



Реплантация — за и против. Клинический случай реплантации корня, разрушенного и восстановленного культевой вкладкой, с целью сохранения мостовидной конструкции, включающей проблемный зуб, в области которого возник свищевой ход

В.И. МИТРОФАНОВ, к.м.н., главный врач
Клиника «Митрадент», г. Москва

Replantation - the Pro and Contra. Clinical case of replantation of root destruction and restoration of root inlay to maintain bridge structures, including the problematic tooth, which appeared in the course of fistulous

V.I. MITROFANOV



В.И. МИТРОФАНОВ

Резюме

В данной работе представлен сложный клинический случай реплантации корня, с целью сохранения в качестве ортопедической реабилитации мостовидной конструкции, включающей проблемный зуб, в области которого возник свищевой ход. В ходе повторного эндодонтического лечения разрушенный корень зуба был извлечен из лунки альвеолярного отростка и обработан; произведен кюретаж лунки, после чего корень вновь в нее вживлен. Спустя три недели была установлена культевая вкладка, изготовлена временная мостовидная конструкция, включающая этот зуб.

Ключевые слова: реплантации, анкерный штифт, корневой канал, свищевой ход, мостовидная конструкция, термогуттаперча.

Abstract

This paper presents a complex clinical case of replantation of root, in order to preserve as orthopedic rehabilitation of bridge structures, including the problematic tooth, in which there was fistulous course. During the re-endodontic treatment destroyed the root of the tooth has been extracted from the wells of the alveolar ridge and processed, curettage of the wells is made, after which the root of the newly implanted inside. After 3 weeks root inlay was set, temporary bridge is produced, including the tooth.

Keywords: replantation, anchor post, a root canal, fistulous course, bridge, thermo-gutta-percha.

В повседневной клинической эндодонтической практике реплантация зуба – явление довольно редкое. Реплантация зуба (replantatio dentis) – внедрение удаленного зуба в соответствующую ему лунку альвеолярного отростка. В литературных и интернет-источниках описаны практические случаи

применения реплантации при лечении периодонтита или полном вывихе зуба; имеются литературные данные и клинические примеры успешной реплантации при травматическом удалении зубов.

В отдельных случаях метод реплантации может оказаться единственным, позволяющим не только сохранить пациенту оди-

ночный зуб, но и сделать возможным сохранение продуманной и используемой в его полости рта мостовидной конструкции, включающей проблемный зуб. За применение в лечении метода реплантации говорит и такой факт, как предотвращение атрофии костной ткани и миграции соседних зубов. Благодаря сохранению



