



«ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА»

Показания к удалению зуба.

- ОБЩИЕ
 - В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ
 - НЕОТЛОЖНЫЕ
- МЕСТНЫЕ:
 - абсолютные
 - относительные



- **Общие показания** обусловлены развитием хронической эндогенной интоксикации за счет одонтогенной инфекции, в том числе развитие или обострение общих заболеваний. Это вмешательство особенно показано при хронической интоксикации организма больного из одонтогенных очагов инфекции (хронический сепсис, миокардит, кардиомиодистрофия, эндокардит, ревматизм и другие заболевания соединительной ткани).

Операция может проводиться по неотложным показаниям и в плановом порядке.

- К срочному удалению зуба прибегают при гнойном воспалительном процессе в периодонте, когда, несмотря на предшествующее консервативное лечение, он не купируется, а, наоборот, нарастает.
- По неотложным показаниям удаляют зуб, являющийся источником инфекции при остром остеомиелите, а также периостите, околочелюстном абсцессе и флегмоне, синусите, лимфадените, когда они не подлежат консервативному лечению или не представляют функциональной ценности. В порядке неотложной помощи удаляют зуб при продольном его переломе, переломе коронковой части с обнажением пульпы, если коронку его невозможно восстановить путем пломбирования или ортопедического лечения.

Показания к плановому удалению зуба следующие:

1. Безуспешность эндодонтического лечения при наличии хронического воспалительного очага в периодонтите и окружающей кости. Это вмешательство особенно показано при хронической интоксикации организма больного из одонтогенных очагов инфекции (хронический сепсис)
2. Невозможность консервативного лечения из-за значительного разрушения коронки зуба или технических трудностей, связанных с анатомическими особенностями (непроходимые или искривленные каналы корней), погрешности лечения, вызвавшие перфорацию корня или полости зуба.
3. Полное разрушение коронковой части зуба, невозможность использовать оставшийся корень для зубного протезирования.
4. Подвижность 3-4 степени и выдвигание зуба вследствие резорбции кости вокруг альвеолы при тяжелой форме пародонтита и пародонтоза.

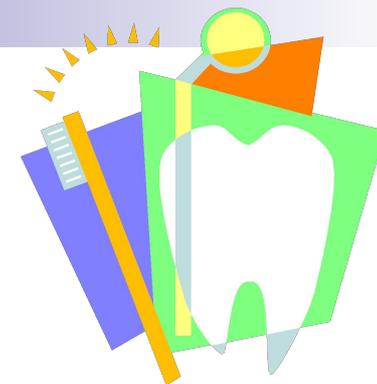
5. Неправильно расположенные зубы, травмирующие слизистую оболочку рта, языка и не подлежащие ортодонтическому лечению. Такие зубы удаляют по эстетическим показаниям.
6. Не прорезавшиеся в срок или частично прорезавшиеся зубы, вызывающие воспалительный процесс в окружающих тканях, который ликвидировать другими путем невозможно.
7. Расположение в щели перелома зубы, мешающие репозиции отломков и не подлежащие консервативному лечению.
8. Выдвинувшие в результате потери антагониста зубы, конвергирующие и дивергирующие зубы, мешающие изготовлению функционального зубного протеза. Для устранения аномалии прикуса при ортодонтическом лечении удаляют даже устойчивые, не пораженные кариесом зубы.
9. сверхкомплектные зубы, создающие трудности для протезирования, травмирующие мягкие ткани, вызывающие болевые ощущения, нарушающие функцию жевания;

Противопоказания к удалению зуба

- Некоторые общие и местные заболевания являются относительными противопоказания к этому вмешательству.
- Удаления зуба в таких случаях можно выполнить после соответствующего лечения и подготовки больного.

Относительными (временными) противопоказанием к операции удаления зуба являются следующие заболевания :

1. **Сердечно сосудистые** (предынфарктное состояние и в течении 3-6 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь в период криза, ишемическая болезнь сердца с частными приступами стенокардии, пароксизм мерцательной аритмии, пароксизмальная тахикардия, острый септический эндокардит и др.).
2. **Острые заболевания паренхиматозных органов** - печени, почек, поджелудочной железы (инфекционный гепатит, гломерулонефрит, панкреатит и др.)
3. **Геморрагические диатезы** (гемофилия, болезнь Верльгофа, С-авитаминоз) заболевания, протекающие с геморрагическими симптомами (острый лейкоз, агранулоцитоз).
4. **Острые инфекционные заболевания** (грипп, острые респираторные заболевания, рожистое воспаление, пневмония).



5. **Заболевания ЦНС** (острое нарушение мозгового кровообращения, менингит, энцефалит)
6. **Психические заболевания в период обострения** (шизофрения, маниакально–депрессивный психоз, эпилепсия)
7. **Острая лучевая болезнь первой и третьей стадий**
8. **Заболевания слизистой оболочки полости рта** (стоматит, гингивит).

После лечения этих заболеваний и улучшения состояния больных проводится удаление зуба. Целесообразно это сделать после консультации с соответствующим специалистом. Пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями удалить зуб лучше в условиях стационара.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

1. Правильный выбор инструмента
2. Правильное положение врача и пациента во время операции удаления зуба
3. Правильное положение пальцев левой кисти при проведении операции удаления зуба
4. Правильный прием удаления зуба

1. Правильный выбор инструмента

Щипцы

- Устройство и форма щипцов неодинаковы. Конструкция их зависит от анатомического строения зуба и места его в зубном ряду.

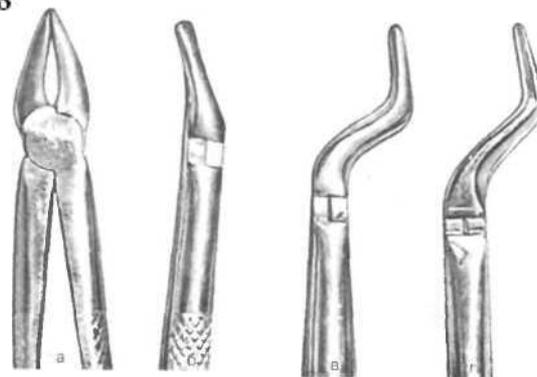
Различают следующие виды щипцов:

1. Щипцы для удаления зубов и корней верхней (рис. 27, 28) и нижней челюстей (рис. 29). у щипцов для удаления зубов верхней челюсти продольная ось щечек и ось ручек совпадают, или параллельны, или образуют тупой угол, приближающийся к двум прямым углам (рис. 30, а—г). У щипцов для удаления зубов нижней челюсти щечки и ручки расположены под прямым углом или под углом, приближающимся к прямому (рис. 30, д).

