

РЕПЛАНТАЦИЯ ЗУБОВ

Азизова Д. А., Вафина Л.Р.

ФГАОУВО Казанский федеральный университет

Актуальность

Реплантация зуба – удаление зуба с целью ликвидации хронического очага инфекции и последующее его внедрение в альвеолу (на прежнее место). В повседневной клинической практике реплантация зуба – явление достаточно редкое. Данная операция применяется при безуспешности консервативного лечения и невозможности проведения резекции верхушки корня зуба, вывихах зубов, ошибочном удалении не того зуба, реплантации вторых нижних моляров при затрудненном прорезывании нижних зубов мудрости, когда они упираются в область шейки 37,47 зубов и заведомо известно, что при удалении таких зубов мудрости будут повреждены вторые нижние моляры.

Цель исследования

Разобрать необходимость операции реплантации как метода сохранения зубов в альвеолярных отростках.

Материал и методы

Данный метод сохранения зуба в альвеолярном ряду не требует определенной методики действий.

Показания:

1) хронический гранулирующий и гранулематозный периодонтит многокорневых зубов, когда не может быть применена ни консервативная терапия, ни операция резекции верхушки корня;

2) осложнения, возникающие во время консервативного лечения хронического периодонтита многокорневых зубов (перфорация корня, перелом в канале корня пульпэкстрактора, корневой иглы);

3) травма, сопровождающаяся вывихом зуба или случайно удаленный зуб;

4) острый одонтогенный периостит челюсти, обострение хронического периодонтита, не подлежащего консервативному лечению (в этих случаях проводят отсроченную реплантацию зуба).

Противопоказания:

- зуб с плохо сохранившейся коронкой и значительно расходящимися или искривленными корнями;

- сильное повреждение коронковой части или эмали;

- злокачественные опухоли организма любой локализации;

- обострение любых вирусных или инфекционных заболеваний;

- тяжелые заболевания сердца и сосудов;

- воспаление десен;

- заболевания крови;

- психические расстройства;

- обширное поражение кариесом.

Методика операции

Под проводниковой анестезией осторожно удаляют зуб с минимальной травмой мягких и твердых тканей в области альвеолы. Удаленный зуб погружают в теплый (37° С) изотонический раствор хлорида натрия с добавлением антибиотиков. Альвеолу удаленного зуба осторожно острой кюретажной ложкой очищают от грануляций и промывают из шприца изотоническим раствором хлорида натрия с антибиотиками или фурациллином и прикрывают стерильным марлевым тампоном. Затем производят обработку зуба, которая заключается в

механической и химической очистке корневых каналов и пломбировании коронки и корней. Во время обработки зуб держат в стерильной марле, пропитанной физиологическим раствором с антибиотиками. Каналы пломбируют цементом, после чего верхушки корней резецируют (область верхушки богата дельтовидными разветвлениями канала с некротическим содержимым). Зуб, подготовленный к реплантации, вводят в альвеолу после извлечения из нее кровяного сгустка и орошения раствором антибиотиков.

При обострении хронического периодонтита и остром периостите челюстей возможна отсроченная реплантация. Операция является двухэтапной. Первый этап состоит в удалении зуба и сохранении его в растворе антибиотиков при температуре 40°C. Второй этап осуществляют через 14 дней после исчезновения признаков острого воспаления. Зуб обрабатывают и реплантируют по обычной методике.

Послеоперационный период

Однокорневые зубы следует фиксировать на 2-3 недели с помощью проволочной или заранее приготовленной шины из пластмассы. Многокорневые зубы, как правило, хорошо удерживаются в альвеоле, и дополнительной фиксации не требуется. Реплантированный зуб должен быть первое время поставлен в условия полного покоя и выключен из артикуляции, для чего в ряде случаев целесообразно сошлифовать бугры пересаженного зуба либо бугры антагониста. В течение первых нескольких дней больной должен питаться жидкой пищей. Появляющиеся довольно часто боли купируются анальгетиками. Назначают также сульфаниламиды.

