

# ДЕНТАЛНИТЕ ПОВРЕДИ КАКО УРГЕНТНИ СОСТОЈБИ

Георгиев З.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ – Скопје, Клиника за детска и превентивна стоматологија

Трауматските повреди на забите, на забнопотпорниот апарат, како и на околните меки ткива, претставуваат сами по себе ургентни состојби. Пациентите со вакви повреди имаат приоритет. Тие веднаш се внесуваат во стоматолошката ординација, бидејќи често имаат потреба од итен третман, понекогаш дури и пред да се земе исцрпна анамнеза и да се изврши преглед. Во прилог на тоа зборува и фактот дека должината на временскиот интервал од настанувањето на повредата до почетокот на лекувањето, често е пресудна за успехот на терапијата.

Првостепено и основно е да не им се наштети на пациентот (*primum nil nocere*), да се исклучат сите сомненија за настанување на состојби кои се со поголем приоритет, односно кои би дале потешки последици. Во таа смисла, денталните повреди се сметаат за ургентни состојби само после санирање на општата состојба (спречување на витално опасни крвавења, асфиксација, шок, опасност од нарушување на церебралните функции, како и санација на коскените фрактури). Како и кај сите трауматски повреди, императив е да се спречи крвавењето, да се репонираат и да се имобилизираат фрактурираните коски и да се обработат мекоткивните лацероконтузни рани.

Евидентно е дека максилофацијалните и денталните повреди, поради својата импозантност, честопати и кај искусен терапевт можат да дадат лажна слика и со тоа да ја прикријат доминантноста на една краниocereбрална повреда (6). Поради тоа, неминовно е, уште во самиот почеток, клиничкото иследување да се насочи во

правилна насока, а денталните повреди да се санираат по добивање зелено светло од страна на неврохирург и максилофацијалец.

Од сите трауматски повреди на лицевиот скелет најчести се повредите на забите (3).

## Повреди на забите

### *Infractio dentis*

Оваа повреда претставува пукнатина на емајлот, која, иако изгледа безначајно, треба да има терапевтски приод со целосно внимание: анамнеза, преглед и задолжително рендгенографија, со цел да се исклучи фрактура на коренот, односно други комбинирани повреди. Терапијата се состои во реминерализација под дејство на флуорни препарати. Контролирањето на виталитетот на пулпата се врши по еден месец, по два и заклучно по три месеци, како и рендгенографска контрола.

### *Fractura dentis* - прва класа

Анамнестички треба да се добие податок за средството (неговата резилиенција), начинот на ударот и местото на повредата, а прегледот да констатира дефект на емајлот. Најчеста е косата фрактура, лоцирана на аголот на забот, а дијагностичките и контролните постапки се слични како при инфракција. Терапијата се состои во надградување со композити во првата сеанса: чистење на меките наслаги, закосување на околниот емајл со цел да се зголеми атхезивната површина (45°), односно да се постигне поголема ретенциона



сила, обезмастување, нагризување, примена на атхезивно средство, композитна надградба и полирање.

### Fractura dentis - втора класа

Анамнестичките податоци треба да создадат слика за степенот на оштетувањето на пулпата, иако таа не е зафатена со фрактурната линија. Спонтани болки нема, забот реагира на термички и на хемиски дразби, а целта на терапијата е заштита на отворените дентински каналчиња. Класичниот приод во терапијата опфаќа заштита на експонираниот дентин со средство врз база на калциум-хидроксид, што се прекрива со завој (најдобро со течен композит).

Модерниот начин налага естетска композитна реставрација при првата посета (2, 5), секако ако не е нарушена функцијата на забнопотпорниот апарат, а особено ако постои опасност од губење на просторот. Како можност се користи и залепување на фрактурираниот фрагмент со композит (4).

Без разлика на пристапот, императив е неопходноста од контроли на виталноста на пулпата во тек на три месеци.

### Fractura dentis - трета класа

При оваа повреда, покрај губењето на емајл и дентин, постои и отворање на пулпината комора (што никако не смее да се испитува со сонда).

Терапијата, всушност, претставува превентива против ширење на инфекција во пулпата, но и пошироко (периапикално), односно крајна цел е, покрај зачувување на забот во алвеолата - како при сите трауми, да се зачува - ако е можно - и виталноста на пулпата.