Рис. 27



Рис. 28



■ Рис. 29. Щипцы для удаления зубов нижней челюсти.

а — резцов; б — клыка и малых коренных зубов; в — больших коренных зубов, изогнутые по ребру; г — больших коренных зубов, изогнутые по плоскости; д — корней всех зубов нижней челюсти.

■ Рис. 30. Признак угла у щипцов для удаления зубов.

а, б, в, г — верхней челюсти, д — нижней челюсти.



Рис. 29

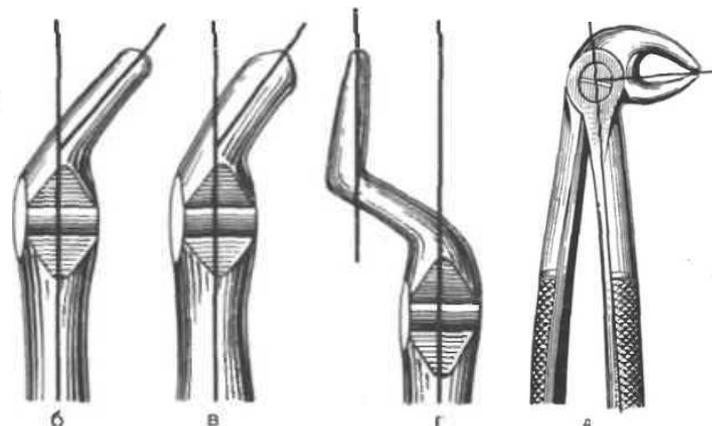


Рис. 30



beaks

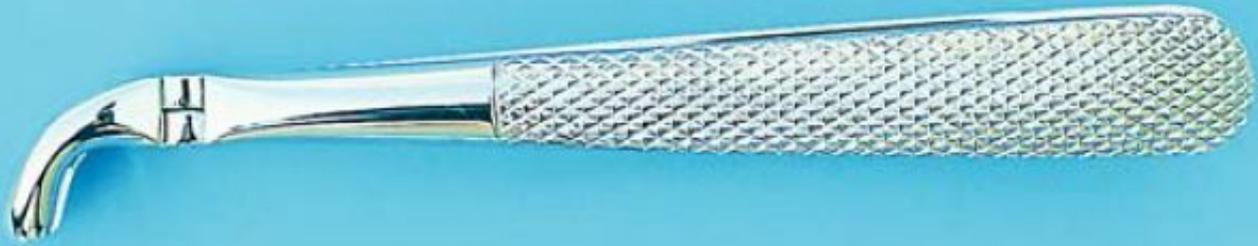
hinge

handle







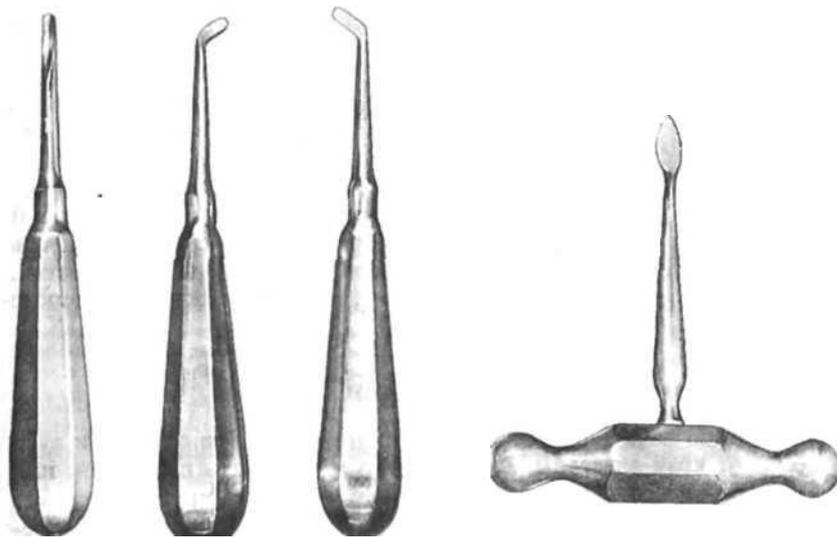


2. Щипцы для удаления зубов с сохранившейся коронкой (коронковые) и для удаления корней (корневые).
3. Щечки щипцов для удаления зубов с коронкой при смыкании не сходятся (см. рис. 27, 29, а—г), для удаления корней — сходятся (см. рис. 28, 29, д).
4. Щипцы для удаления отдельных групп зубов верхней и нижней челюсти. Они различаются шириной и особенностями строения щечек, расположением их по отношению к ручкам, формой ручек (см. рис. 27, 28, 29).

4. Щипцы для удаления первого и второго больших коренных зубов верхней челюсти справа и слева. Левая и правая щечки этих щипцов устроены неодинаково (см.рис. 27, в, г).
5. Щипцы для удаления зубов нижней челюсти при ограниченном открывании рта. Они имеют изгиб щечек в горизонтальной плоскости (см. рис. 29, г).

Для успешного выполнения операции следует применять щипцы, конструкция которых соответствует анатомическим особенностям удаляемого зуба.





