

УДК: 611.314:616.314-089.843

Ковач І.В., Макаревич А.Ю., Макаревич Н.Ю.
Дніпропетровська державна медична академія,
каф. дитячої стоматології (зав. – проф. Ковач І.В.)
I. V. Kovach, A. Y. Makarevych, N. Y. Makarevych

Застосування методу автореплантації третіх молярів для відновлення зубного ряду

Use of a Technique of Third Molars Autoreplantation for Dentition Restoration

РЕЗЮМЕ Спираючись на досвід в реімплантації зубів, окреслено показання та опрацьовано методику атравматичного видалення ретенуваних верхніх третіх молярів, запропоновано техніку виконання операції автореплантації третього верхнього моляра на місце видаленого першого постійного моляра.

Summary Referring to experience in teeth replantation, given indication, developed a technique of noninvasive extraction of upper third molars, offered techniques of autoreplantation operation third molars to the place of the extracted first constant molars.

Ключові слова автореплантація, третій моляр, іммобілізація зубів

KEY WORDS autoreplantation, third molars, immobility for dents

Відновлення зубних рядів на сьогодні є найпоширенішою потребою для пацієнтів з частковою втратою зубів, починаючи з 12-річного віку. При цьому перше місце серед видалень постійних зубів, за даними клініки кафедри дитячої стоматології ДДМА, належить першим нижнім постійним молярам (мал. 1) На сьогодні відновити зубні ряди можливо, використовуючи:

1. Незнімні мостоподібні конструкції.
2. Адгезивні конструкції (мерілендські мости).
3. Частково знімні протези – найпоширеніші гнучкі протези (valplast).
4. Імпланти.
5. Ортодонтичне лікування – переміщення 2 та 3 молярів на місце втраченого зуба
6. Автореплантацію.

Кожна з методик має недоліки та переваги, однак найбільшою пробле-

мою вважаємо фізіологічність заміщення дефекту. З огляду на це, звертаємо увагу на можливість використання методики автореплантації.

Методика добре відома [1, 2, 5, 7], порівняно нескладна у виконанні, мала періоди популярності та забуття, що пов'язано з коротким терміном функціонування таких зубів (близько 7-10 років, максимальний зареєстрований термін – 22 роки, але це поодинокі результати) [5, 6, 9].

Проаналізувавши досвід застосування цієї методики [3, 4, 8, 10, 11], ми узагальнили обмеження, які перешкоджають її ширшому застосуванню:

- вік пацієнта – бажано до 35 років, відсутність системних захворювань;
- збереження неушкодженої лунки видаленого зуба – місця майбутньої імплантації;
- відсутність запальних апікальних

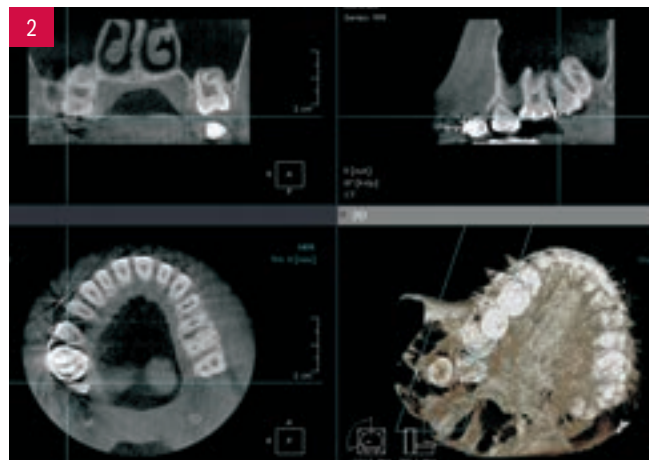
процесів донорської та реципієнтної ділянки;

- наявність автодонорських зубів;
- збереження цементу кореня та залишків сполучнотканинних волокон періодонту;
- адекватна ендотонтична обробка автодонорського зуба;
- можливість безпосередньої іммобілізації реплантованого зуба на термін 4-6 тижнів тимчасово, з подальшою заміною шини і збереженням іммобілізації ще на 12-16 тижнів.

Матеріали та методи дослідження

Визначено показання та засоби, завдяки яким можливо досягнути позитивних результатів.

Показання: потреба заміщення відсутнього нижнього першого моляра



та наявність третього моляра з нульовою жувальною ефективністю (ретенувані, дистоповані), але зі сформованими коренями, без ускладненого карієсу (мал. 2, 3).

Ми виділяємо безпосередню та відтерміновану автореплантацію. Безпосередня або негайна проводиться в той самий день після видалення ураженого зуба. Відтермінована автореплантація рекомендована в термін від 1 до 4 місяців після втрати зуба, застосовується у разі діагностування хронічного запального процесу в періапикальних тканинах або травми альвеолярного відростка.

Групи спостереження були сформовані за таким принципом:

перша група – пацієнти (16 осіб), яким проведено негайну автоімплантацію;

друга група – пацієнти (10 осіб), яким операцію автореплантації провели через 4-6 тижнів після видалення зуба.

Результати дослідження та їх обговорення

На сьогодні проведено 26 автореімплантацій з використанням верхніх третіх молярів як автодонорського матеріалу. Термін спостереження становить від 4 до 36 місяців.

Опрацьовано методику атравматичного видалення ретенуваних верхніх третіх молярів (мал. 4).

