

УДК 616.314.11.

Ю. Грудзяк-Сековска¹, Г. Богушевска-Ґутенбаум¹, Д. Теодорчик¹, А. Радомска²¹Клініка дитячої стоматології Інституту стоматології Варшавського медичного університету (керівник – к.м.н. Д. Ольшак-Ковальчик)²Клініка ортодонції Інституту стоматології Варшавського медичного університету (керівник – д.м.н. Б. Семіньска-Пекарчик)

Yu. Grudzyak-Sekovska, H Bohushevska-Gutenberg, D. Teodorczyk, A. Radomska

НЕПОВНИЙ ВИВИХ ПОСТІЙНИХ ЦЕНТРАЛЬНИХ РІЗЦІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛПИ. ОПИС ВИПАДКУ

Subluxation of Central Permanent Incisors in the Mandible. Case Description

РЕЗЮМЕ У статті описано модель клінічної методики у випадку часткового вивиху зубів 31, 41 з супутньою травмою прикусу у 8-річного хлопця. Травма сталася під час спортивного тренування. Частково вивихнуті зуби 31, 41 шинували шиною з поліетиленового волокна. З метою уникнення оклюзійної травми різців до моменту виготовлення ортодонтичного апарата підвищили прикус на зубах 36 та 46. Наступного дня, з метою розконтактування зубів, встановили верхню пластинку Шварца з прикусними площинами у бічних ділянках. Через два тижні шину зняли. Пацієнт перебуває під спостереженням ортодонта і проходить періодичні контрольні огляди. У статті звертається увага на необхідність профілактики спортивних травм зубів у молодих пацієнтів.

SUMMARY The study describes a model method of clinical procedure in the case of partial subluxation of teeth 31, 41 in connection with occlusal trauma an 8-year-old boy. The traumatic incident occurred during a sports training session. The subluxation of teeth 31, 41 were splinted using a splint of polyethylene fibre. With the aim of avoiding a traumatic occlusion of the incisors up till the time of making an orthodontic appliance.

The bite on teeth 36 and 46 was raised. The following day, with the aim of disoccluding the teeth, the boy was fitted with a Schwarz plate with occlusal bite planes on the posterior teeth. After two weeks the splint was removed. The patient remains under orthodontic care and attenda for periodic paeodontic control visits. The study draws attention to the necessity of prevention of sports injuries to teeth in young patients.

КЛЮЧОВІ СЛОВА неповний вивих зуба, захисні назубні шини, травма прикусу

KEY WORDS subluxation of teeth, mouthguard, occlusal trauma

У клінічній практиці травми зубів, особливо різців, спостерігаються щоразу частіше і стосуються пацієнтів різного віку [1]. Це спричинене великою руховою активністю дітей та молоді, розвитком транспортних засобів, кількістю аварій та щоденними заняттями спортом [2]. Більшість травм зубів стосується дітей віком до 14 років. Хлопці, внаслідок більшої фізичної активності, зазнають травм зубів удвічі час-

тіше, ніж дівчата [3]. Найчастіше травмуються верхні центральні різці [4]. Вивихи зубів становлять від 15 до 61% всіх травматичних ушкоджень постійних зубів [1]. Вони поділяються на часткові та повні; найчастіше стосуються центральних різців верхньої щелепи (рідше різців нижньої щелепи), а деколи вони супроводжуються переломами коронки або кореня зуба. Їх діагностують на під-

ставі клінічних та радіологічних досліджень.

Часткові вивихи мають п'ять різних видів. Andreasen розрізняє:

1.Струс зуба (concussion) – травма пародонта без помітного збільшення рухомості зуба і без його зміщення.

2.Неповний вивих зуба (subluxatio) – підвищена рухомість зуба без зміщення.

3. Вбивання зуба вглиб тканин (intrusion) – зміщення зуба вздовж його довгої осі доверхівково.

4. Екструзія зуба з лунки (extrusion) – зміщення зуба вздовж його довгої осі докоронково.

5. Бічне зміщення (luxatio lateralis) – зміщення зуба у довільному напрямку від його довгої осі.