Элеваторы

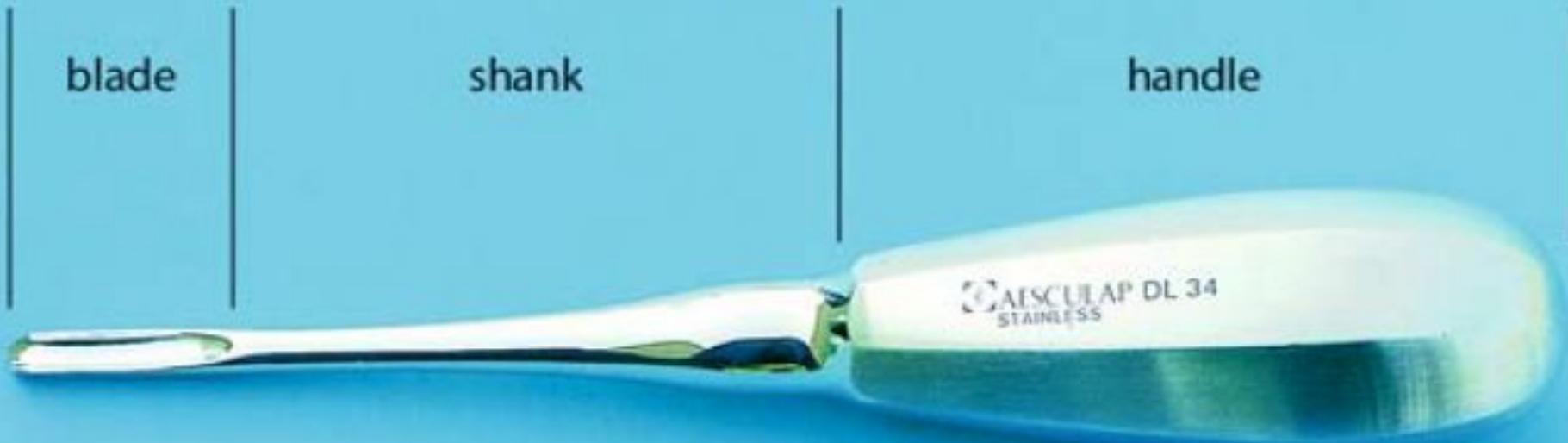
- Прямой элеватор применяют в тех случаях, когда удаление щипцами связано с затруднениями (значительное разрушение коронки зуба, корней зуба, плохое открывание рта).
- Боковые элеваторы используют для удаления корней нижних моляров после того, как один из корней зуба удален, а другой удалить щипцами не удастся.

Прямой элеватор

- Рабочая часть (щечка) является продолжением соединительного стержня и вместе с ручкой расположена на одной прямой линии. Щечка с одной стороны выпуклая, полукруглая, с другой — вогнутая и имеет вид желобка, конец ее истончен и закруглен. Ручка грушевидной формы с продольными гранями суживается по направлению к соединительному стержню. *Прямой элеватор предназначен для удаления корней зубов верхней челюсти, имеющих один корень, а также разъединенных корней многокорневых зубов верхней челюсти. Кроме того, его применяют для удаления зубов верхней челюсти, расположенных вне зубной дуги, изредка — нижнего третьего большого коренного зуба. Иногда его используют для удаления разъединенных корней больших коренных зубов нижней челюсти.*



а



blade

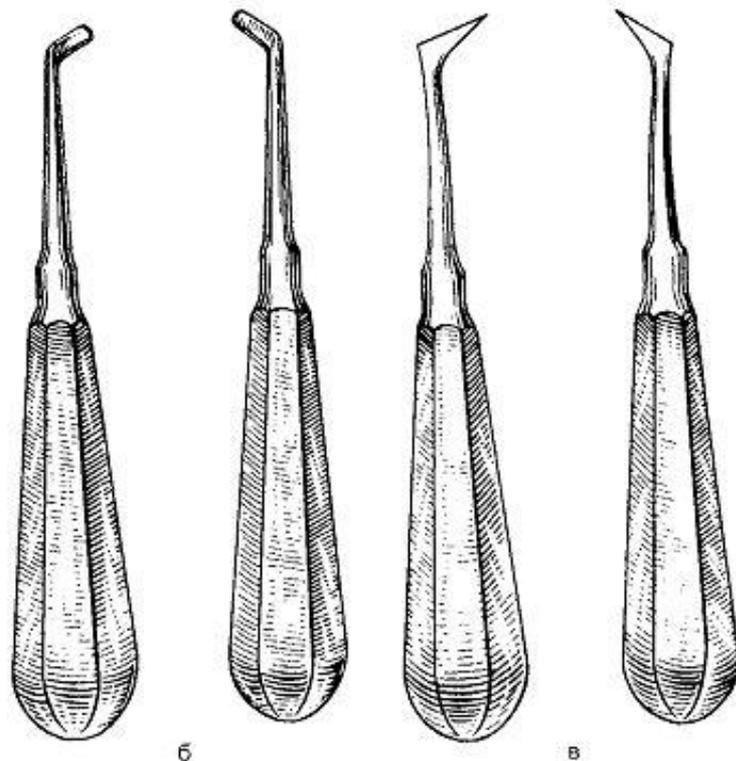
shank

handle

AISCULAP DL 34
STAINLESS

Угловой элеватор

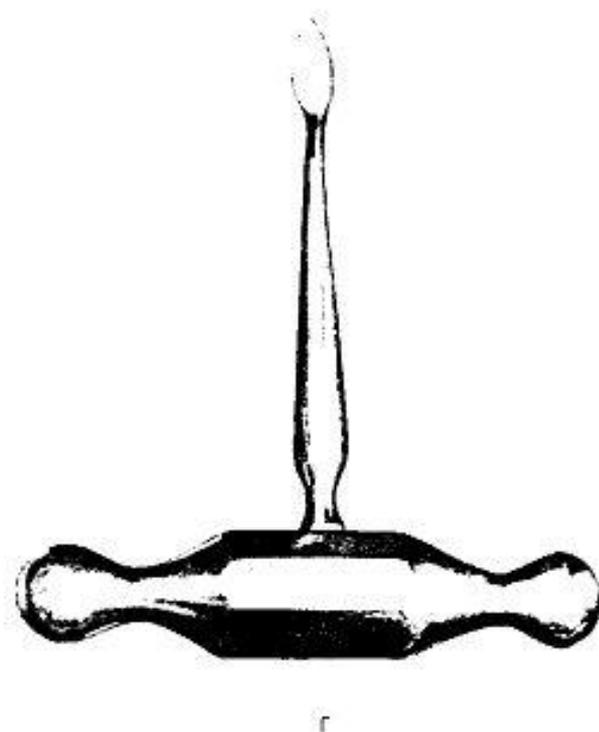
Рабочая часть (щечка) изогнута по ребру и расположена к продольной оси элеватора под углом около 120° (рис. , б). Щечка небольшая, одна поверхность ее выпуклая, другая — слегка вогнутая с продольными насечками. Конец ее истончен и закруглен. Вогнутая поверхность щечки у одних элеваторов обращена влево (к себе), у других — вправо (от себя). Угловые элеваторы бывают с щечками в виде треугольника, вершина которого заканчивается острым концом (рис.в. Во время работы элеватором вогнутая поверхность щечки направлена к удаляемому корню, выпуклая — к стенке лунки. Ручка и соединительный стержень такие же, как у прямого элеватора. Угловой элеватор используют для удаления корней зубов нижней челюсти.