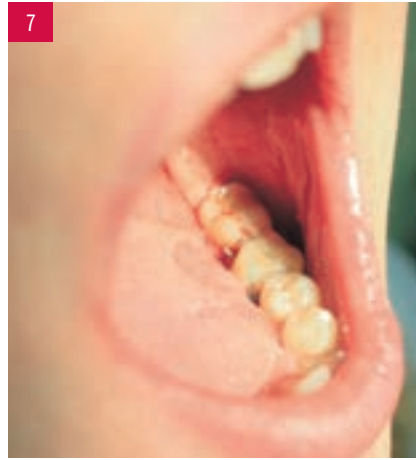
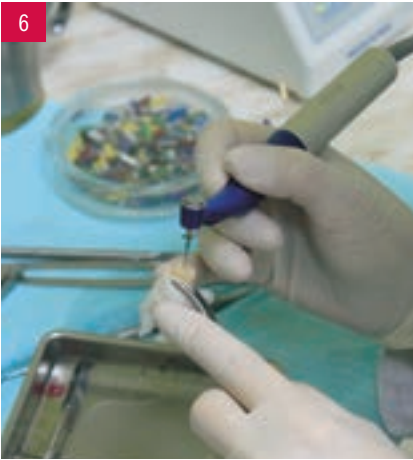
Однією з основних умов позитивного прогнозу вважаємо відсутність «стану сухого донорського зуба», рекомендуємо 5% розчин лізоциму в фізіологічному розчині для знаходження автоімплантату під час підготовки штучної лунки чи адаптації лунки видаленого зуба до кореня пересаджуваного зуба. Ігнорування цієї вимоги найчастіше призводить до патологічної резорбції коренів та втрати пересаджуваного зуба.

Ми поділяємо думку авторів, які рекомендують проводити ендодонтич-

ну обробку коренів зубів перед пересадкою (мал. 5, 6), крім того вважаємо за доцільне ретроградне пломбування апікальної частини матеріалами на основі МТІ (pro root) з обов'язковим збереженням зволоження кореня оброблюваного зуба та запобіганням травмування цементу кореня.

Щоб уникнути проростання епітелію слизової оболонки альвеолярного відростка рекомендуємо застосовувати резорбовані мембрани, а для заповнення підднурень між коренем та лункою використовувати остеопластичні матеріали, основна умова – розмір частинок повинен бути мінімальним, також необхідно витримати матеріал у фізіологічному розчині близько 30 хвилин.

Після введення реплантованого зуба в лунку та досягнення гемостазу проводять рентгенологічний контроль положення реплантованого зуба щодо суміжних зубів та нижньощелепного ка-



налу, рану зашивають, проводять іммобілізацію до суміжних зубів на термін 4-6 тижнів тимчасово, з подальшою заміною шини і збереженням іммобілізації ще на 12-16 тижнів. (мал. 7, 8) За період спостереження відторгнень та запальних ускладнень ми не відзначали жодного разу, резорбція кореня спостерігалась в одному ви-

падку (мал. 9), проби жувальної ефективності — у межах фізіологічних параметрів.

Висновки

Проаналізувавши наявні тенденції та методики відновлення цілісності зубного ряду, а також враховуючи фі-

нансовий складник сучасного стоматологічного лікування, можна запропонувати методику автореплантації як операцію вибору. Дотримання усіх умов підготовки та проведення процедури автореімплантації забезпечує стабільні результати та позитивний віддалений прогноз (мал. 10, 11).

Література

1. Актуальные проблемы пересадки зубов / [под ред. ак. АМН СССР проф. Ю. М. Лопухина]. — М.: Медицина, 1978. — 287 с.
2. Антоневиц В. М. О реплантации и трансплантации зубов / В. М. Антоневиц. — СПб., 1965. — 25 с.
3. Богатов А.И. Реплантация зубов / А. И. Богатов // Сборник статей V съезда стоматологической ассоциации России. — М., 1999. — С.226—227.
4. Гайворонский И.В., Иорданишвили А.К. А натомотопографическое и клиническое обоснование реплантации зубов у военнослужащих / И.В. Гайворонский, А.К. Иорданишвили // Актуальные вопросы ангиологии, нейроморфологии и краниологии. — СПб., 1996. — С.142—146.
5. Клейтман И.А. К выводам из опыта 105 реплантаций / И.А.Клейтман // Труды 1-го Всероссийского одонтологического съезда. — М., 1924. — С.308—313.
6. Экспериментально-морфологическое изучение реплантации зуба в блоке с круговой связкой десны / [Паниковский В.В. и др.] // Стоматология. — 1988. — №2. С.8—10.
7. Тотвен С.А. О реплантации зубов / С.А. Тотвен // Зубоврачебный мир. — 1910. — №6. — С.203.
8. Хасанов Р.А. Пересадка зубов / Р.А. Хасанов. — Уфа: Информреклама. — 2004. — 344 с.
9. Grasser H. Replantation of premolars and molars / H. Grasser // Zahnartzl.Prax. — 1984. — Bd.35. — №8. — S.304—310.
10. Holtje W.J. Premolar autotransplantation after front tooth loss in the maxilla / W.J. Holtje // Fortschr. Keifer. Gesichtschir. — 1995. — Bd.40 — S.87—90.
11. Periodontal healing after intentional auto-alloplastik replantation of injured immature upper front teeth / [Pohl Y., Filippi A., Tekin U., Kirchner H.] // J.Clin. Periodontal. — 2000. — Vol.27. — №3. — P.198—204.