

А.В. Иващенко,

к.м.н., ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии

Е.И. Баландин,

студент 4 курса стоматологического факультета

Д.В. Зубков,

студент 4 курса стоматологического факультета

СамГМУ

Роль тканей периодонта в репаративных процессах реплантации зубов (ближайшие результаты)

Резюме. В статье представлен клинический опыт применения операции реплантации. Наш клинический опыт показывает, что при максимальном разрушении надкостницы и тканей периодонта в процессе удаления создаются условия для активной деминерализации и резорбции корней реплантатов. Напротив, при максимальном сохранении тканей периодонта можно прогнозировать благоприятный исход операции.

Ключевые слова: реплантация зубов, деминерализация корней, резорбция корней, периодонт, надкостница

Целью и смыслом стоматологии как научной дисциплины является теоретическое обоснование сохранения и продления сроков функционирования естественных зубов [5]. Данная проблема в современной стоматологии не всегда решается за счет применения зубосохраняющих операций [3]. В литературе встречаются единичные сообщения о позитивном и негативном опыте применения этих операций [4]. Ряд авторов считают, что зуб можно приравнять к «реликтовому органу» [2]. Это подтверждается тем, что при значительном повреждении тканей периодонта при реплантации возникает прямой контакт тканей зуба с костью воспринимающего материнского ложа, что приводит к резорбции корней зуба [6]. Многие авторы считают, что сохранившиеся периодонт и надкостница препятствуют биодеградации реплантатов [1]. Исходя из вышесказанного, возникает необходимость дальнейшего теоретического изучения влияния тканей периодонта и надкостницы на результаты реплантации зубов.

Цель работы: определить роль тканей периодонта в результативности реплантации зубов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациентка Д., 26 лет, обратилась на кафедру челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ с жалобой на болезненность при

Summary. The article presents clinical practice of the use of replantation operation. Our clinical practice shows, that at maximum destruction of the periosteum and tissues of periodontium in the process of extraction, conditions are engendered for active demineralization and desiccation of the roots of replantats. In contrast, in case of maximum preservation of the tissues of periodontium a benign outcome of the operation can be prognosticated.

Key words: tooth replantation, demineralization roots, root resorption, periodontal, periosteum

приеме пищи справа. Объективно: индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба 1.5 — 0,8; реакция на температурные раздражители отсутствует; ЭОД зуба 1.5 снижена до 160 мкА. В процессе осмотра выявлено, что корневым каналом зуба 1.5 ранее пломбирован фосфатным цементом. На рентгенограмме в проекции верхушки корня определяется очаг разрежения костной ткани с четкими границами (рис. 1). Диагноз: кистогранулема зуба 1.5.

Под инфильтрационной анестезией гладилкой осторожно отслоен слизисто-надкостничный покров и круговая связка в границах шейки зуба 1.5. По стандартной методике зуб 1.5 аккуратно удален с сохранением тканей периодонта и надкостницы. Корневой канал подвергали эндодонтическому лечению. Проведено ретроградное пломбирование верхушки корня. Зуб помещен в теплый (37°C) раствор антибиотика широкого спектра действия. Удалена кистогранулема из воспринимающего материнского ложа с минимальным повреждением тканей периодонта (рис. 2, а). Реплантировали удаленный зуб (рис. 2, б). В связи с надежной первичной стабильностью реплантата в воспринимающем материнском ложе от назубного шинирования отказались. В первый послеоперационный период пациенту рекомендовали не ограничивать жевания на трансплантированном зубе.



Рис. 1. Внутриворотная рентгенограмма зуба 1.5 пациентки Д. до реплантации

К концу первого месяца наблюдения слизистая оболочка в проекции зуба 1.5 бледно-розового цвета, увлажненная, без особенностей (рис. 3, а). Зубодесневая борозда в норме. Патологическая подвижность зуба отсутствует. На рентгенограмме в периапикальной области отмечается активный процесс костеобразования. Периодонтальное пространство четко прослеживается на всем протяжении корня (рис. 3, б).

В первый месяц наблюдения проведено одонтопрепарирование зуба 1.5 (рис. 4, а), установлена металлокерамическая коронка (рис. 4, б).

Первый и второй год наблюдения протекал без осложнений. Патологическая подвижность реплантата отсутствует. Зубодесневая борозда в норме. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, увлажненная. На рентгенограммах первого и второго года (рис. 5) наблюдения костная ткань, окружающая корень зуба 1.5, без патологии, периодонтальное пространство прослеживается на всем протяжении корня.

Клинически на второй год наблюдения отмечалось нормальное функционирование зуба 1.5.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациентка Б., 27 лет, поступила на кафедру челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ с жалобой на болезненность при приеме пищи. Объективно: коронковая часть зуба 2.2 отсутствует; при осмотре выявлено, что корневой канал ранее пломбирован фосфатным цементом. На рентгенограмме в области верхушки корня обнаружен очаг разрежения костной ткани с четкими границами (рис. 6). Диагноз: кистогранулема зуба 2.2. Предложена реплантация зуба 2.2.