Штыковидный элеватор (элеватор Леклюза).

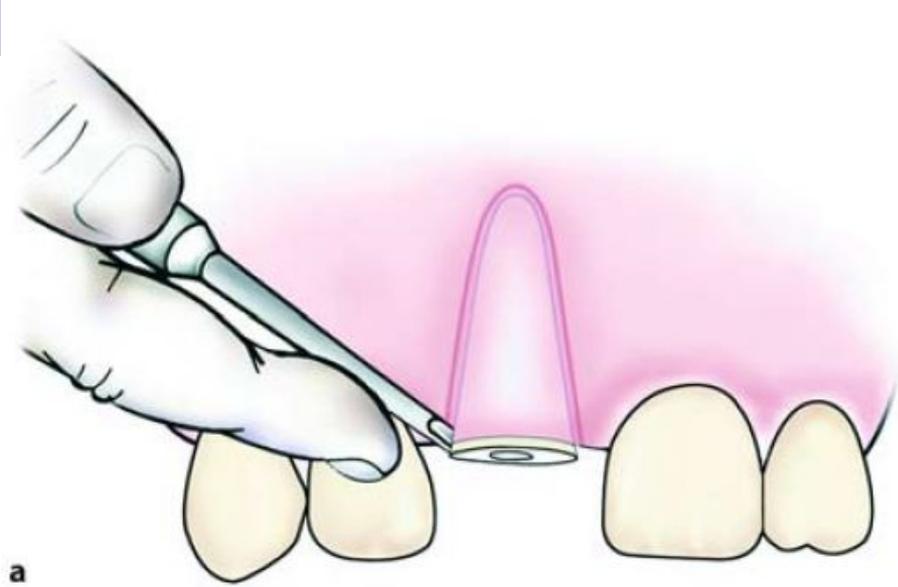
- Соединительный стержень элеватора штыкообразно изогнут. Рабочая часть (щечка) имеет копьевидную форму, сужается и истончается к концевому отделу. Одна поверхность щечки гладкая, другая — закругленная. Ручка круглая, более толстая в средней части, расположена перпендикулярно по отношению к соединительному стержню и рабочей части. За счет штыковидной изгиба продольная ось щечки и ось соединительного стержня расположены в параллельных плоскостях. Элеватор предназначен для удаления третьего нижнего большого коренного зуба

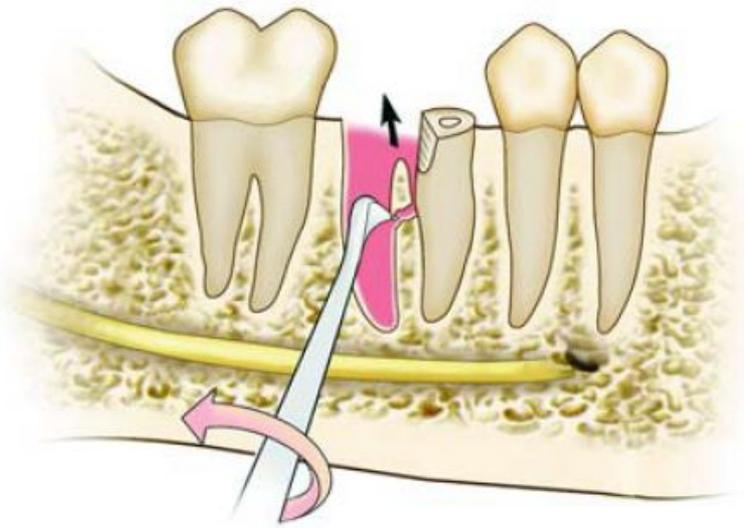




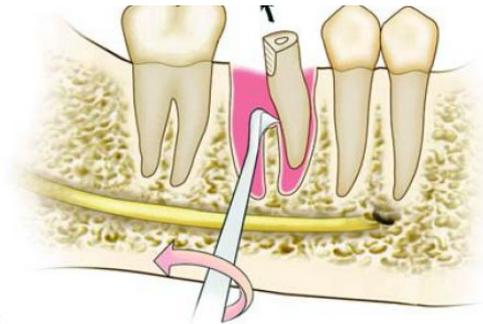








a



a



b



b



a



b



a



b

Fig. 5.31 a,b. Separation of roots of the mandibular first molar with fissure bur