Возможные исходы

Приживление при реплантации зубов длится от 4 до 6 недель, что зависит от типа сращения. Существуют три типа сращения пересаженного зуба с альвеолой:

- 1) при полном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корнях зуба — периодонтальный;
- 2) при частичном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корне зубо-периодонтально-фиброзный;
- 3) при полном удалении надкостницы с альвеолы и периодонта с корня зуба — остеоидный.

Прогноз жизнеспособности реплантатированного зуба наиболее благоприятный при периодонтальном и наименее — при остеоидном типе приживления. Функция пересаженного зуба сохраняется от 2 до 10 лет и более. Наиболее длительные сроки отмечаются при пересадке здорового зуба, случайно удаленного или вынутого из лунки.

Иногда, даже при самой безукоризненной технике операции корни реплантатированного зуба через некоторое время рассасываются, зуб становится подвижным и в конце концов его приходится удалить.

Клинический случай

В стоматологическую поликлинику обратился мужчина А., 1991 г. (33 года) с жалобами на ноющие боли в области зуба 2.7 в течение всего дня, резкие боли при давлении и перкуссии на зуб 2.7.

Анамнез настоящего заболевания

Зуб 2.7 был лечен более года назад. Боли появились за день до момента обращения.

Анамнез жизни:

- вредные привычки: отрицает;

- перенесённые заболевания: ветряная оспа в 6 лет, ОРВИ 2 раза в год;
- туберкулёз, ВИЧ, сифилис отрицает;
- аллергологический анамнез: не отягощён;
- сопутствующие заболевания: гастрит.

Данные объективного исследования, внешний осмотр:

- лицо симметричное, физиологической окраски, без патологических изменений, открывание рта свободное, ВНЧС без патологии;
- лимфатические узлы: затылочные, шейные, околоушные не увеличены, не спаяны;
- состояние кожного покрова и красной каймы губы: физиологической окраски, умеренно увлажнена.

Внутриротовое обследование:

- преддверие рта: щёчные тяжи в норме, уздечка верхней и нижней губы в норме, глубина преддверия в норме;
- состояние слизистой губ и щек, языка и дна рта, твёрдого и мягкого неба: физиологической окраски, без патологических элементов, умеренно увлажнённая;
- состояние языка: не обложен, увлажнённый, сосочки не увеличены, не отечный. Уздечка языка укорочена;
- состояние небных дужек, миндалин, задней стенки глотки: зев чистый, миндалины не увеличены, слизистая оболочка физиологической окраски, без патологических элементов;
- прикус: патологический.

Данные объективного исследования зубов (рис. 1):

Зуб 2.7 — наблюдается очаг деструкции костной ткани в области верхушек корней. Каналы гомогенно obturированы, материал выведен за верхушку зуба.

Пломбировочный материал занимает более 50% объема зуба, краевое прилегание нарушено. Перкуссия резко болезненна.

Зуб 2.8 — Кариозный процесс на жевательной поверхности, зуб витальный.

