



Features of treatment tactics for acute dental trauma in children

Feruz KAMALOVA¹, Farkhod KADIROV²

Bukhara State Medical Institute

ARTICLE INFO

Article history:

Received August 2024

Received in revised form

10 September 2024

Accepted 25 September 2024

Available online

15 October 2024

Keywords:

dental damage,
ligament, organ
preservation,
periodontium,
replantation.

ABSTRACT

Over the past decade, there has been a notable increase in both the frequency and severity of dental, jaw, and related injuries. Dental trauma refers to mechanical impacts that disrupt the anatomical integrity of the tooth and surrounding tissues or alter the tooth's position within the dental cavity [16, 49]. Based on the mechanism of action, dental trauma can be classified as acute – resulting from a single, sudden impact – or chronic, caused by prolonged exposure to mechanical stress. According to the World Health Organization, 16-40% of children aged 6–12 years have experienced acute dental trauma. Notably, 25–30% of these injuries occur in school settings.

2181-3663/© 2024 in Science LLC.

DOI: <https://doi.org/10.47689/2181-3663-vol3-iss-pp46-50>

This is an open-access article under the Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ru>)

Болаларда тишларнинг ўткир жароҳатларида даволашнинг ўзига хос хусусиятлари

АННОТАЦИЯ

Калит сўзлар:

тиш жароҳатлари,
бойламлар,
органни сақлаб қолиш,
периодонт,
реплантация.

Сўнгги ўн йилликда жароҳатларнинг умумий ўсиши билан бир қаторда, тиш -жағ шикастланишлари ва улар билан боғлиқ жароҳатларнинг частотаси ҳамда оғирлигининг ортиши кузатилмоқда. Тиш жароҳати деб тиш ва уни ўраб турувчи атроф тузилмавий тўқималарнинг анатомик яхлитлиги бузилишига ёки унинг тиш бўшлиғидаги ҳолатини ўзгаришига олиб келадиган механик таъсирга айтилади [16, 49]. Таъсир механизмига кўра, ўткир шикастланиш бир марталик босим остида, ёки узоқ вақт давомида тишнинг сурункали таъсир остида қолиши каби хусусиятлар

¹ Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Bukhara State Medical Institute. E-mail: doktor_feruz@mail.ru

² Master degree student, Bukhara State Medical Institute.

фарқланади. Бутун Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига қараганда 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар 16–40% ҳолатларда тишларнинг ўткир жароҳати билан тўқнаш келади. Бундай ҳодисаларнинг 25–30% эса мактабларда содир бўлади.

Особенности тактики лечения при острой травме зубов у детей

АННОТАЦИЯ

Ключевые слова:
повреждения зубов,
связки,
сохранения органа,
периодонт,
реплантация.

Помимо общего роста травматизма, за последнее десятилетие увеличились частота и тяжесть травм зубов и челюстей и связанных с ними травм. Травма зуба – механическое воздействие, вызывающее нарушение анатомической целостности зуба и окружающих его структурных тканей или изменение его положения в полости зуба [16, 49]. По механизму действия различают такие характеристики, как острая травма – при однократном давлении или хроническое воздействие на зуб в течение длительного периода времени. По данным Всемирной организации здравоохранения среди детей в возрасте 6–12 лет 16–40% сталкивались с острой травмой зубов. В 25–30% случаев дентальные травмы у детей происходят в школе.

Сўнгги ўн йилликда жароҳатларнинг умумий ўсиши билан бир қаторда, тиш - жағ шикастланишлари ва улар билан боғлиқ жароҳатларнинг частотаси ҳамда оғирлигининг ортиши ҳам кузатилди [2, 7, 37, 74].