Постійне зростання спортивної конкуренції, тенденція до побиття рекордів, щоразу більша популярність екстремальних видів спорту та брутальнізації в деяких спортивних дисциплінах є причиною великої кількості травм у ділянці лицевої частини черепа. Ці травми становлять від 4 до 18% усіх спортивних травм, а пошкодження зубів найчастіше серед них (> 50%) [5].

Мета роботи – розгляд методики лікування 8-річного пацієнта з неповним вивихом зубів 31, 41, отриманим під час спортивного тренування.

Опис випадку

Хлопець, 8 років, здоровий, звернувся в Клініку дитячої стоматології Інституту стоматології Варшавського медичного університету через 6 днів після травми нижніх центральних різців. Травмування відбулося під час тренування з дзюдо, хлопець не мав захисної шини на зубах.

З анамнезу відомо, що в день отримання травми хлопця проконсультував лікар-стоматолог, який рекомендував спостерігати за зубами. Пацієнт висловлював скарги на біль нижніх різців при дотику.

Під час зовнішньоротового дослідження не спостерігали відхилень від норми. Під час клінічного внутрішньоротового дослідження виявлено змішаний прикус, значні на зубні відкладення, запальний стан крайових ясен. Зуб 31 – II ступінь рухомості, а зуб 41 – I ступінь. Обидва зуби болісні при перкусії вздовж



Мал. 1. Стан зубів пацієнта в день після усунення зубного нальоту під час першого відвідування в Клініці дитячої стоматології ІС ВМУ



Мал. 3. Верхня пластинка Шварца з накусувальними площинами в бічних ділянках

вертикальної та поздовжньої осі. Реакція вітальності пульпи зубів 31 та 41 за допомогою хлоретилу – негативна. Діагностовано травму прикусу на ділянці зубів 21 та 31, а також зруйновані карієсом коронки перших і других молочних молярів (мал. 1).

Зробили рентгенівський знімок центральних різців нижньої щелепи та зубів-антагоністів. На рентгенограмі постійних різців верхньої щелепи патології немає. Періодонтальна щільна на постійних різців нижньої щелепи в нормі. Розміщення зубів 31 та 41 в лунці в нормі.

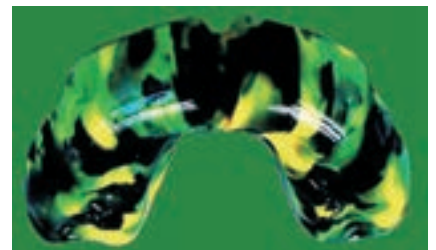
Всі зуби очистили від зубного нальоту. Після цього різці нижньої щелепи стабілізували напівтвердою шиною з матеріалу Construct™ («Kerr Have») з поліетиленових волокон, застосовуючи композитний матеріал Filtec Flow («3M ESPE») (мал. 2). Шина охоплювала шість постійних різців нижньої щелепи. З метою розконтактування зубів 31 та 21 підняли – з застосуванням композитного матеріалу – оклюзія на жувальних поверхнях зубів 36, 46. Пацієнта інструктували щодо гігієни порожнини рота.



Мал. 2. Напівтверда шина з поліетиленового волокна



Мал. 4. Накусувальні площини пластини Шварца, які розконтактовують зуби в бічній ділянці



Мал. 5. Індивідуальна захисна шина порожнини рота

Рекомендована така методика:

- застосування м'якої дієти протягом 2 тижнів;
- регулярне проведення гігієнічних заходів;
- полоскання хлорексидином 3 рази на день;
- контрольний візит через 7 днів.

Батьків поінформували про можливість виникнення ускладнень, ймовірність появи яких збільшувалась у випадку недотримання рекомендацій та необхідності терапевтичного лікування зубів з каріозними порожнинками.

Пацієнта скерували на лікування в Клініку ортодонції Інституту стоматології Варшавського медичного університету, де зняли відбитки для ви-

готовлення апарата. Наступного дня пацієнтові усунули композитний матеріал, який піднімав прикус і встановили верхню пластинку Шварца з накусувальними площинами у бічних ділянках, які розконтактовують різці (мал. 3, 4).