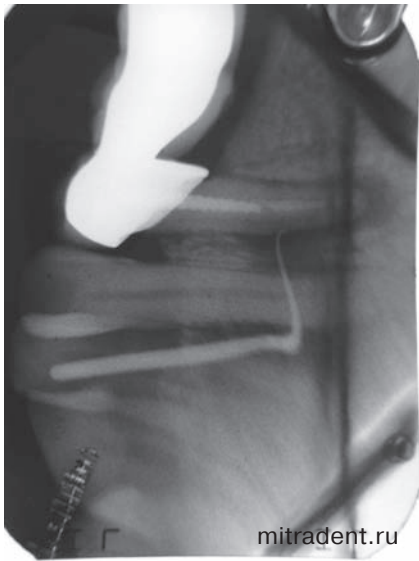


Рис. 1

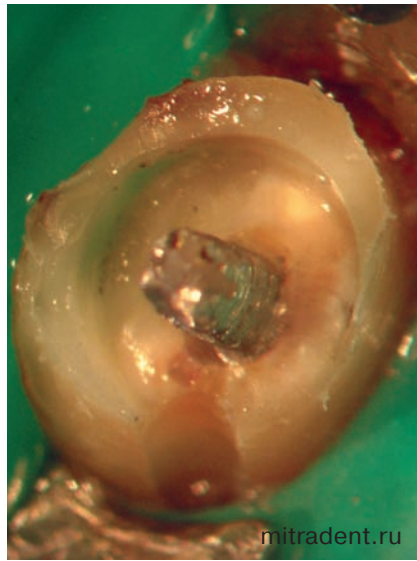


Рис. 2

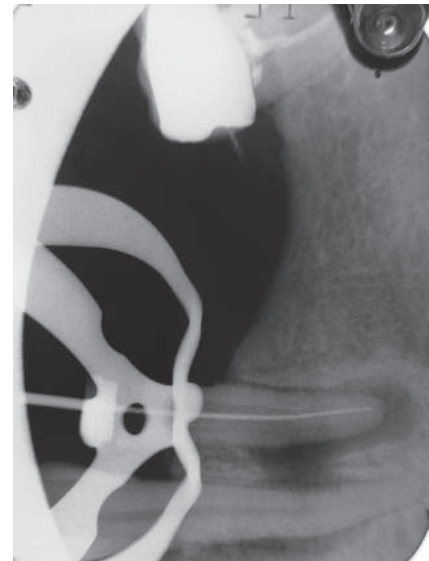


Рис. 3

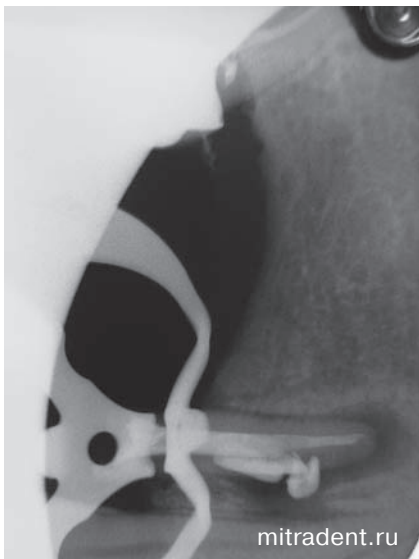


Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

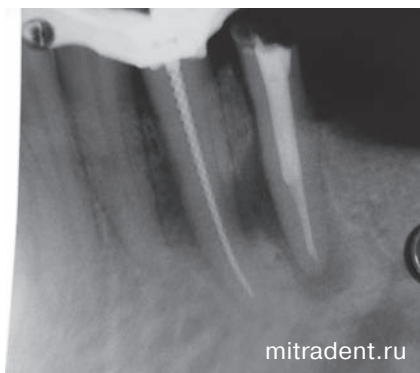


Рис. 7



Рис. 8

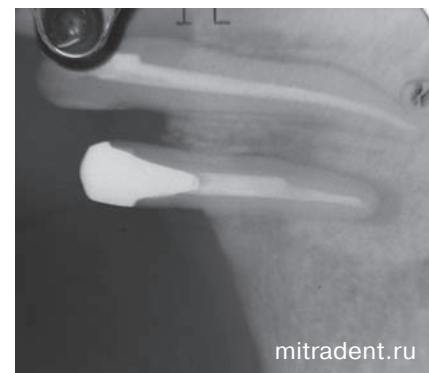


Рис. 9

в соответствии с клинической ситуацией либо одиночного зуба, либо целостности мостовидной конструкции, безусловно, весьма существенное «за» – это возможность сохранения эстетического внешнего вида лица и улыбки пациента.

Одними из важнейших факторов для успешного приживления возвращаемого в лунку зуба являются своевременность обращения пациента за помощью к врачу, степень бактериального загрязнения, постановка диагноза сложившейся клинической ситуации, следо-

вание составленному адекватному плану лечения. Условием вживления зуба в альвеолярную лунку является жизнеспособность клеток в периодонтальной связке, поэтому особенно важен физиологический статус клеток периодонтальной связки на поверхности корня.