Бир нечта таъсирловчи агентнинг таъсири оқибатида инсон танасининг кўплаб соҳалари шикастланиши, яъни кўл, оёқ, кўкрак қафаси, бош мия билан бир қаторда юз – жағ соҳаларининг ҳам қўшилиб жароҳат олиши 75 фоиздан ортиқ кўрсаткични ташкил қилмоқда (А.А. Лимберг 2000). Бунда бош суякларининг синиши, 56 фоиздан кўпроғида миянинг турли хилда лат ейиши, орбиталарнинг чуқур қисмлари ва бош суяги асосларининг шикастланиши кабиларни ҳам мисол қилиш мумкин. Бу маълумотлар (Петренко В.А, Арсенова И.А., Козлов В.А. ва бошқалар, 2002) илмий изланишларида ва хорижий муаллифларнинг (Жаллут 1992) кўплаб маълумотларида ҳам келтирилган. Тинчлик даврида суяк жароҳатларининг умумий сони орасида жағ суякларининг жароҳатлари 3,2% дан 3,8% гача кўрсаткични ташкил қилади (Лурье Т.М., 1975; Александров Н.М. ва бошқалар, 1986). Ушбу жароҳатлар билан бўлим шароитида ётиб даволанадиган беморларнинг улуши ҳар хил бўлиб, 21% дан 40% гача ўзгариб туради (Бурдин В.В. ва бошқ., 2008; Ефименко В.П., 2003). Ю.И. Бернадский берган маълумотларига қараганда, болалар юз – жағ жароҳлиги бўлимидаги барча беморлар орасида травма 5,1% ни ташкил қилади [1].

Бу каби жароҳатлар, яъни лат ейиш, синиш кабилар спорт машғулотида, ўйинлар пайтида, йўл – транспорт ҳодисаси, тасодикий ёки қасддан қилинган зарбалар натижасида юзага келади [16, 74]. Айрим ҳолларда ҳайвонларнинг

болаларга хужум қилиши оқибатида ҳам келиб чиқиши мумкин [76]. В.П. Ефименко келтирган маълумотларга кўра болалар ёшида тишлар соҳасидаги жароҳатлар барча жароҳатларнинг 50% ни ташкил қилади (2003).

Болаларда юз-жағ соҳаси қаттиқ тўқималарининг барча шикастланишларининг 50% травмага тўғри келади [28]. А.А. Геворкян (2001) жағ жароҳатлари орасида тиш шикастланишининг 0,9-3,9% ҳақида маълумот беради. Козлова (1988), тишнинг жароҳат олган вақтда катакчадан чиқиб кетиши 0,7% ни ташкил қилади. Муаллифнинг фикрича, алвеоляр жараённинг ҳар қандай синиши ҳар доим бир ёки бир нечта тишларнинг қисман ёки тўлиқ чиқиб кетиши билан бирга келади [7].

Бизнинг клиник кузатишларимиз маълумотларига асосланиб, доимий тишларнинг катакчасидан қисман ёки нотўлиқ чиқишларида даволаш қуйидаги хусусиятлардан иборат бўлди. Тўлиқ бўлмаган тиш чиқишларини даволашда шифокорнинг тактикаси беморнинг ёшига, унинг умумий ҳолатига, клиник кўринишига ва бошқа омилларга боғлиқдир. Тўлиқ бўлмаган чиқишни даволашда доимий тишлар иложи борича сақланиб қолиниши керак [20, 42, 43, 45]. Бу дарҳол ёки кечиктирилган реплантация бўлиши мумкин [16]. Кечиктирилган реплантация ортодонтик асбоблар ёрдамида амалга оширилади. Бевосита реплантацияда эса тиш ўз ўрнига нейроваскуляр тўпламга зарар бермаслик учун аста-секин ўрнатилади. Жараён марказий окклюзион ҳолатида тишлар эпилгунча амалга оширилиши керак. Тишлар силлиқ сплент-брекет ёрдамида фиксация қилиниши мумкин. Шикастланган тишни ва ҳар икки томондан камида битта шикастланмаган тишни фиксация учун олиш мумкин. Шина тишларга лигатур сим ёрдамида бириктирилади. Болаларда чиқиб кетган тишларни катакчага қайта фиксация қилиш учун тез қотувчи пластмассалардан ҳам фойдаланиш мумкин.

Доимий тишларнинг илдизлари синганда даволаш тактикаси

Ташхис қўйиш ва даволашнинг тури ва ҳажмини (терапевтик ёки жарроҳлик аралашув) режалаштиришда бир қатор омилларни ҳисобга олиш керак: синиш чизиғининг жойлашуви, коронал бўлакнинг силжиш миқдори, илдиз даражаси, шаклланиши.