На чергових візитах контролювали вітальність центральних нижніх різців, суміжних зубів та зубів-антагоністів, також поступово лікували зуби з каріозними порожнинами. Шину, яка фіксувала різці нижньої щелепи, зняли через два тижні. Зуби 31, 41 не виявляють патологічної рухомості та нормально реагують на хлоретил. Пацієнт продовжує ортодонтичне та терапевтичне лікування.

Обговорення

Поширеність травм зубів у дітей та молоді призводить до того, що кожен лікар-стоматолог має шанс зіткнутись з цією проблемою. Неповний вивих зуба є частою травмою. Він характеризується хорошим прогнозом та довготерміновим збереженням зуба в порожнині рота за умови усунення уражених ділянок та застосування відповідного лікування якнайшвидше після травми [6].

Шинування є стандартною методикою у випадку неповного вивиху зуба [7]. Зазвичай шину накладають на 2 тижні. При різномірному ураженні застосовують шинування на період, рекомендований для решти травмованих зубів.

Якщо вивихнутий зуб знаходиться в оклюзії, то слід його виключити, наприклад, шліфуючи зуб (зуби) антагоністичного або піднятого прикусу в бічній ділянці. В анамнезі та клінічному зовнішньоротовому дослідже-

нні слід звертати увагу на вади прикусу, парафункції та дисфункції [8]. Усі ці чинники, якщо їх не усунути, роблять неможливим загоювання та стабілізацію зуба [9].

М'якої дієти необхідно дотримуватись приблизно 14 днів з моменту отримання травми.

Умовою належного загоювання є також правильна гігієна. Чищення зубів щіткою потрібно розпочати якомога швидше після травми. Рекомендовано також застосування ополіскувачів, спреїв або гелів з хлорексидином [10].

З метою оцінки змін, які відбуваються у тканинах зубів та пародонта, клініцисти рекомендують регулярні контрольні візити протягом першого року – через 2, 4, 6–8 тижнів та 12 місяців від травми. У наступні роки контроль не вимагається [11]. Надзвичайно істотною є теж тісна співпраця дитячого стоматолога з ортодонтом. Метою ортодонтичного лікування є забезпечення оптимальних анатомічних та оклюзійних умов без травматичних ділянок.

Важлива також профілактика травм лицевої частини черепа. Одним з найефективніших заходів є захисна шина (mouthguard) [12]. Вона не тільки захищає зуби, але завдяки поглинанню та розпорошенню сили удару, запобігає також травмуванню м'яких тканин, пошкодженню скронево-нижньощелепного суглоба, перелому верхньої та нижньої щелепи. Зменшує також ризик виникнення струсу мозку [6]. Американська Асоціація Стоматологів повідомляє, що лише у шкільному американському футболі назубна захисна шина запобігає 200 000 травм на рік [13]. Тепер особливо

наголошують на потребі популяризації захисних шин не тільки в контактних видах спорту, але і в дисциплінах, які не вважаються травматичними (мал. 5).

На ринку доступні три види шин [14]:

1. Stock (заводського виготовлення, готові до використання) – доступні трьох розмірів, нестабільні в порожнині рота, ускладнюють дихання та мовлення.

2. Mouth-formed (адаптуються в порожнині рота) – найпопулярніші; після нагрівання такої шини її можна певною мірою допасувати до умов порожнини рота, але вона створює подібні незручності, як готові шини заводського виробництва.

3. Custom-made (індивідуальні) – виготовляють на гіпсових моделях зубних дуг пацієнта, зазвичай з полівініл-октановополіетиленового полімера (EVA), забезпечують комфорт у користуванні.

Необхідно інформувати спортсменів, тренерів, лікарів та батьків про доцільність застосування захисних шин порожнини рота та інших засобів захисту (каска, захисних ременів), а також про способи надання першої допомоги після травми [15, 16]. У випадку травми зубів необхідна найшвидша стоматологічна консультація. Від кожного лікаря-стоматолога вимагається знання класифікації травм зубів та стандартних методик лікування. Це знання дозволяє вибрати правильний спосіб лікування та зберегти власні зуби пацієнта навіть у початково складних випадках. Своєю чергою це уможливіть подальший нормальний розвиток зубів та створить комфорт (також психічний) як пацієнтові, так і його батькам.