

Труфанова В.П., Шешукова О.В., Бауман С.С.

Кафедра дитячої стоматології

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

trufanovav4@gmail.com

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ТРАВМАМИ ЗУБІВ.

Актуальність: Серед зростаючої кількості одонтопатології гостра травма зубів є досить поширеною в різних вікових групах населення, але найчастіше зустрічається у дітей. У дитячому віці травма зубів є причиною екстрених звернень дітей до лікувальних установ і має різну ступінь тяжкості. За даними літератури (В.П.Єфіменко, 2011; J.O.Andreasen, 2010; G.Roberts, B.Scheer, 2010) травматичні ушкодження зубів виявляються у 41-50% дітей дошкільного віку та 26-33% шкільного.

Травми тимчасових зубів частіше спостерігаються у 2-3-річних дітей, що пов'язане з їх допитливістю, прагненням до самостійності і недосвідченістю в поєднанні з відсутністю охоронних і нестійкістю нервово-м'язових рефлексів. Травми постійних зубів частіше зустрічаються у віці 8-12 років, що обумовлено становленням дитини в колективі, початком активних занять спортом, відсутністю належного контролю за поведінкою дітей з боку батьків і вихователів.

Основна причина гострої травми зубів - падіння надмірно активних дітей при неорганізованих іграх, удар різними предметами під час занять ігровими та силовими видами спорту, дорожні травми, конфліктні ситуації серед підлітків. Також фактором, що призводить до травми зубів, є неправильний прикус. У дітей з дистальним прикусом пошкодження передніх верхніх зубів зустрічається в 2,5 рази частіше, ніж у дітей з ортогнатичним прикусом.

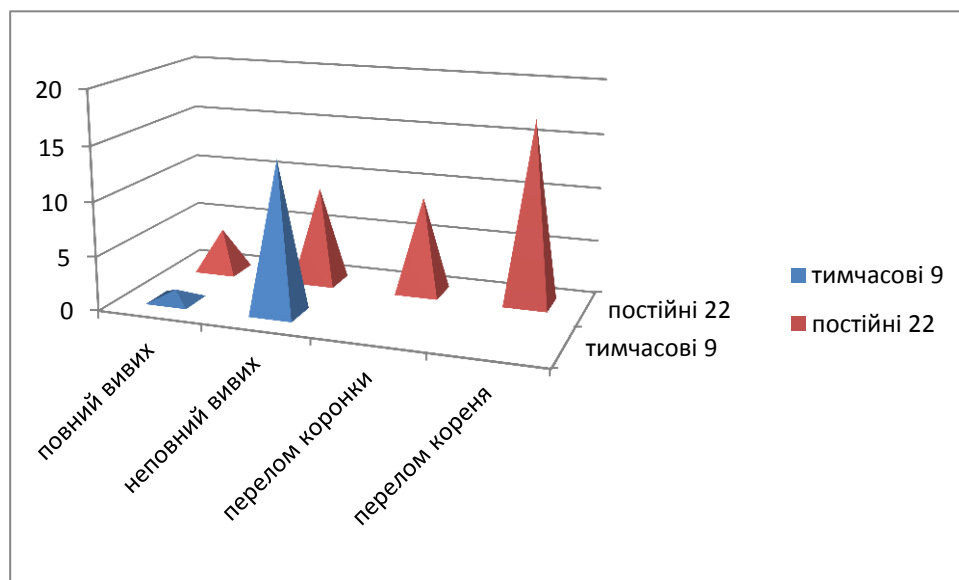
Мета: Визначити структуру гострих травм тимчасових і постійних зубів у дітей, які звернулися в клініку кафедри дитячої стоматології,

проаналізувати застосовані діагностичні та лікувальні заходи при гострій травмі зубів та їх ефективність.

Матеріали та методи дослідження: Об'єктом дослідження стали 31 дитина віком 2-12 років із гострою травмою тимчасових і постійних зубів. Обстеження та лікування проводилось в клініці кафедри дитячої стоматології на базі міської дитячої стоматологічної поліклініки м. Полтави.

Результати та їх обговорення: У 31 дитини, що звернулися в клініку кафедри дитячої стоматології виявлено 54 зуба з гострою травмою. Травмовані тимчасові зуби стали причиною звернення дітей 2-5 років, постійні у 7-12 років. У попередніх наших дослідженнях ми визначили зростання кількості видалених тимчасових зубів у період з 2007 до 2017 рр.. Така ситуація може бути пов'язана із зростанням кількості ускладненого карієсу тимчасових зубів та тим, що тимчасові зуби у дітей в період змінного прикусу в разі травми видаляються без спроби збереження.

Структура травм тимчасових і постійних зубів розрізнялася, так в тимчасових зубах спостерігалися вивихи, як повний так і не повний, а в постійних зубах переломи переважали над вивихами.



На нашу думку, це пов'язано з особливостями анатомії тимчасових зубів, а саме співвідношення висоти коронкової до довжини кореневої частини. Майже всі випадки вивиху носили інтрузивний характер (тимчасові зуби - 29,03%, постійні зуби – 16,1%,). Повний вивих зустрічався значно рідше: 3,22% тимчасових і 9,7% постійних зубів.



Лікувальна тактика гострих травм постійних зубів обиралася відповідно до виду травми. У випадку вивиху постійного зубу, при незначній зміні його положення іммобілізацію зубу здійснювали за допомогою шинування скловолоконною стрічкою (шнуром) Polyglas виробник «ЕСТА», Україна, та фотополімерного композитного матеріалу «Лателюкс флоу» виробник ПП «Латус», Україна, без репозиції його, при значному зміщенні зуба проводили його репозицію та іммобілізацію вищеписаною методикою, з подальшим динамічним спостереженням (рентгенологічне дослідження, термо-і електроодонтодіагностики).



Було проведено шинування 9 вивихнутих зубів, зуби залишалися вітальними, динамічне спостереження проводили через 1 і 3 місяці. Вітальність зубів визначали за реакцією зубу на температурні подразники та за рентгенологічними ознаками, а саме, подальший ріст та формування кореня. У випадку авульсії (повного вивиху зубу), при неможливості провести реплантацію зубу, проводили імобілізацію сусідніх зубів і через 1-3 місяці, пацієнта направляли до лікаря-ортодонта для виготовлення ортодонтичного апарату із штучним зубом для адекватної (соціальної) реабілітації.

Наші спостереження показали, що комплекс сучасної спеціалізованої допомоги постраждалим дітям при гострих травматичних пошкодженнях зубів повинен передбачати їх збереження, що забезпечує в подальшому нормальне формування зубощелепного апарату. При будь-якій травматичній дислокації зуба та переломі коронки і кореня, крім багатоуламкових, травмований зуб при наданні кваліфікованої спеціалізованої допомоги може бути збережений. Для забезпечення цього процесу необхідна тривала, надійна імобілізація пошкодженого зуба в можливо ранні терміни після отримання травми. В якості надійних шинуючих конструкцій при лікуванні дітей з цією патологією ми рекомендуємо застосування скловолоконні шини.