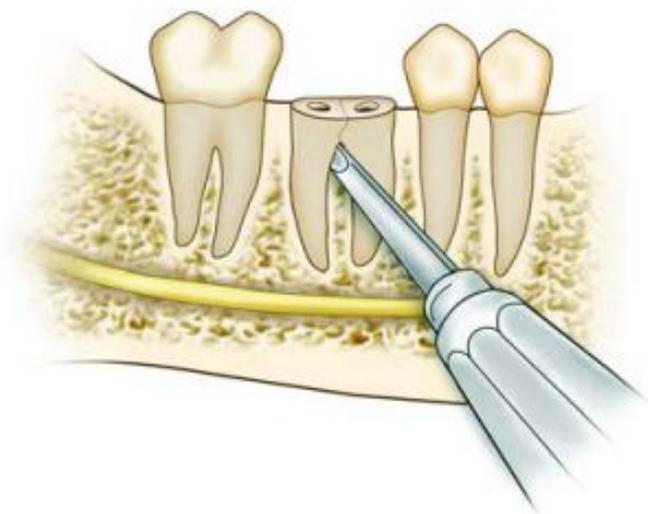
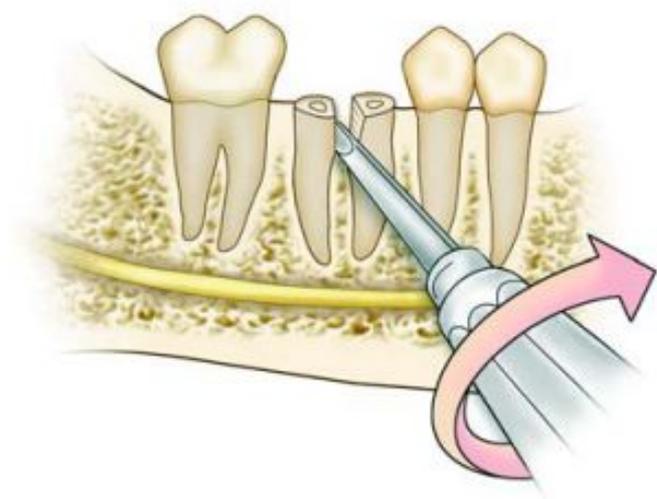
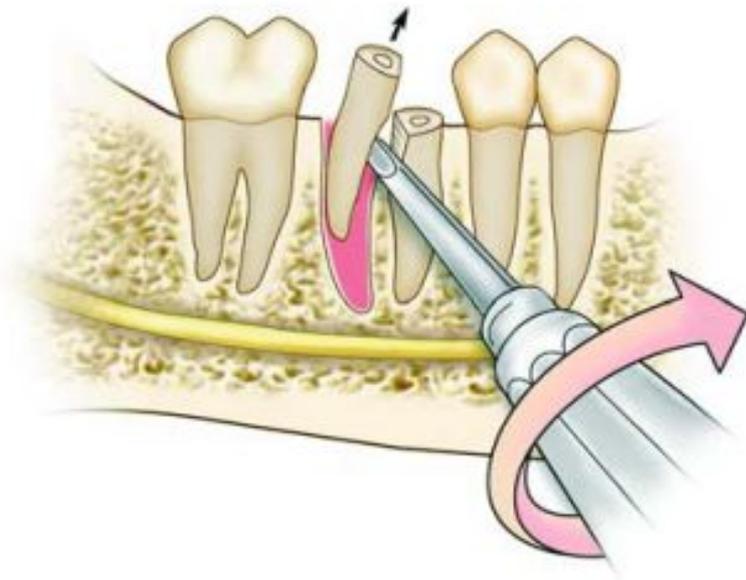


Fig. 5.34 a, b. Positioning of the elevator and the fingers of the left hand for separation of molar roots



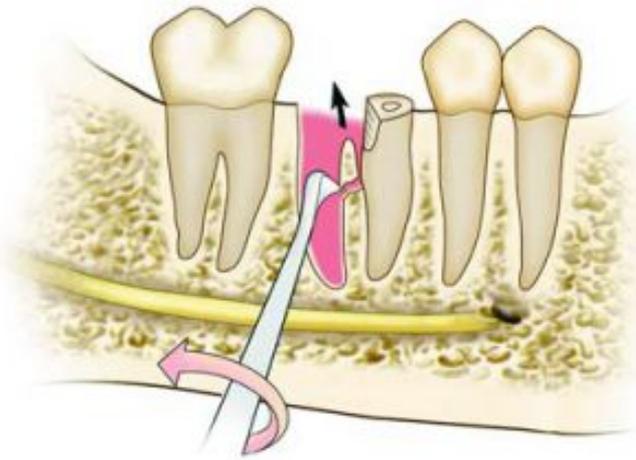


a



b

Fig. 5.36 a,b. Removal of distal root using a straight elevator

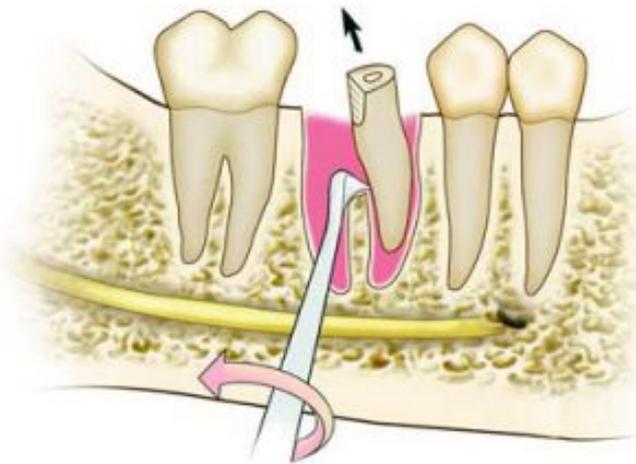


a



b

Fig. 5.37 a,b. Using an elevator with T-shaped handles to remove intraradicular bone