Кўпгина манбаларда топилган илдиз ёриқларининг таснифи фақат синиш чизиғининг локализациясини ҳисобга олади (илдизнинг апикал, ўрта ва коронал учдан бир қисмида). Тадқиқотга кўра, Ф.М. Андреасен (1989), бу тасниф сезиларли камчиликка эга, чунки у зарарланиш ҳажмини ҳисобга олмайди, деб ҳисоблайди. Шикастланишни даволаш ва прогнозлашда қуйидаги омилларни ҳисобга олиш керак: бўлакларнинг силжиш даражаси, жароҳатнинг оғиз бўшлиғи билан боғланиши, илдиз ҳосил бўлиш босқичи, тиш чиқишининг тури ва беморнинг ёши.

Ҳар бир ҳолатда аниқ ташхисни илдиз ҳосил бўлиш босқичи, тишларнинг ҳаракатчанлиги даражаси ва даволашни танлашда асосий бўлган термик ва электр сезгирлик тестлари натижалари, шунингдек, олдиндан белгилаб берадиган омиллар тўғрисидаги маълумотлар билан тўлдириш керак бўлади.

Илдиз соҳасидаги жароҳатларни ташхислашнинг энг инфорацион усули рентген текшириш усулидир. Илдиз синиши ҳақидаги аниқ тасвирни олиш учун турли проекцияларда бир нечта рентгенография керак бўлиши мумкин. Кўпгина ҳолларда синиш тишнинг бўйлама ўқиға нисбатан қийшиқ йўналишга эга бўлади. Илдизнинг тож қисмидан, яъни учдан бир қисмидаги синишларда вестибуляр

чегара кесувчи четига яқинроқ, апикал учдан бир қисмидаги синишларда эса тиш илдизи чўққисига яқинроқ жойлашади. Синган чизик бўлакларнинг силжиши бўлмаса, рентген тасвирда аниқланмаслиги мумкин. У 6–8 ҳафтадан сўнг, шикастланган соҳа ҳудудида резорбция содир бўлганда пайдо бўлиши мумкин.

Пулпа ҳолатини баҳолаш учун электроодонтодиагностика ўтказиш керак бўлади. Шикастланиш соҳасидаги тишларнинг ҳаётийлигини ва уларнинг антагонистлари туриш ҳолатига баҳо бериш керак. Шунинг ҳисобга олиш керакки, электр токига пулпа реакциясининг йўқлиги ҳар доим ҳам унинг некрозини кўрсатмайди; баъзи ҳолларда пулпанинг ҳаётийлиги бироз вақт ўтгач тикланиши мумкин. Бундай ҳолатларда қарама-қарши жағдаги зарб олмаган тишнинг электр қўзғалувчанлигини аниқлашимиз ва пулпа жавоб берадиган энг паст оқим кучини қайд этишимиз керак. Агар шикастланган тиш пулпаси соғлом тиш пулпасидан кўра кучлироқ оқимга жавоб берса, бу унда дегенератив ўзгаришлар мавжудлигини кўрсатади. Агар пулпа реакциясини олиш учун пастроқ оқим керак бўлса, бу пулпада яллиғланиш жараёнини кўрсатади, деган хулосага бориш мумкин бўлади. Жароҳатдан кейинги биринчи кунда электроодонтометрия кўрсаткичлари оширилиши мумкин. Бу травмадан кейинги шок натижасида пулпа қўзғалувчанлигининг пасайиши билан боғлиқ [23]. Бундан ташқари, пулпанинг электр қўзғалувчанлиги тиш илдизининг шаклланиш даражасига таъсир қилади. Ушбу диагностика усулининг натижалари 2–4–8 ҳафтадан сўнг вақт ўтиши билан баҳоланиши керак, бу эса даволаниш жараёнида бошқа усулларни ҳам танлаш кераклиги ҳақида хулоса беради. Тадқиқотлар шунини кўрсатдики, илдиз синганидан кейин пулпа некрози 20–44% ҳолларда учрайди [9]. Пулпа некрозининг ривожланиши илдиз синиши бўшлиғининг апикал, ўрта ёки коронал учдан бир қисмидаги локализациясига эмас, балки кўпроқ оғиз бўшлиғи билан алоқасига ва коронал сегментнинг жой алмашиш даражасига боғлиқдир. Биз олиб борган тадқиқот ишларимизда болаларда реплантация қилинган тишларда илдиз резорбциясининг ривожланишига таъсир қилувчи турли омилларни таҳлил қилдик. Таҳлил 28 та реплантация қилинган доимий тишларда ўтказилди. Нам муҳитда тишни сақлаш муддати 10 соатга етди, ўртача 45 дақиқа. Сплинтинг даври ўртача 15 кун давом этди. Иш натижаларини таҳлил қилганда, ташқи илдиз резорбциясининг ривожланишига таъсир қилувчи асосий омиллар оғиздан ташқари қуруқ даврнинг вақти ва дислокация қилинган тишнинг периодонтал лигаментининг шикастланиш даражаси эканлиги ҳақидаги хулосага келдик.

