

Аутореплантация как метод лечения травматического вывиха зуба. Клинический случай

М.И. СОЙХЕР*, к.м.н., профессор, врач стоматолог-терапевт, главный врач ГАУЗ МО «Московская областная стоматологическая поликлиника»

Е.М. СОЙХЕР**, врач стоматолог-ортодонт

С.А. КОЛЧИН**, врач стоматолог-хирург, челюстно-лицевой хирург

М.С. ШЕРБАКОВ**, зубной врач

*ГАУЗ МО «Московская областная стоматологическая поликлиника», Москва

**ООО «Центр междисциплинарной стоматологии и неврологии», Москва

Autoreplantation as a method of treatment of traumatic tooth dislocation. Clinical case

M.I. SOIKHER, E.M. SOIKHER, S.A. KOLCHIN, M.S. SHCHERBAKOV

Ключевые слова: травма зубов у детей, полный вывих зуба, ремплантация зубов.
Key words: Injury of teeth in children, full dislocation of teeth, tooth implantation.

18

Введение

Травма зубов в детском возрасте имеет многообразные проявления и является причиной экстренного обращения детей в лечебное учреждение. Среди травм постоянных зубов наиболее часто встречаются вывихи. Многочисленные исследования показывают, что полный вывих является одним из самых серьезных видов травм зубов. Вывихи фронтальной группы зубов на верхней челюсти чаще возникают вследствие механического воздействия (удар, падения и др.). Вывихи зубов составляют 3% травматических повреждений челюстно-лицевой области. Полный вывих сопровождается разрывом периодонта на протяжении всего корня, гибелью сосудисто-нервного пучка, иногда переломом вестибулярной части альвеолы, выпадением зуба из лунки.

На настоящий момент наиболее предпочтительным методом лечения полного вывиха зуба является его аутореплантация.

Аутореплантация – возвращение зуба в его же альвеолу. Показаниями для проведения данного вида лечения являются: хронические гранулематозные и гранулирующие периодонтиты, к которым по тем или иным причинам нельзя применить обычные методы терапевтического и хи-

рургического лечения, осложнения эндодонтического лечения, травматический вывих зубов и случайное удаление зубов, острый одонтогенный периостит, обострение хронического периодонтита при нежелательности проведения операции удаления зуба и невозможности эндодонтического лечения, полный вывих зуба.

Прогноз во многом зависит от немедленных действий, предпринимаемых непосредственно на месте травмы. Реплантация может помочь сохранить зуб, однако стоит учитывать, что некоторые реплантированные зубы имеют более низкую выживаемость в долговременной перспективе и могут в последующем подвергаться экстракции.

Клинический случай

На базе клиники ООО ЦМСИН в начале сентября 2016 года нами пролечена пациентка 2007 года рождения с полным вывихом зуба 2.1. Перед началом лечения пациентке было проведено тщательное обследование, которое включало в себя сбор жалоб, анамнеза, осмотр и рентгенологическое обследование, включавшее в Rg-прямой проекции черепа, КЛКТ-обследование.

По данным анамнеза, нами выявлено, что травма произошла за

два часа до обращения в клинику в результате падения с самоката. Потери сознания, головокружения, тошноты, рвоты не было. Зуб 2.1 не находился в жидкой среде, доставлен в ватном тампоне и сразу помещен в стерильный физиологический раствор. Пациентка предъявляла нам жалобы на отсутствие зуба 2.1 и скол режущего края зуба 1.1.

При внешнем осмотре признаков, свидетельствующих о наличии переломов костных структур, не выявлено. Выпадения полей зрения не обнаружено, D = S, в позе Ромберга устойчива. В полости рта: зуб 2.1 отсутствует, лунка заполнена сгустком, визуально перелом стенок альвеолы не определяется. На зубе 1.1 имеется скол режущего края в пределах 1/3 коронки зуба, подвижность не выявлена. При осмотре зуба 2.1 переломов, трещин не выявлено, зуб в стадии незакрытой верхушки.