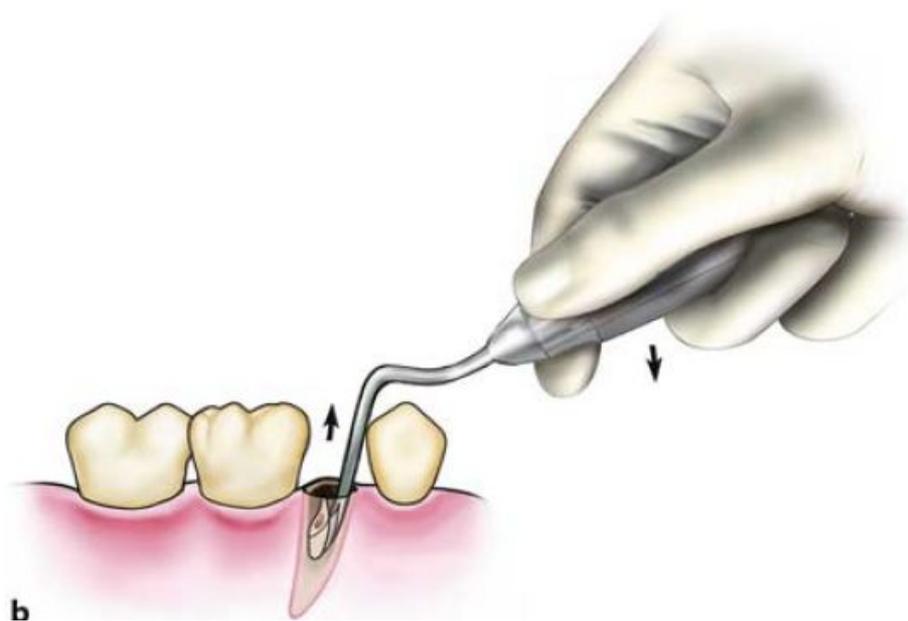
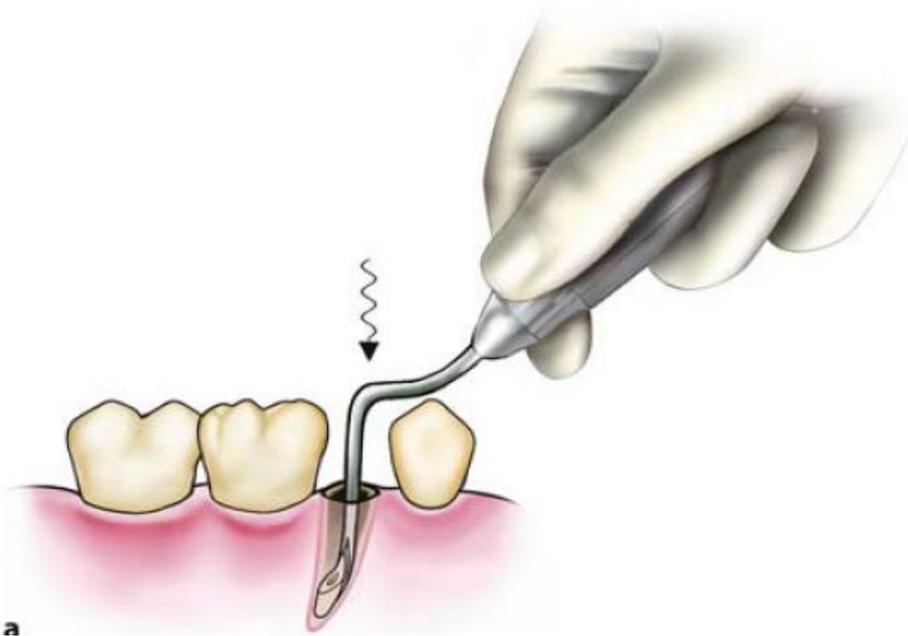


