

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

*Закиров Т.В., к.м.н., ассистент кафедры стоматологии
детского возраста и ортодонтии ГОУ ВПО УГМА Росздрава,
г. Екатеринбург*

*Мягкова Н.В., к.м.н., доцент кафедры стоматологии
детского возраста и ортодонтии ГОУ ВПО УГМА Росздрава,
г. Екатеринбург*

*Шадрина У.Е., врач-стоматолог детского отделения
многопрофильной стоматологической поликлиники ГОУ ВПО
УГМА Росздрава, г. Екатеринбург*

Острая травма зубов у детей является одной из наиболее актуальных проблем стоматологии [2, 5]. В отечественной литературе недостаточно освещены вопросы отдаленных последствий острой травмы зубов и их комплексного лечения. В имеющихся публикациях обычно описаны отдельные клинические случаи или результаты применения конкретных материалов [1, 3, 4].

Целью нашей работы было изучить особенности развития отдаленных последствий острой травмы постоянных зубов у детей и провести анализ оказания медицинской помощи при данной патологии.

Материалы и методы

Для этого нами был проведен ретроспективный анализ 88 историй болезни пациентов (60 мальчиков и 28 девочек), обратившихся с последствиями острой травмы зубов в детское отделение многопрофильной стоматологической поликлиники УГМА. Возраст обследованных детей варьировал от 7 до 16 лет и в среднем составил $10,2 \pm 1,4$ лет. В диагностике использовали сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, клиническое обследование с проведением осмотра, пальпации, зондирования, перкуссии, определения подвижности зубов, а также изучение рентгенограмм и контрольно-диагностических моделей.

Результаты и обсуждение

Наиболее ранние осложнения со стороны пульпы, по мнению большинства авторов, развиваются уже в течение первого месяца. У обследованных пациентов этот показатель варьировал от 1 месяца до 7 лет и в среднем был равным $1,2 \pm 0,4$ года. При этом у 40,9% пациентов давность травмы составила 1–6 месяцев, у 31,8% – от 7 месяцев до 1 года, а у 27,3% – более года.

У 40,9% больных был травмирован один зуб, у 45,4% – два зуба, у 13,6% человек последствия травмы в виде развития осложнений диагностировались в области 3 зубов. Общее число травмированных зубов составило 152. Из них 81,8% – центральные резцы верхней челюсти, 27,3% – боковые резцы верхней челюсти, 13,6% – резцы нижней челюсти. При первичном обращении сразу после травмы врачами были выявлены следующие повреждения зубов: перелом коронок – 72,7%; перелом корня – 11,3%; только ушиб зуба или неполный вывих без смещения – 22,7%; неполный вывих со смещением – 13,6%; полный вывих – 9%; сочетание повреждения зубов с травмой альвеолярных отростков и челюстей – 12,5%.

Характерно, что 28 человек (31,8%) не обращались к врачу за помощью в ближайшее время после травмы и обратились только после развития осложнений в отдаленном периоде. Из шестидесяти обратившихся в 44 случаях (73,3%) были выявлены ошибки врачей в обследовании и лечении пациентов. Так, в 13,3% случаев врачи не оказали неотложную помощь детям с острой травмой зубов, в 6,6% случаев была проведена неполная диагностика, которая привела к тому, что часть повреждений не была выявлена. У 33,3% пациентов врачами была выбрана неправильная тактика лечения, а в 20% случаев отсутствовало необходимое динамическое наблюдение.

Причиной повторного обращения пациентов и их родителей в медицинское учреждение после развития осложнений травмы зубов в 31,8% случаев стала боль при накусывании на зуб, в 36,3% – припухлость десны, по 22,7% – наличие свища или подвижность зубов, в 27,3% – неудовлетворительная эстетика.

После обследования пациентов в области 86,4% зубов был диагностирован хронический гранулирующий периодонтит. Размер очага деструкции на рентгенограмме был менее 0,5 см в области 36,3% зубов; от 0,5 до 1 см – в области 45,5% зубов; от 1 до 2 см – в области 11,4% зубов и более 2 см – в области 6,8% зубов. У 27,3% зубов была выявлена патологическая резорбция корня. При этом у 48% зубов корень был сформирован, у 52% – не сформирован. Клинический диагноз травматической кисты челюсти был поставлен 12 пациентам. При лечении отдаленных осложнений травмы зубов в 90,9% случаев требовалось проведение эндодонтического лечения. В области некоторых зубов данный вид лечения уже был проведен, и каналы были качественно запломбированы (9%). В области 31,8% зубов было возможно проведение постоянного пломбирования каналов зубов, тогда как для лечения 59,1% зубов требовалось многоступенчатое лечение корневых каналов. Количество посещений при эндодонтическом лечении постоянных зубов с последствиями травмы варьировало от 1 до 18 и в среднем составило $9 \pm 2,3$. Количество рентгеновских снимков, сделанных в процессе лечения, варьировало от 2 до

12 и в среднем было равным $6,9 \pm 1,3$. В области 84% зубов рентгенологически наблюдалось восстановление костной ткани в области очага деструкции (при этом в 18% случаев продолжалось формирование корня, а в 82% – остановка формирования корня и апексификация). Только в области 15,9% зубов очаг деструкции сохранялся или увеличивался.

Потребность в проведении хирургического вмешательства в комплексной реабилитации детей с последствиями травмы постоянных зубов возникла в 36,3% случаев. Так, в 10,2% уже на этапе планирования лечения было принято решение об удалении травмированного зуба, в 18,2% – проводилась резекция верхушки корня, в 13,6% – цистэктомия с остеопластикой, в 7,9% – гингивэктомия для обнажения сколотой поверхности корня. Ортодонтическое лечение в 40% случаев начинали через 3–5 и более лет после травмирующего эпизода. В 20% случаев аппарат изготавливался через 6–8 месяцев после травмы зубов. У 40% детей ортодонтический аппарат изготавливали сразу после обращения. В 40% случаев при лечении использовали пластинку на верхнюю челюсть с винтом по средней линии и накусочной площадкой. В 20% случаев использовали трейнеры, а у 40% пациентов лечение проводили с использованием полной несъемной техники. Из осложнений во время ортодонтической реабилитации детей с последствиями травмы постоянных зубов в 5% случаев мы наблюдали развитие анкилоза зуба, в 14% – резорбцию корней, в 2% – активизацию воспалительно-деструктивного процесса в околокорневой области. Для окончательного восстановления формы травмированных зубов в 46% случаев были использованы композитные реставрации, в 54% случаев – ортопедические конструкции (искусственные коронки, мостовидные протезы).

ЛИТЕРАТУРА

1. Голочалова Н.В. Лечение детей с острой травмой постоянных зубов / Н.В. Голочалова, В.Г. Суницов, В.Д. Ландинова, В.А. Дистель // Клиническая стоматология. – 2002. – № 1. – С. 46–48.
2. Справочник по детской стоматологии / Под ред. А.С. Cameron, R.P. Widmer; Перевод с англ. Под ред. Т.Ф. Виноградовой, Н.В. Гинали, О.З. Топольницкого. – М.: МЕДпресс – информ, 2003. – С. 91–106.
3. Статьи Т.Н. Клинический опыт лечения травм зубов с несформированными корнями / Т.Н. Статьи, У.Е. Шадрин // Проблемы стоматологии. – 2009. – № 5. – С. 75 – 77.
4. Giuliani V., Vaccetti 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.