На серии рентгенологических снимков (КЛКТ, ОПТГ, Rg-прямой проекции черепа) данных о признаках наличия переломов костных фрагментов не выявлено. Лунка 2.1 пуста, переломов альвеолы зуба 2.1 не выявлено (рис. 1-3).

Учитывая наличие неблагоприятных анамнестических факторов у пациентки — длительный внеальве-

Рис. 1. Внутриротовая фотография пациентки



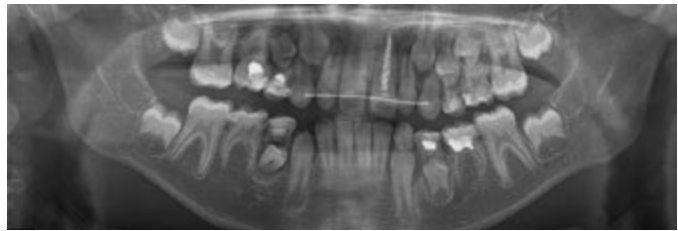
Рис. 2. Внутриворотная фотография пациентки



Рис. 3. Ортопантомограмма пациентки до ремплантации зуба 2.1



Рис. 4. Ортопантомограмма после ремплантации зуба 2.1



олярный период, не хранение зуба во влажной среде при транспортировке — перед началом лечения пациентка и ее мама были нами предупреждены о минимальных шансах на успех при реплантации зуба. Согласие на проводимое нами лечение получено.

Лечение проводилось по общепринятой методике, с предварительным эндодонтическим лечением методом латеральной конденсации (AH Plus + BeeFill), пломбировочный материал (Filtek Ultimate). После эндодонтического прохождения и пломбировки зуб 2.1 был помещен в раствор антибиотика «Амоксиклав». Под местной анестезией Sol. Ubistesini 1:100000 1,7 мл проведен кюретаж лунки 2.1, удале-

ны сгусток, остатки периодонтальной связки и надкостница альвеолы. Лунка 2.1 обработана раствором антибиотика «Амоксиклав» и физиологическим раствором (NaCl). Зуб 2.1 внесен обратно в лунку. Выполнено шинирование зуба 2.1 с зубами 1.1, 1.2, 5.3, 2.2, 6.3 ортодонтическим ретейнером Respond с помощью композитного пломбировочного материала Filtek Flow.

Зуб был выведен из прикуса при помощи накладок из композитного пломбировочного материала Filtek Flow на язычные бугры зубов 1.6, 2.6. Проведено контрольное ОПТГ (рис. 4).

Назначалась антибактериальная терапия: «Амоксиклав» 250 мг, по 1 таблетке, два раза в день, проти-

вовоспалительная терапия: «Нимесил» по 1 пачке в день, десенсибилизирующая: «Зодак», по 1 таблетке 1 раз в день, «Линекс» по 2 капсулы после еды. Нами были даны рекомендации по уходу за полостью рта (использование раствора антисептиков после каждого приема пищи, чистка зубов мягкой щеткой), по проведению профессиональной чистки зубов, назначена мягкая диета, дано ограничение физической нагрузки (контактные виды спорта).

Пациентка находилась на диспансерном наблюдении. Визиты назначались первый месяц, каждую неделю; второй месяц, раз в две недели. Во время визита пациентки нами оценивалось качество гигиены, степень подвижности, нали-

Рис. 5. Прицельная рентгенограмма зуба 2.1 через 1 месяц после ремплантации



Рис. 6. Прицельная рентгенограмма зуба 2.1 через 2 месяца после ремплантации



Рис. 7. Прицельная рентгенограмма зуба 2.1 через 3 месяца после ремплантации. Выявлены признаки патологической резорбции корня зуба на медиальном крае



Рис. 8. Прицельная рентгенограмма зуба 2.1 на конец декабря 2016 г.



