

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, И ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Введение

Лечение зубов у детей и подростков после травмы является одной из наиболее актуальных проблем стоматологии. Это обусловлено большой распространенностью данной патологии, сложностью диагностики и комплексной реабилитации таких пациентов, а также высокой частотой развития осложнений в отдаленные сроки [1, 2]. В большинстве случаев при травме зубов важно своевременно оказать соответствующую неотложную помощь. Не последнюю роль играет также динамическое диспансерное наблюдение за таким ребенком с целью предупреждения развития осложнений и проведения соответствующих лечебных мероприятий. Недостаточная санитарная образованность населения, отсутствие опыта в некоторых врачей, технические и психологические сложности лечения травмированных зубов у детей приводят к низкой эффективности лечения, развития деструктивно-воспалительного процесса в костной ткани и удаления постоянных зубов, а также нарушения развития зубочелюстной системы ребенка в целом [5]. В отечественной литературе недостаточно освещены вопросы отдаленных последствий острой травмы зубов у детей и необходимость их комплексного лечения. В имеющихся публикациях обычно описаны отдельные клинические случаи или результаты применения определенных материалов для пломбирования корневых каналов, и изготовление ортопедических конструкций [4].

Цель работы: изучить причины развития посттравматических осложнений после острой травмы постоянных зубов у детей и подростков в отдаленные сроки их лечения и провести анализ предоставления им стоматологической помощи.

Методы, объекты исследования

Нами было принято на лечение и проведен анализ 26 историй болезни пациентов (18 мальчиков и 8 девочек), что обращались с травмой зубов к врачам различных поликлинических отделений г. Киев. Возраст обследованных детей варьировал от 7 до 16 лет. Информацию об обстоятельствах травмы и оказанную неотложную стоматологическую помощь получали при опросе родителей, а также

изучении выдержек из историй болезни медицинских учреждений где предоставлялась стоматологическая помощь. Правильность выбранного врачом метода терапии мы оценивали согласно руководящим принципам оценки и лечения травматических повреждений зубов, разработанных ведущими специалистами международной ассоциации дентальной травматологии [3]. Обследование детей проводили по общепринятой методике. Рентгенологическое исследование проводилось при обращении и на этапах лечения путем получения прицельных внутренне ротовых рентгенологических снимков, ортопантомограммы и, в отдельных случаях, компьютерной томографии.

Результаты

Большое значение имело в развитии осложнений, как показали данные проведенного нами исследования, время, прошедшее с момента травмы зубов и обращения пациента к врачу. Самые ранние осложнения — со стороны пульпы, которые развивались уже в течение первого месяца. В обследованных пациентов данный показатель варьировал от 1 месяца до нескольких лет. При этом в 57,7% пациентов давность травмы составляла 1–6 месяцев, в 26,9% — от 7 месяцев до 1 года, а в 15,4% — более года.

Определить количество травмированных зубов, сразу после травмы, достаточно сложно, поэтому травма одновременно нескольких зубов оставалась часто диагностированной врачом. При обследовании детей в отдаленные сроки после получения ими травмы, мы учитывали также количество у каждого из них травмированных зубов с осложнениями. Так, в 38,5% пациентов был травмирован один зуб, у 50,0% — два зуба, а в 11,5% лиц последствия травмы в виде развития осложнений диагностировали в области трех зубов. Общее число травмированных зубов составило 45, из них: 73,3% — центральные резцы верхней челюсти; 17,8% — боковые резцы верхней челюсти; 8,9% — резцы нижней челюсти. При первичном обращении сразу после травмы врачами были выявлены следующие повреждения зубов: перелом коронки — 62,3%; перелом корня — 9,8%;

только ушиб зуба или неполный вывих без смещения — 18,5%; неполный вывих со смещением — 11,2%; полный вывих — 7%; сочетание повреждения зубов с травмой альвеолярных отростков и челюстей у 12,2% пациентов. Кроме того, 8 пациентов (30,1%) вообще не обращались к врачу за стоматологической помощью после травмы, а уже после развития осложнений (через 2–3 года). В 18 случаях (69,2%) были допущены ошибки врачей при проведении обследования и лечения пациентов, в частности, в 15,1% случаев врачи не оказали соответствующей неотложной помощи детям с острой травмой зубов; в 8,6% случаев проведена полная диагностика, поэтому часть поражений не была своевременно обнаружена. В 32% пациентов врачи выбрали неправильную тактику лечения, что привело к развитию осложнений в отдаленных сроках после травмы, в 18% случаев не проводилось необходимое плановое наблюдение за детьми после полученной ими травмы зубов.

Основными причинами повторного обращения пациентов и их родителей в медицинское учреждение после развития осложнений травмы зубов в 30,8% случаев служили, боль при накусывании на зуб; в 34,6% — припухлость десен; 11,5% — наличие свища или подвижность зубов; в 23,1% — неудовлетворительная эстетика.