a



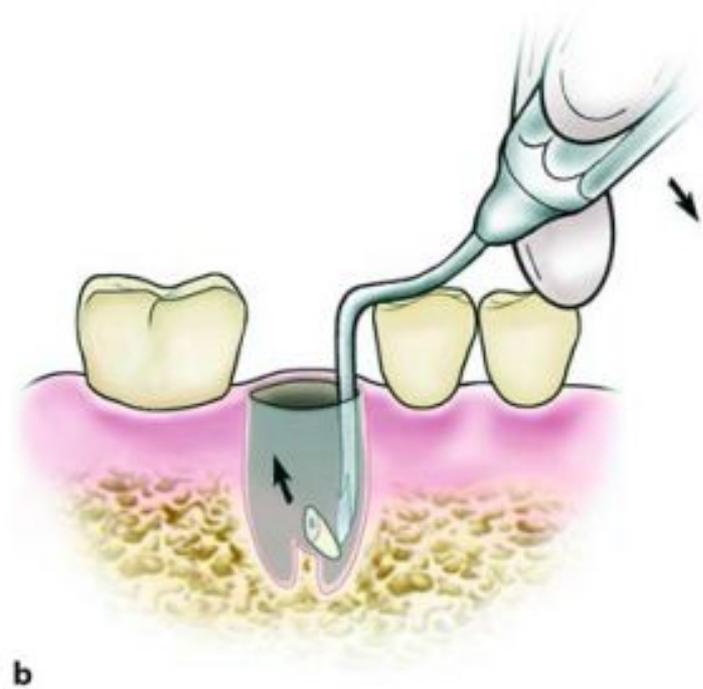
b

Fig. 5.38 a,b. Luxation of root with rotation of the elevator upwards

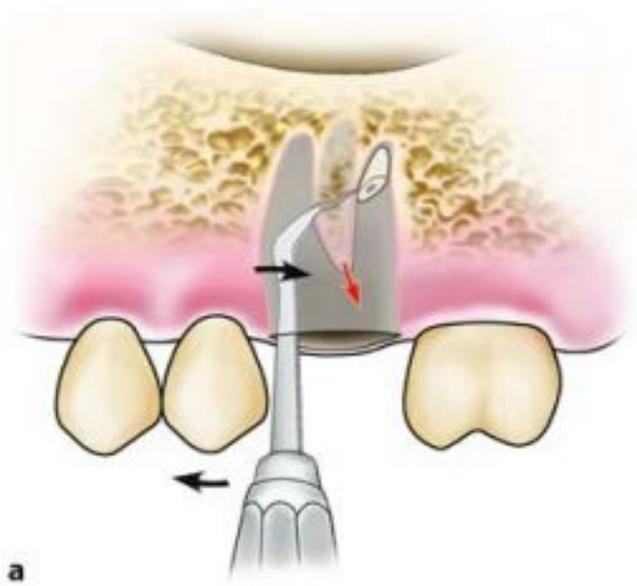




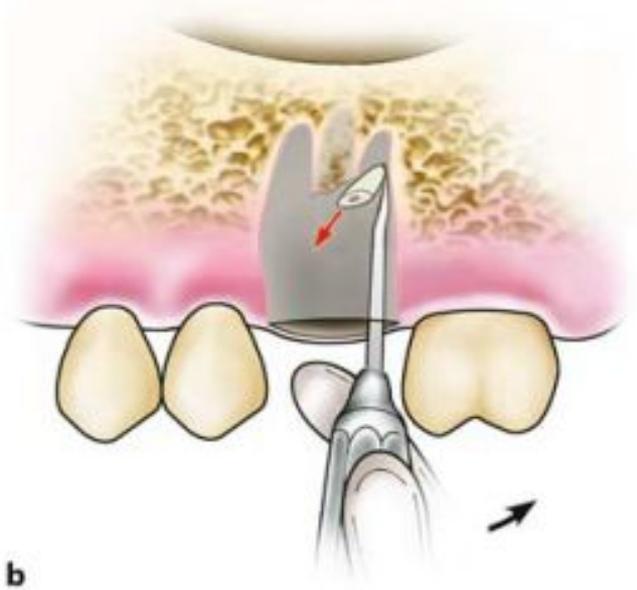
a



b



a



b

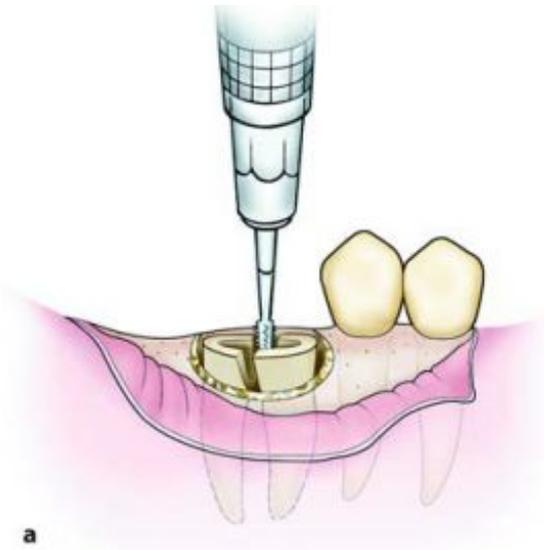


Fig. 6.46 a, b. Diagrammatic illustration (a) and clinical photograph (b) showing the removal of the buccal plate as far as the root bifurcation. Roots are separated using a fissure bur in the buccolingual direction

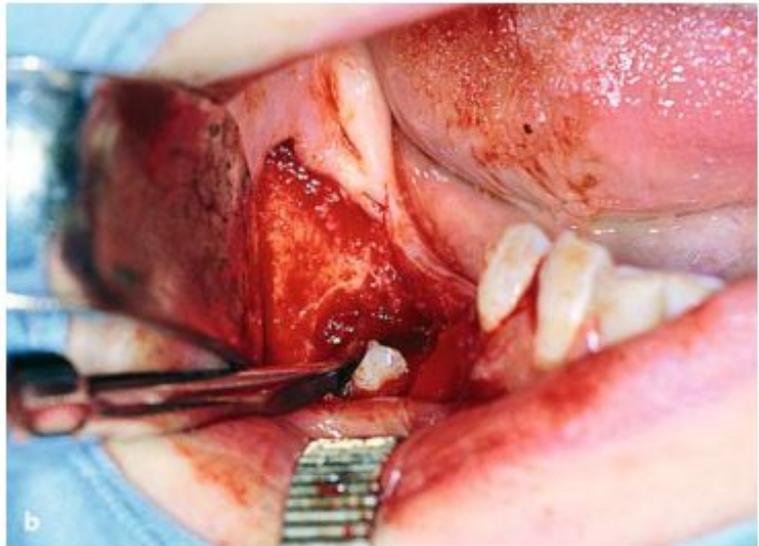
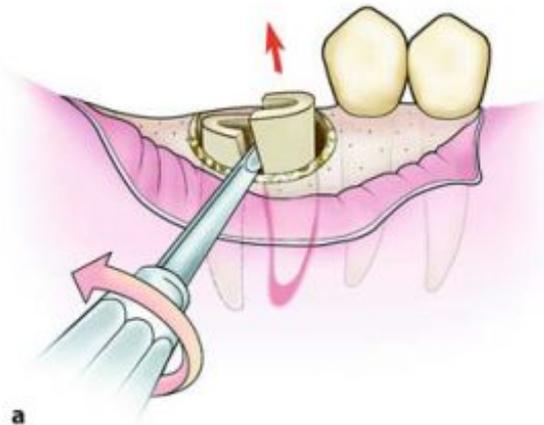
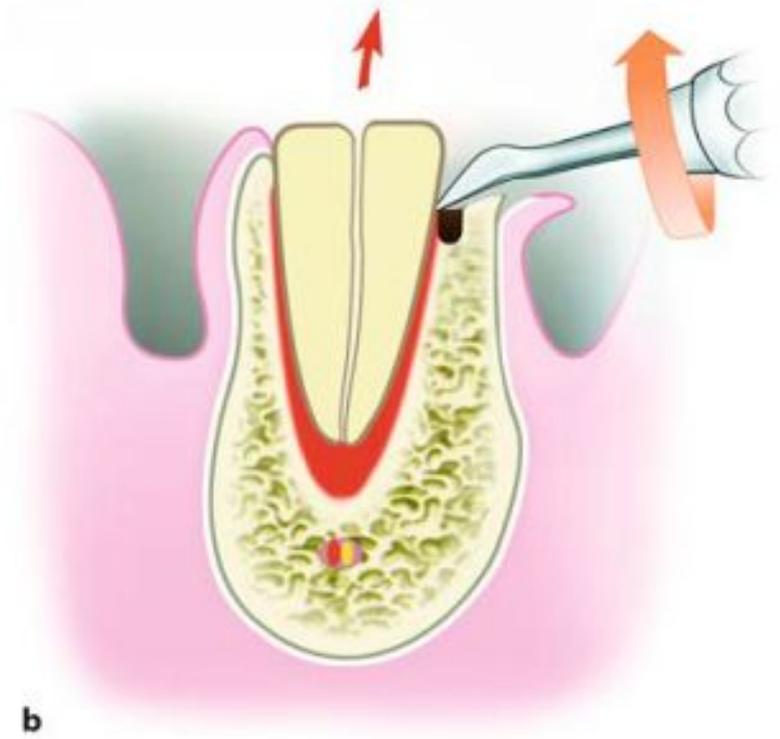
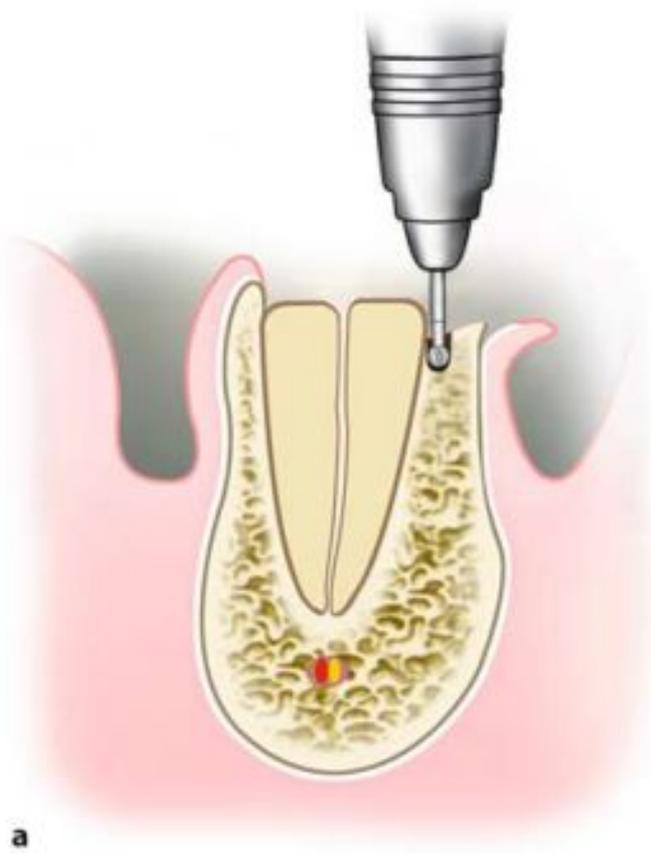