Под местной анестезией с осложнением удален зуб 2.2. Повреждены надкостница, ткани периодонта воспринимающего материнского ложа и связочный аппарат корня зуба. Корневой канал зуба 2.2 подвергнут эндодонтическому лечению. Проведено ретроградное пломбирование верхушки корня. Зуб 2.2 реплантирован. В первый

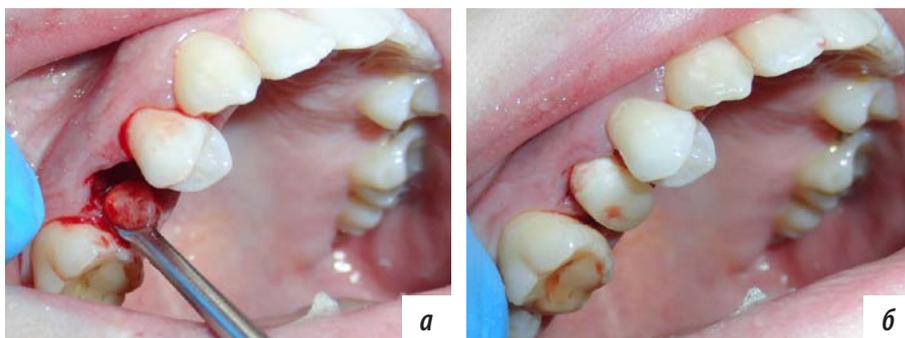


Рис. 2. Пациентка Д., первый день после реплантации: а — указана экстракция кистогранулемы из лунки удаленного зуба 1.5; б — общий вид зуба 1.5 после реплантации

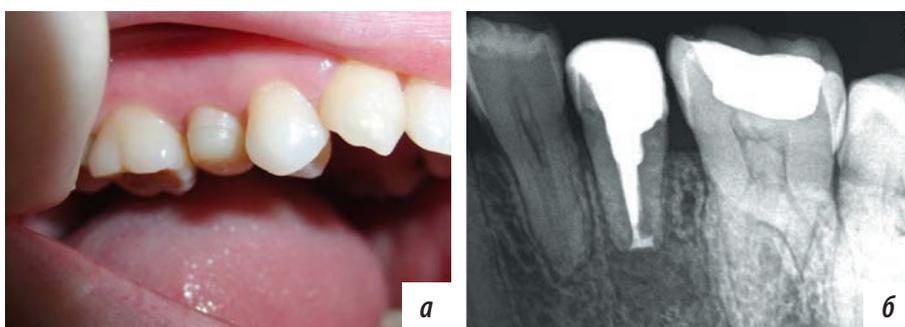


Рис. 3. Пациентка Д., первый месяц наблюдения: а — общий вид реплантированного зуба 1.5; б — прицельная внутриротовая рентгенограмма зуба 1.5 после реплантации

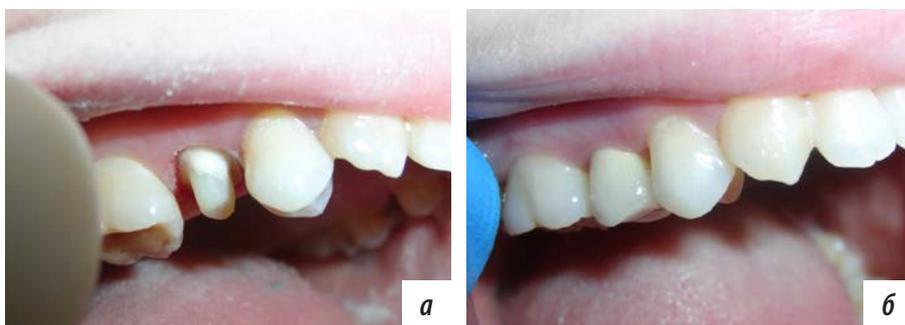


Рис. 4. Пациентка Д., первый месяц наблюдения: а — общий вид зуба 1.5 после одонтопрепарирования; б — металлокерамическая коронка фиксирована на зубе 1.5



Рис. 5. Рентгенограмма зуба 1.5 пациентки Д. спустя два года наблюдения



Рис. 6. Пациентка Б., рентгенограмма зуба 2.2 до реплантации

послеоперационный период пациентке предложили исключить прием пищи на реплантированном зубе. В первый месяц наблюдения в корневой канал реплантата фиксировали вкладку. С опорой на реплантат фиксировали металлокерамическую коронку (рис. 7, а).

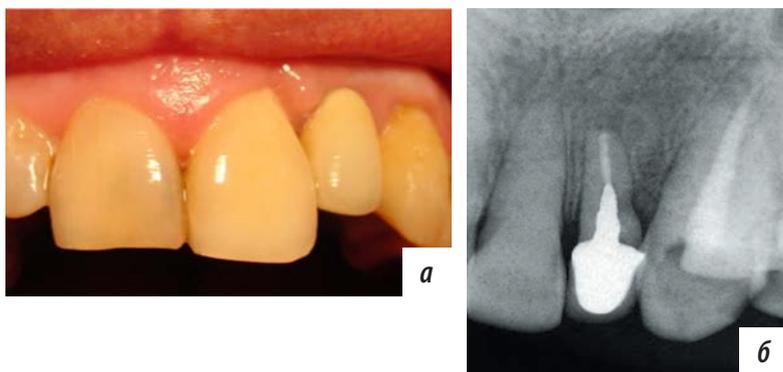


Рис. 7. Общий вид и рентгенограмма зуба 2.2 после реплантации пациентки Б. (первый месяц наблюдения): а — общий вид; б — прицельная внутриротовая рентгенограмма после реплантации

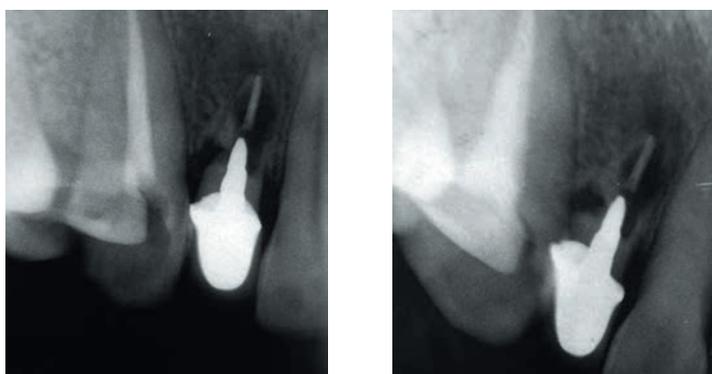


Рис. 8. Рентгенограмма зуба 2.2 пациентки Б. через один год наблюдения



Рис. 9. Рентгенограмма зуба 2.2 пациентки Б. через два года наблюдения

На рентгенограмме, полученной после месяца наблюдения, в пришеечной области наблюдается незначительная резорбция корня. Периодонтальное пространство прослеживается на всем протяжении корня. В околоверхушечной области отмечается активная регенерация костной ткани (рис. 7, б).

К концу первого года после реплантации выявлена первая степень подвижности зуба. Отмечены глубокие зубодесневые карманы. На прицельной внутриротовой рентгенограмме по всей поверхности корня обширные очаги деминерализации и образование отдельных фрагментов корня, отсоединенных от реплантата. Периодонтальное пространство прослеживается на отдельных околоверхушечных участках корня (рис. 8). Отмечается значительная подвижность зуба. При осмотре выявлены глубокие пародонтальные карманы. На рентгенограмме обнаруживаются множественные и значительные очаги деминерализации, а также сглаживание периодонтального пространства вплоть до его полного исчезновения. В процесс деминерализации также включаются участки костной ткани в периапикальной части корня (рис. 9).

На второй год наблюдения зуб 2.2 был удален по причине максимальной патологической подвижности и присоединения вторичной инфекции.

ВЫВОДЫ

Результативность операции реплантации зуба зависит от бережного отношения к тканям периодонта и надкостнице.

Комментарий научного редактора

В результативности сохранения и продления сроков функционирования естественных зубов большое значение имеет не только бережное сохранение тканей периодонта, но также и окклюзионная нагрузка реплантированного зуба. В первом клиническом наблюдении зуб 1.5, скорее всего, был включен в окклюзию, в то время как во втором клиническом случае такая нагрузка, по-видимому, отсутствовала. К тому же и удаление зуба перед реплантацией было весьма травматичным.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Богатов А.И.** Реплантация зубов. — Сборник статей V съезда Стоматологической ассоциации России. — М., 1999. — С. 226—227.
2. **Козлов В.А.** Одонтопластика. — М.: Медицина, 1974. — 256 с.
3. **Хохрина Т.Г., Семенов В.В.** Реплантация зубов — комплексный подход хирурга, терапевта и пародонтолога. — *Клиническая стоматология*. — 2000; 4: 48—50.

4. **Andersen J.O.** Atlas of replantation and transplantation of teeth. — 1992. — P. 207.

5. **Andersen J.O.** Replantation of 400 avulsed permanent incisors. Factors related to periodontal ligament healing. — *Endodontics & Dental Traumatology*. — 1995; 26 (11): 76—89.

6. **Messkoub M.** Intentional replantation: a successful alternative for hopeless teeth. — *Oral Surg.* — 1991; 71(6): 743—7.