Тиш катакчасида реплантатнинг битиб кетиши учун тишни шикастланган жойга дарҳол қайтариш керак. Агар бунинг иложи бўлмаса, тиш нам муҳитда сақланиши керак. Тадқиқот натижалари шунини кўрсатдики, тиш сақланадиган муҳит оғиз бўшлиғидан ташқарида ўтказадиган вақтдан кўра муҳимроқдир. Тишларни сақлаш учун сувдан фойдаланиш тавсия этилмайди, чунки бу периодонтал ҳужайраларнинг гипотоник парчаланишига олиб келиши мумкин [6]. Реплантатларни сақлаш сифатида изотоник эритма, сут, контакт линзаларни сақлаш эритмаси ёки махсус култура воситаларидан фойдаланиш мумкин.

ХУЛОСА

Тишлар жароҳати оқибатида реплантация қилинган тишларнинг ўз ўрнида битиб кетиши суяк тўқималари билан илдизнинг бирлашиши, яъни периодонтал битиш тури ҳисобланади. Бундай тишларчексиз фаолият кўрсатиши мумкин.

Болаларда тиш реплантацияси операцияларининг узоқ муддатли натижаларини баҳолаш, қуйидаги маълумотларни беради: реплантация қилинган тишларнинг умумий сонининг 31% илдиз резорбцияси туфайли олиб ташланган ёки олиб ташлаш учун тавсия этилган. Олиб борилган анамнестик маълумотлар шуни кўрсатадики, жароҳат олган пайтда бемор ёки унинг яқинлари томонидан тишни зарарсизлантиришга қаратилган саъй ҳаракатлар қониқарли эмас. Бундай ҳолда, периодонтнинг қисман ёки тўлиқ шикастланиши содир бўлади. Болаларда тиш реплантацияси муолажаси келгусида ҳам эстетик, ҳам функционал жиҳатдан натижадорлиги мавжуд деган хулосага келдик. Реплантатнинг тиш катакчасида самарали битиб кетиши периодонтнинг қанчалик даражада ҳаётчанлигини сақлаб қолганига алоқадор деб ҳисоблаймиз. Болалар ёшида орган ва тўқималарнинг тикланиш хусусияти эса юқори.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Хасанов Р.А. Пересадка зубов: монография. – Башкирия- Уфа., 2004 г.
2. Камалова Ф.Р. Первичная профилактика стоматологических заболеваний у детей// Новый день в медицине. – 2020. – №2 (30/2). – С. 383.
3. Камалова Ф.Р. Показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей Бухарской области// Новый день в медицине. – 2019. – № 2(26). – С. 183-185.
4. Камалова Ф.Р. Применение аутогемотромбоцитарной массы в хирургической стоматологии// Проблемы биологии и медицины. – 2018. – № 2,1(101). – С 87.
5. Ю. М. Лопухина, Н. А. Онищенко. Актуальные проблемы пересадки зубов. – М.: Медицина. 1988.-287 с.