Терапијата зависи од степенот на развој на коренот, изминатото време од повредата, ширината на комуникацијата со пулпата, дали перзистира луксација или друга фрактура, како и од претходната состојба на пулпата. Така, директно прекривање доаѓа предвид само ако се работи за мал отвор со дијаметар до 1 mm и експозиција до два часа (5). Beloica (2) смета дека многу поважна е големината на комуникацијата и според него, и по 4 до 6 часа од повредата, при отвор со дијаметар до 0,5 mm, индицирано е прекривање.

Ако пациентот дојде подоцна, се прави витална ампулација на пулпата со идеално ладење и со дијамантски борер, се прекрива со калциумхидроксиден завој, се заштитува со цинкоксид-олеум кариофилорум и се аплицира подлога.

Надградувањето се изведува во иста сеанса (освен ако крвавењето не може да се запре), а може и по создавањето на дентинскиот мост и рендгенографската контрола. Сепак, најдобро е по десетина дена, кога субјективните тегоби отсуствуваат.

Со новите испитувања е докажано дека васкуларната мрежа на радикуларната пулпа не е во состојба неа самостојно да ја исхранува, така што, со тек на време, таа атрофира и некротизира. Затоа, ампулацијата како терапевтска постапка е исфрлена, освен кога се работи за заби со незавршен раст на коренот. Секако, неопходно е, по ампулација, да се мисли дека по извесно време треба да следи екстирпација.

Витална екстирпација се изведува кога пулпата е во поголем дел инфицирана, односно кога од повредата поминале повеќе од 48 часа. Изведбата е технички отежната поради стравот на децата од инјекција и поради волуминозноста на самата пулпа, така што екстирпацијата понекогаш се извршува со 2-4 игли, а ако пулпата се набие апикално, треба обилно да се промива. Понатаму се става влошка, а каналот се полни наредната сеанса.

Естетската корекција се состои од композитна надградба со евентуална композитна ретенција во преостанатиот дел од коронката. Онаму каде што постои помалку од третина забна коронка треба да се изработува леана надградба, а во поново време композитна надградба и метал-керамичка коронка.

Забите со незавршен раст на коренот имаат идеална васкуларизација, односно одбрана, па затоа сите рокови за нив се продолжуваат.

Фрактурираниот заб треба да се следи клинички и рендгенографски, според Andreasen (5) до четири години.



### Fractura dentis - четврта класа (Fractura radialis dentis)

Оваа повреда се карактеризира со спонтана болка при мастикација, а понекогаш тешкотијата се состои во радиографската верификација на фрактури во средната и во апикалната третина на коренот. Терапијата зависи од локализацијата, состојбата на пулпата, степенот на дислокација и луксација, како и од времето поминато од повредата.

Фракурираниот заб во апикалната третина на коренот има најповолни можности за зараснување, само што треба да се имобилизира, особено ако има забележлива луксација. Тоа трае 3-5 недели според новите сознанија на Andreasen (6) и Škrinjarić (5), додека Hargreaves & Craig (5) и Abott (1) сметаат 8 до 12 недели, но познато е дека подолготрајната имобилизација носи опасност од настанување анкилоза. Имобилизацијата се изведува со композит армиран со челична жица, или со стаклени влакна (фиберглас), а евентуално следи дезартикулација. При евентуални компликации, секогаш е отворена можноста за хируршко отстранување на апикалниот фрагмент.

Ако фрактурата е во средната третина, забот неизоставно мора да се имобилизира, без разлика дали е присутна луксација, а доколку таа е поизразена, а времето од повредата е подолго, сè повеќе треба да се мисли на ендодонција. Потоа, ако пулпата е витална, се смета дека лекувањето е завршено.

За цервикалните фрактури на коренот, каде што е отворена можноста за пробив на инфекција, се препорачува екстирпација, полнење и земање отпечаток за надградба во првата сеанса. За сите фрактури на коренот треба консултација со орален хирург, евентуално примена на трансдентален имплантат, а секако мултиплиците треба да завршат со екстракција.

Зараснувањето може да биде со минерализирано, сврзно, мешано ткиво, а најнеповолно е гранулационото ткиво.

Како кај сите трауматски повреди, контролата е обврзувачка.

### Трауматски повреди на забнопотпорниот апарат

Овие повреди се карактеризираат со делумно (луксаци) или со целосно губење на забнопотпорниот негов губиток (експулзија). Анамнестички постои болна осетливост при цвакање, дури и допир, расклатеност и проширен периодонтален простор.