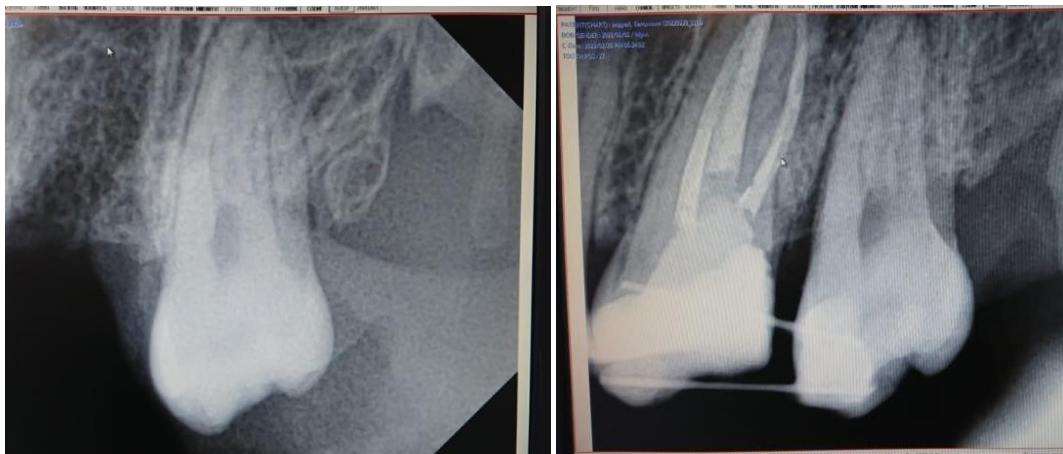


Рис.1. Пациент А., 1991 года рождения, до лечения

Диагноз по МКБ-10 - K04.5 Хронический апикальный периодонтит зуба 2.7.

Лечение (рис.2)

Под инфильтрационной анестезией Sol. Articaini 4% - 1,8 ml 1:200 000 зуб 2.7 удален (проведения ревизия лунки, обработка 0.05% хлоргексидином), в его лунку был трансплантирован зуб 2.8 и зашинуирован к зубу 2.6.



a)

б)



в)

Рис.2. Пациент А., 1991 года рождения, этапы лечения: а) после удаления зуба 2.7 б) трансплантация зуба 2.8 в лунку удаленного зуба в) состояние после лечения

Шинирование лигатурной проволокой и жидкотекучим композитом Estelight

Flow Quick. Снимок сделан спустя месяц после трансплантации зуба 2.8

Назначения и рекомендации

Антибиотик Цифран СТ 500 мг по 1 таблетке 2 раза в день утром и вечером после приема пищи в течение 5 дней. Полоскание раствором ромашки (ком. температуры) 7-10 раз в день в течение 14 дней. Кетанов по 1 таблетке 3 раза в день, на протяжении 3 дней. Воздержаться от приема пищи в течение 2х часов после удаления. В течение 5-7 дней воздержаться от занятий, требующих значительных физических нагрузок. Не прогревать область удаленного зуба и не применять компрессы. Воздержаться от посещения бани, сауны, спортзала, бассейна и солярия в течение 5 дней. В течение следующего дня употреблять мягкую пищу.

Результат исследования

Клиническая картина этого послеоперационного периода: перкуссия реплантируемого зуба и пальпация прилежащей к нему слизистой оболочки десны безболезненны, реплантат хорошо укреплен или отмечается его незначительная подвижность. Слизистая оболочка десны имеет розовую окраску. В рентгенографической картине в последующие сроки наблюдения определяется положительная динамика.

Заключение

Основное преимущество операции - проведение процедуры за один прием. Восстановленный зуб сохраняет функциональность и естественный вид более 10 лет.

Недостатки заключаются в большой вероятности неприживания зуба, необходимости после вмешательства принимать антибиотики и придерживаться диеты длительный срок после операции. Но даже если все правильно будет сделано, и рекомендации соблюдаются, можно столкнуться с осложнениями или нарушениями в десенных или костных тканях, которые не дадут зубу прижиться нормально.

Как и у любого хирургического вмешательства, процедура реплантации имеет ряд ограничений. Не рекомендуется проводить реплантацию в случае сильного разрушения зуба или окружающих его тканей, при острых инфекционных заболеваниях, болезнях крови и сердечно-сосудистой недостаточности, злокачественных опухолях и психических расстройствах.

Список литературы

1. Ахмедов, А.А. Лечение хронических периодонтитов методом реплантации // Стоматология. 1965. № 5. С. 78.
2. Бобров, А.П. Инновационные технологии в стоматологическом образовании / А.П. Бобров, А.Г. Смирнов и др. // Институт стоматологии. 2007. № 1. С. 24-25.
3. Вещева, Ю.Г. Новый взгляд на исследование проблемы шинирования зубов. Преимущества техники и материалов «Ribbond» / Ю.Г. Вещева и др. // Новое в стоматологии. 2005. № 7. С. 79-82.