

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА РЕПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ

Адашов Ф.С., Фозилов М.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент,
Узбекистан

Актуальность темы. В согласно статистике, 50% от общего количества травм твёрдых тканей челюстно-лицевой области составляют травмы зубо-альвеолярной сферы [1]. Из них травмы, наблюдаемые при прорезывании зубов, встречались от 0,9% до 3,9% [2]. Полный вывих постоянных зубов составляет около 3% от общего числа травм у детей [3-4]. Работа врача-стоматолога нацелена на сохранение зуба как органа. Разновидностью зубосохраняющих операций является реплантация зуба [5]. Дальнейшая разработка технологий реплантации позволяет на более высоком научно-практическом уровне решать многие проблемы восстановления зубных рядов и изготовления полноценных зубных протезов [6-7]. Соответственно, в настоящее время одной из актуальных проблем, стоящих перед стоматологами, является совершенствование метода – реплантации-сохранения зуба как органа.

Цель исследования: Улучшение корневой обработки перед проведением реплантации зубов.

Задачи исследования: 1. Анализ фиксации и осложнения зубов, которые реплантацированы традиционным методом.

2. Анализ фиксации и осложнения зубов, вызванных реплантацией, в предложенном методе.

Материалы и методы исследования: Обобщение исследований с использованием улучшенного метода реплантации для исследования у 10 пациентов.

1. Методы клинического исследования.

2. Рентгенологические методы исследования.

3. Статистический анализ данных.

Под нашим наблюдением находились 10 человек с полным вывихом центральных резцов верхней челюсти в течении 24-часов после травмы. Возраст больных составлял 18-40 лет. В основном причинами травмы являлись падение, несчастные случаи и спортивные травмы.

Лечение полного вывиха зуба состоит из следующих этапов: 1) трепанация зуба, ампутация, экстирпация пульпы, пломбирование канала. 2) Обработка корневой части при подготовке к реплантации зубов (формирование фиссуры при формы резьбы). 3) консервация в стерильном физиологическом растворе с антибиотиками в течении 60 минут. 4) реплантация зуба – возвращение зуба в его собственную лунку. 5) фиксация, реплантированного зуба на 4 недели. 6) механическая щадящая диета. Обследование больного включало: осмотр, пальпация, ЭОД рядом стоящих зубов, развернутый общий анализ крови, рентгеновские исследования: панорамный, дентальные снимки. Перед реплантацией необходимо было оценить лунку зуба: на рентгенограмме при полном вывихе зуба лунка пустая с четкостями контурами, если лунка вывихнутого зуба разрушена, то границы лунки частично не определялись или

выглядели не четкими, в этих случаях рекомендуем применять остеопластический материал (коллапол и др.) Травмированный зуб выводили из окклюзии (из контакта) с зубами антагонистами путем избирательной пришлифовки. Фиксация реплантированного зуба осуществляли гладкой шиной скобой изготовленной из алюминиевой проволоки и фиксировали к зубам тонкой бронзо-алюминевой лигатурой. В послеоперационном периоде обеим группам проводили одинаковые методы лечения в виде применения антибиотков (линкомицин), обезболивающих препаратов и физиолечения УВЧ №5, полоскание полости рта антисептическими растворами. По истечении 4-х недель после операции реплантация зуба всем больным проводили рентгенологическое исследование: панорамный и дентальные снимки. Рентгенологическом исследовании через 12 недель было видно прорастание костной ткани на сформированные фиссуры в форме резьбы. Засчет этого было достигнуто более хорошая фиксация зуба в лунке.

Результаты лечения оценивали на основании изучения субъективных и объективных данных: отсутствие болевых ощущений, подвижности зуба, состояние слизистой оболочки в окружности реплантированного зуба, результатов изучения рентгенологического исследования (состояние периодонта), степень подвижности зуба.

Выводы. Таким образом, клиническая апробация предлагаемого нами совершенствование метода реплантации зубов показало его эффективность. Преимуществом предлагаемого нами метода является простота проведения реплантации, исчезновение отека слизистой десны в окружности в короткие сроки, малозатратности описанной лечебной процедуры, малотравматичности и восстановление функций реплантированного зуба. Описанный нами метод реплантации постоянных зубов при полных вывихах может быть рекомендован для его широкого применения в практике амбулаторной хирургической стоматологии.

Список литературы:

1. Ефименко В.П. Характеристика механических повреждений твердых тканей челюстно-лицевой области у детей // Материалы VIII Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. - СПб.: 2003. - С. 68.
2. Геворкян А.А. Обоснование критериев оценки степени вреда здоровью при изолированных повреждениях зубов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2001. - 19 с.
3. Andreasen J.O., Andersson L. Avulsions. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 4th edn. – Oxford, UK: Blackwell Munksgaard, 2007. – P. 444-88.
4. Ritwik P., Massey C., Hagan J. Epidemiology and outcomes of dental trauma cases from an urban pediatric emergency department // Dent Traumatol. – 2015. Vol. 31. – P. 97-102.
5. Andreasen J.O. *Atlas of replantation and transplantation of teeth*. Philadelphia: Saunders; 1992; 303.

6. Маланьин И.В. Новый способ посттравматической аутореплантации зубов / И.В. Маланьин, М.А. Глуценко // Современные наукоемкие технологии. – 2004. – № 4. – С. 41–43.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ВОЗМОЖНОСТИ ЗАБОРА АУТОТРАНСПЛАНТАТА С НЕБНОЙ ПОВЕРХНОСТИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ОГРАНИЧЕННЫХ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Брайловская Т.В., Гаджикулиева А.К.

**Национальный медицинский исследовательский центр "Центральный
научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии" Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Москва, Российская Федерация**

Внутрикостная дентальная имплантация является эффективным методом лечения при полной и частичной утрате зубов [1]. Однако сложные анатомические особенности из-за дефектов и атрофии костной ткани челюстей не всегда позволяют провести дентальную имплантацию без предварительного выполнения костнопластических операций. Методики устранения атрофии и дефектов костной ткани челюстей с применением различных костнопластических материалов для увеличения параметров костной ткани перед установкой дентальных имплантатов широко описаны в литературе [2,3,4]. Тем не менее золотым стандартом при реконструктивных костных вмешательствах по-прежнему остается аутоотрансплантат [5]. Однако, при заборе аутокостного трансплантата в области подбородочного симфиза, тела и ветви нижней челюсти возможно повреждение нижнелуночного нерва и потеря чувствительности передней группы зубов на нижней челюсти, кроме этого требуется доступ к дополнительному донорскому участку, что увеличивает риск послеоперационных осложнений и продолжительность операции. Выбор небной поверхности альвеолярного отростка в качестве донорской зоны при увеличении параметров костной ткани верхней челюсти может обеспечить эти преимущества [7,8]. Поэтому важной задачей современной хирургической стоматологии является анатомо-топографическая разработка новых донорских участков и малоинвазивных оперативных доступов по забору аутоотрансплантатов и внедрение их в хирургическую практику.

Вследствие чего разработка методики оперативного доступа и забора костного блока с небной поверхности альвеолярного отростка представляет научный и практический интерес.

Цель исследования. Определение оптимальной локализации забора аутоотрансплантата с небной поверхности и наибольшей толщины кости небной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти.