R. Pires [et al.]. // Aust Dent J. - 2022. – Т. 1, № 7. – P. 223-227.
12. Al-Tuwirqi, A. A Controlled Study of Pre-Eruptive Intracoronary Resorption and Dental Development / A. Al-Tuwirqi, W.K. Seow. // J Clin Pediatr Dent. - 2020. – Т. 5, № 4. – P. 374-380.
13. Ari, T. Management of "hidden caries": a case of severe pre-eruptive intracoronary resorption / T. Ari. // J Can Dent Assoc. - 2020. – Т. 4, № 8. – P. 80.
14. Gera, A. Diagnosis and Management of Hidden Caries in a Primary Molar Tooth / A. Gera, U. Zilberman. // Int J Clin Pediatr Dent. - 2021. – Т. 6, № 3. – P. 99-102.
15. Skillen, W.G. So-called «Intra-follicular caries» / W.G. Skillen. // Ill Dent J. - 1941. – Т. 5, № 3. – P. 307–308.
16. Wong, L. Occult caries or pre-eruptive intracoronary resorption. A chance finding on a radiograph / L. Wong, S. Khan. // Pediatric Dent. - 2021. – Т. 1, № 6. – P. 429–432.
17. Preeruptive intracoronary radiolucency caused by resorption: Report of a case / M.K.Yamada, Y. Taguchi, J. Watanabe, T. Noda. // Eur J Paediatr Dent. - 2019. – Т. 7, № 11. – P. 79–82.
18. Management of infected immature permanent tooth with preeruptive intracoronary resorption: two case reports/ S. Yang, J. Kim, N. Choi, S. Kim. // J Korean Acad Pediatr Dent. - 2021. – Т. 2, № 2. – P. 220–227.
19. Zilberman, U. Molar incisor hypomineralization and pre-eruptive intracoronary lesions in dentistry-diagnosis and treatment planning / U. Zilberman, J. Hassan, S. Leiboviz-Haviv. // World J Stomatol. - 2022. – Т. 1, № 13. – P. 20–27.
20. A 3000 year old case of an unusual dental lesion: Pre-eruptive intracoronary resorption / U. Zilberman, I. Milevski, D. Yegorov, P. Smith. // Arch Oral Biol. - 2021. – Т. 9, № 6. – P. 97–101.

Сведения об авторах

А.Э. Оджаква * – студент стоматологического факультета

И.С. Тамоева – студент стоматологического факультета

Е.С. Иощенко – доцент кафедры, кандидат медицинских наук

Information about the authors

A.E. Odzhakova * – Student of Dentistry Faculty
I.S. Tamoeva – Student of Dentistry Faculty
E.S. Ioshchenko – Associate Professor, Candidate of Sciences (Medicine)
*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
aysel.odzhakova@mail.ru

УДК: 616.314 – 001.5

ТРАВМА ВЕРХНИХ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ У ДЕТЕЙ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ

Плотникова Татьяна Владимировна, Плотников Александр Сергеевич

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Травма зубов – распространенная патология зубочелюстной системы среди детей. Она приводит к морфологическим и функциональным нарушениям нормального развития лицевого скелета ребенка. Помимо бытовых причин травмы зубов отдельное место занимает ортодонтическая патология. Так у детей с дистальной окклюзией и протрузией верхних постоянных резцов (II класс I подкласс по Энглю) травма встречается намного чаще, чем у детей с физиологической окклюзией. **Цель исследования** – проанализировать частоту встречаемости травм зубов при дистальном соотношении челюстей с протрузией верхних резцов. **Материал и методы.** В ходе исследования были проанализированы более 35 научных работ отечественных и зарубежных авторов для получения информации об актуальности проблемы травмирования верхних постоянных резцов у пациентов с дистальным соотношением челюстей. **Результаты.** Данное исследование показало, что дистальный прикус является самой распространенной зубочелюстной аномалией на сегодняшний день. Травма верхних постоянных резцов является одним из наиболее частых осложнений выступающих резцов верхней челюсти при дистальной окклюзии. **Выводы.** Дистальный прикус – одна из самых распространенных патологий ЗЧС у детей, чаще всего она сопровождается протрузией верхних резцов. Наиболее частое осложнение данной патологии – острая травма данных зубов.

Ключевые слова: травма зубов, дистальный прикус, протрузия верхних резцов, II класс I подкласс по Энглю, дети.

TRAUMA OF THE UPPER PERMANENT INCISERS IN CHILDREN WITH DISTAL OCCLUSION

Plotnikova Tatyana Vladimirovna, Plotnikov Alexandr Sergeevich

Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Dental trauma is a common pathology of the dental system among children. It leads to morphological and functional disorders in the normal development of the child's facial skeleton. In addition to everyday causes of dental trauma, orthodontic pathology occupies a special place. Thus, in children with distal occlusion and prominent of the upper permanent incisors (class II division 1 Angle), trauma occurs much more often than in children with physiological occlusion. **The aim of the study** - to analyze the incidence of dental injuries in the distal relationship of the jaws with protrusion of the upper incisors. **Material and methods.** During the study, more than 35 scientific works of domestic and foreign authors were analyzed to obtain information about the relevance of the problem of injury to the upper permanent incisors in patients with a distal jaw relationship. **Results.** This study showed that distal occlusion is the most common dental anomaly today. Trauma to the upper permanent incisors is one of the most common complications of protruding maxillary incisors due to distal occlusion. **Conclusion.** Distal bite is one of the most common pathologies of the cervical jaw in children; most often it is accompanied by protrusion of the upper incisors. The most common complication of this pathology is acute trauma to these teeth.

Keywords: dental trauma, distal occlusion, prominent of the upper teeth, class II division I malocclusion, children.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы травма зубов встречаются гораздо чаще [1]. Травма зубов – это результат однократного или многократно повторяющегося, постоянного действия повреждающего фактора, приводящего к нарушению анатомической целостности и