Рис. 9. Прицельная рентгенограмма на конец февраля 2017 г. (спустя пять с половиной месяцев после ремплантации зуба 2.1)



Рис. 10. Внутриротовая фотография пациентки спустя пять с половиной месяцев после реплантации зуба 2.1



Рис. 11. Внутриротовая фотография спустя пять с половиной месяцев после реплантации зуба 2.1



чие воспаления в области зуба 2.1. Рентгеноконтроль проводился через 1 месяц, 2 месяца, 3 месяца. По прошествии двух месяцев нами выявлено наличие признаков сращения зуба с костью. Через три месяца после реплантации при прицельном Rg-исследовании зуба 2.1 определялись признаки патологической резорбции корня зуба на медиальном крае (рис 5-7). Сама пациентка жалоб никаких не предъявляла. Объективно: слизистая оболочка без признаков воспаления, обычного цвета, отмечалась незначительная подвижность зуба.

Учитывая незначительную подвижность зуба 2.1, а также появление резорбции на медиальном крае корня 2.1, пациентке и ее маме было разъяснено, что зуб, при дальнейшей отрицательной динамике, будет подвергнут экстракции, но пока принято решение провести дальнейшее наблюдение. Согласие на наблюдение нами получено.

Следующий осмотр проведен в конце декабря 2016 года. При сравнении прицельной рентгенограммы зуба 2.1 (рис. 8) с прицельной рентгенограммой, проведенной в начале месяца, явных признаков рен-

тгенологических изменений нами не выявлено.

В последующем пациентка не являлась для контрольного осмотра в течение двух месяцев, уровень самостоятельной гигиены снизился. Осмотр и контрольное Rg-исследование проведено в конце февраля 2017 года. В ходе осмотра выявлена полная стабилизация зуба 2.1. На прицельном Rg-снимке отмечались признаки уменьшения очага резорбции (рис. 9,-11). На следующий осмотр пациентка явилась только в середине сентября 2017 года. При осмотре полости рта патологических процессов не выявлено. На ОПТГ отмечались признаки анкилоза зуба 2.1 (рис. 12).

Обсуждение

Пациентка продолжает находиться на диспансерном наблюдении. В ходе проведенной нами ауторемплантации удалось стабилизировать зуб 2.1. Однако учитывая наличие неблагоприятных анамнестических факторов у пациентки — длительный внеальвеолярный период, хранение зуба не во влажной среде при транспортировке, неудовлетворительная гигиена полости рта, нерегулярные осмотры, снижается процент успеха. В ходе динамического наблюдения через три месяца после ауторемплантации нами выявлены признаки прогрессирующей резорбции корня, сохранялась незначительная подвижность зуба 2.1. По прошествии еще трех месяцев признаки резорбции уже не определялись на прицельной Rg, отмечалась полная стабилизация зуба 2.1. Наблюдалась неудовлетворительная гигиена полости рта, хотя в период лечения проводилась

профессиональная гигиена полости рта и обучение гигиене пациентки и ее мамы.

В ходе нашего наблюдения мы сделали выводы, что лечение полного вывиха с помощью реплантации, в особенности фронтальной группы зубов, является методом выбора с целью сохранения, прежде всего эстетики, костных структур альвеолярного отростка, сохранения речи и психоэмоционального состояния, но он не дает нам 100% прогностических достоверных результатов.

Заключение

Полный вывих является одной из наиболее серьезных видов травм зубов в детском возрасте. На сегодняшний день наиболее оптимальным лечением вывихов зубов является реплантация. Одной из серьезных проблем реплантации зубов является отсутствие гарантии положительного результата. Многими авторами отмечено, что большинство реплантируемых зубов рано или поздно подвергаются резорбции.

Успех проведенного лечения зависит не только от правильных действий врачей. Необходимо сформулировать четкие рекомендации для пациентов по сохранению вывихнутого зуба. Правильная транспортировка вывихнутого зуба и последующее соблюдение рекомендаций врача являются одним из необходимых условий для успешной реплантации и приживления зуба.

Поступила 17.09.2017

Координаты для связи с авторами:
119146, г. Москва,
Комсомольский пр-т, д. 32/2

Рис. 12. Признаки анкилоза корня (сентябрь 2017 г.)