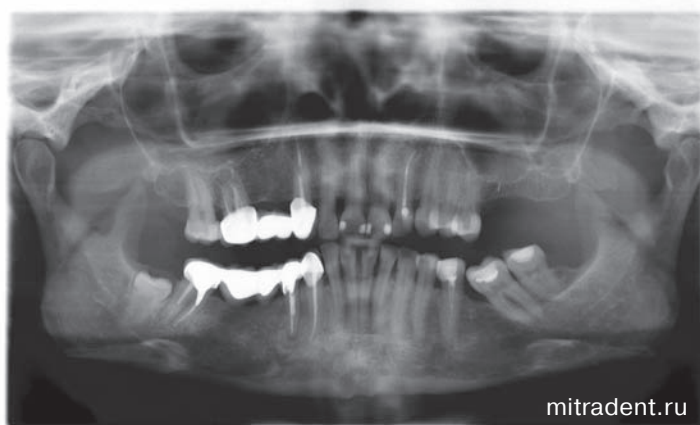


Рис. 10



Рис. 11

Пациентка N была направлена в нашу клинику лечащим врачом из клиники S, куда она обратилась с жалобами на болевые ощущения при накусывании, свищ. Рентгенологический снимок с фиксированным гуттаперчивым штифтом в свищевом ходе в области зуба 4.4 показал локализацию очага воспаления в средней части корня в области верхушки анкерного штифта. Учитывая большую локальную нагрузку, передаваемую через штифт на проблемный зуб 4.4, можно было предположить перелом корня. В клинике S был сделан снимок (рис. 1).

В нашей клинике мы сняли мостовидную конструкцию протеза, извлекли титановый анкер (рис. 2). Провели антисептическую обработку корневого канала (рис. 3). Промыли 3% раствором гипохлорида натрия «Белодез»; определили рабочую длину для последующего гомогенного пломбирования канала – трехмерной герметизации разветвленной системы канала, термогуттаперчей, обеспечивающей достаточно надежный барьер между полостью зуба и тканями периодонта (околозубными тканями).

Далее мы произвели объемное пломбирование канала термогуттаперчей. Вновь провели рентгенологическое обследование, на основании которого обнаружилось выведение материала через стенку корня (рис. 4).

Было сделано предположение, что у пациентки перелом этого корня. Мы произвели осторожное извлечение корня: пытались не допустить значительных разрывов круговой связки, производили тщательное отслаивание мягких околозубных тканей от шейки зуба

по всему периметру.

После внешнего осмотра извлеченного корня (рис. 5) мы нашли в нем боковое протирание стенки размером $1,5 \pm 0,3$ мм, вероятно, образованного во время подготовки зуба под штифтовую конструкцию (при проведении предшествующего эндодонтического лечения). Мы решили сделать попытку реплантации корня, с учетом пожелания пациентки сохранить мостовидный процесс.

При оценке пригодности корней зубов к реплантации необходимо оценивать степень их разрушения, состояние периапикальных тканей. Прогноз был 50/50.

Мы промыли извлеченный корень в физрастворе (рис. 6) осторожно острой гладилкой удалили излишки гуттаперчи с его наружной стенки, а также другие остатки тканей. Промытый корень сохраняли в растворе до пересадки в лунку.

Далее произвели кюретаж лунки в альвеоле и реплантировали («водворили») на место извлеченный корень зуба 4.4 (рис. 7). Из клинического опыта проведенных реплантаций зуба известно, что дополнительной фиксации зуба при этом не требуется; период приживления длится обычно 20 дней. Мы сделали перерыв на три недели. Назначили антибиотики. После проведения запланированного осмотра констатировали приживание корня и рекомендовали пациентке продолжить лечение в клинике S.

Пациентке N в клинике S изготовили культевую вкладку (рис. 8), на наш взгляд, несколько меньшей длины (чем нам хотелось бы) и временную мостовидную конструкцию.

Клиническое наблюдение пациентки N через пять месяцев (рис. 9): благополучная рентгенологическая ситуация. Результат оптимистичный.

Динамическое наблюдение пациентки N в нашей клинике продолжается (рис. 10-11). Позитивные результаты рентгенологического и клинического обследования через год.

Вывод

Благодаря проведенной реплантации корня зуба 4.4, к жизни его в лунку альвеолы, удалось восстановить коронковую часть зуба, укрепив ее вновь культевой вкладкой и повторить мостовидную конструкцию протеза, включающую этот зуб. Ортопедическая реабилитация пациентки отвечает требованиям и по функции, и по эстетике. Сохранены качество жизни и эстетика ее улыбки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федосенко Т. Д., Шпак Т. А., Смирнова М. А. Реплантация зубов при особенных клинических условиях // Клиническая эндодонтия. 2007. Т. 1. №1-2. С. 32-52.

Поступила 23.11.2010

Координаты для связи с авторами:

127083, Москва, ул. Земляной Вал,
д. 52/16, стр. 3
www.mitradent.ru