*Conthusio dentis* претставува само потрес на забот, проследен со нагмечување на пародонтот, со осетливост на перкусија. Терапијата се состои во избегнување тврда храна и гризење во тек на 7-10 дена.

*Subluxatio dentis*. Станува збор за делумно раскинување на Sharpey-евите влакна, што предизвикува расклатување на забот. Ако постои и дислокација, се нарекува латерална луксација, а ако забот е делумно извлечен од алвеолата - екструзија. Терапијата се состои од репозиција и имобилизира во тек на 14 дена.

*Интрузија* постои кога забот е втиснат во алвеолата. Терапијата се состои од ортодонтско извлекување на забот, поочекување на евентуална спонтана реерупција (два месеца), иако некои автори сметаат дека треба веднаш да се започне со извлекувањето за да се спречи настанувањето на анкилоза.

*Expulsio dentis* означува целосно раскинување на Sharpey-евите влакна, односно избивање на забот.

Ако забот е изгубен, треба рендгенографски да се снимат алвеолата, за да се исклучи интрузија на забот или фрагменти во неа. Во тој случај се чека раната да зарасне и се бара протетичко решение (жабица, фиксна конструкција), или имплантат.

Во случај пациентот да се јави пациентот, се препорачува забот да се измие и веднаш да се реплантира, а пациентот да дојде за имобилизација. Ако може веднаш да дојде во ординација, пожелно е забот да не се суши, туку да се транспортира во млеко, во физиолошки раствор (на 2 децилитра вода и една кафена лажичка готварска сол), или под јазикот - во плунка и на топло.

Успехот на реплантацијата зависи од:



- поминатото време по траумата: во тек на 30 мин. 90% е успешна, 50% е успешна подо еден час и 5 % по два часа според Андреасен (5), при што главен неуспех е екстерната ресорпција. Но, тоа не значи дека по 24 или 48 часа не треба да се прави реплантација;
- чувањето на забот при транспортирањето - добро е да се чува во млак физиолошки раствор, во салива (под јазик), во пластична кеса или во влажно шамиче, но најлошо е во суво шамиче. Најдобро, секако, е во ткивна култура;
- состојбата на алвеоларната коска (ако е фрактуриран вестибуларниот сегмент и забот не може да се зацврсти, успехот е ограничен), при што забите со незавршен раст имаат повеќе шанси;
- збиеноста во фронтот, значи дека можеби е подобро ортодонтски соседниот секач да се постави на местото на изгубениот;
- состојбата на коронката и претходната состојба на пулпата, односно апикалниот пародонт.

Треба да се знае постапката и терапијата да се започне веднаш, пред целосно да се земе анамнеза, односно воопшто не треба да се губи време, кога се знае дека успехот директно зависи од тоа колку минути забот е надвор од алвеолата.

Ако изминале помалку од два часа од експулзијата, забот се држи за коронката, се промива со физиолошки раствор и се става на стерилна и натопена со физиолошки раствор газа, doxycycline според Abott

(1). Потоа, со истиот раствор се промива алвеолата, а забот се реимплантира и се имобилизира. Задолжителна е антитетанусна и антибиотска заштита со tetracycline, amoxiciline (1). По две недели се испитува виталитетот и забот ендодонтски се третира. Контролите се на три месеци. Онаму каде што од експулзијата изминале повеќе од два часа, се прави ендодонција на забот во рака и со тврдо полнење, па со локална анестезија забот се реимплантира и се имобилизира.

Имобилизацијата трае 2 недели, а кога има и повредена алвеола 3 недели; Abott (1) смета 6 недели.

### Литература

1. ABBOTT P. Early management strategies to minimise the consequences of dental trauma. FDI Annual world dental congress, Kuala Lumpur, 2001.
2. BELOICA D. Povrede zuba. Gornji Milanovac, Decje novine, 1990.
3. ĐORĐEVIĆ R. Traumatski prelomi kostiju lica. 3 izd. Beograd: Naucna knjiga, 1976.
4. McDONALD, AVERY D. Dentistry for the child and adolescent. 7<sup>th</sup> edition. St. Louis: Mosby, 2000.
5. ŠKRINJARIĆ I. Traume zuba u djece. Zagreb, Globus, 1988.
6. ВАСКОВ И. Трауматологија на лицевови личните коски. Скопје, Студентски збор, 1983.