При лечении отдаленных осложнений травмы зубов в 90,1% случаев необходимо было проведение эндодонтического лечения. В некоторых зубах данный вид лечения уже проводился, однако каналы качественно запломбированными оказались только в 9,9% пациентов. Только в 31,8% случаев было возможным проведение постоянного пломбирования каналов зубов, тогда как лечение 59,1% зубов требовало многоэтапной комплексной терапии корневых каналов с использованием препаратов гидроксида кальция.

Потребность в проведении хирургического вмешательства в комплексной реабилитации детей с последствиями травмы постоянных зубов возникла в 47,1% случаев. В частности, в 8,9% уже на этапе планирования лечения было принято решение об удалении травмированного зуба, в 15,1% проводилась резекция вер-

хушки корня, в 7,2% — электрофульгурация (с помощью электрохирургического устройства — «Электрофульгуратор», разработанный проф. Дорошенко С.И. и соавторами (патент на полезную модель № 57843 от 10.03.2011).

Что касается начала ортодонтического лечения пациентов с травмой зубов, которые имеют зубочелюстные аномалии, то лечебная тактика была следующей. В 52,9% случаев ортодонтическое лечение начинали через 1–2 лет после травмы с учетом состояния тканей пародонта на участке поражения. В 17,1% случаев аппарат изготавливался после окончания терапевтического и хирургического лечения через 6–8 месяцев после травмы зубов (перелом корня, вывих). У 30% детей (в основном при переломах коронок зубов) ортодонтический аппарат изготавливали сразу после завершения эндо-

донтического лечения и восстановления целостности коронковой части зуба.

Для окончательного восстановления формы травмированных зубов в 67% случаев были использованы композитные реставрации, в 33% — ортопедические конструкции (искусственные коронки, мостовидные протезы). Каждый случай травмы зубов у детей требовал тщательного планирования диагностических и лечебных мероприятий с участием специалистов различного профиля, так врачу терапевтического профиля сложно предвидеть все нюансы в ходе лечения и прогнозировать отдаленные его результаты.

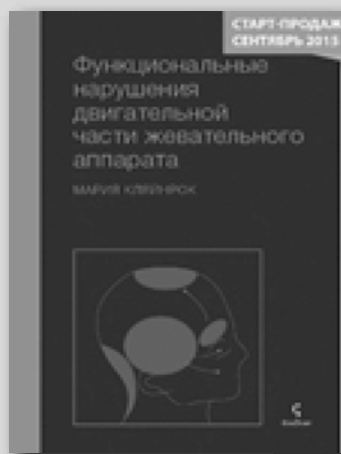
Выводы

Таким образом, причиной развития посттравматических осложнений зубов у детей и подростков в 37,2% случаев является несвоевременное обращение

пациентов к врачу, в 15% — отсутствие динамического наблюдения. Ошибки стоматологов на этапах диагностики и лечения детей с травматическими повреждениями зубов встречаются в 62,8% случаев. Лечение отдаленных осложнений, связанных с травмой зубов, требует проведения длительного комплексного лечения с участием врачей различного стоматологического профиля, а также диспансерного наблюдения за пациентом и рациональной компенсации дефекта с достижением оптимального эстетического результата. Одну из основных ролей в профилактике осложнений травм зубов у детей играет своевременно проведено, согласованное с участием соответствующих специалистов, лечение с учетом возраста пациента, состояния окружающих тканей травмированного зуба и зубочелюстной системы в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Виноградова Т.Ф. Стоматология детского возраста: руководство для врачей. М.1987. - С. 440-465.
2. Еловицова А.Н., Гвоздева Л.М., Белкина Л.А., Королькова Е.Н. Ближайшие и отдаленные результаты лечения зубов у детей после травмы. // Стоматология. 1995, т.74 бы- №1. - С. 57-59.
3. Flores M.T., Andersson L., Andreassen J.O. Guidelines for the management of traumatic dental injuries I. Fractures and luxations of permanent teeth //Dental traumatology. - 2007. - Vol. 23(2). - P. 66-71.
4. Giuliani V, Baccetti T., Pace R., Pagavino G. The use of MTA in teeth with necrotic pulps and open apices /Dental Traumatology. - 2002. - Vol. 18. - P. 217-221.
5. Welbury R.R., Kinirons M.J., Day P., Gregg T.A. Outcome for root – fractured permanent incisors: a retrospective study /Pediatric dentistry. – 2002. - Vol. 24. - P. 89-102.



ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ЧАСТИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Мария Кляйнрок

Издательство: ГалДент
К-во страниц: 256 с., 108 илл., твердый
Год издания: 2015

Книга, способствующая более успешной диагностике и лечению функциональных нарушений жевательного аппарата, распространению способов предотвращения сопутствующих заболеваний.

Советы известного специалиста, профессора Марии Кляйнрок, по методикам диагностики и лечения дисфункций двигательной части жевательного аппарата в доступной форме, на примерах из собственного многолетнего опыта.

По вопросам приобретения обращайтесь:

ГалДент
ИЗДАТЕЛЬСТВО

<http://galdent.com.ua>

СП «Промед»
тел. 0(44) 278-73-64

ФЛ-П Сидоренко В.С.
тел. 0(67) 449-31-24