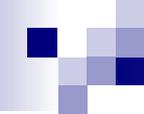
Fig. 6.47 a, b. Junction of roots after preparation. Diagrammatic illustration (a) Clinical photograph (b)



2. Правильное положение врача и пациента во время операции удаления зуба

С целью создания наиболее удобных условий для удаления зуба, различают:

1. Удаления зубов на левой половине верхней челюсти.
2. Удаление зубов на правой половине верхней челюсти.
3. Удаление зубов на левой половине нижней челюсти.

- 
- При удалении зубов на верхней челюсти кресло должно быть поднято или опущено (в зависимости от роста больного и врача) на уровень, при котором верхняя челюсть больного находилась бы на уровне локтевого сустава врача.
 - Для удаления зубов на верхней челюсти врач становится впереди больного справа.
 - При удалении зубов на нижней челюсти, положение врача на стороне на которой находится удаляемый зуб.

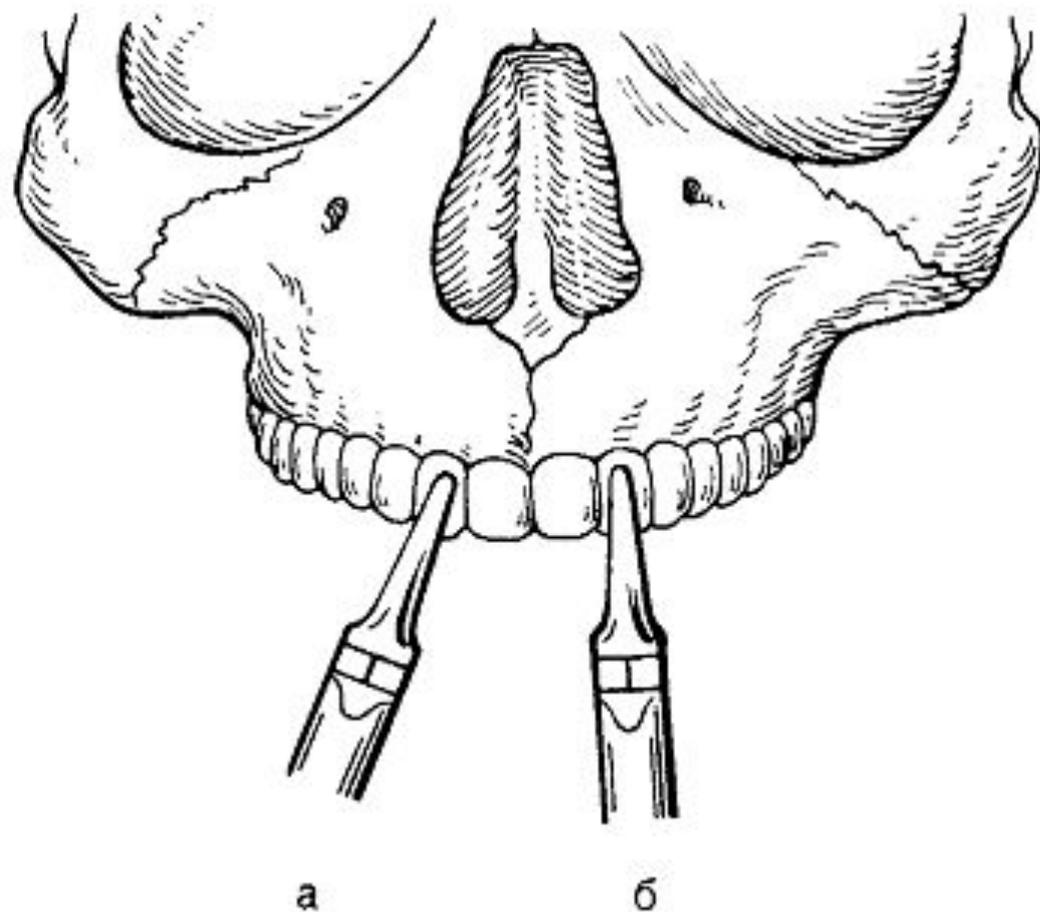


Рис. 6.10. Наложение щечек шипцов на зуб. Ось щечек совпадает с осью зуба.

а — неправильно; б — правильно.

3. Положение пальцев левой кисти врача

- При удалении зубов на верхней челюсти I и II пальцами фиксируют альвеолярный отросток на уровне удаляемого зуба.
- При удалении зуба на нижней челюсти слева II палец кисти располагается в преддверии рта, отодвигая левую щеку, III палец – между альвеолярным отростком и языком, а I палец – под краем нижней челюсти, фиксируя ее.



а



б



в



Рис. 35. Положение больного и врача во время удаления зубов.
а — верхней челюсти; б — нижней челюсти справа; в — нижней челюсти слева.

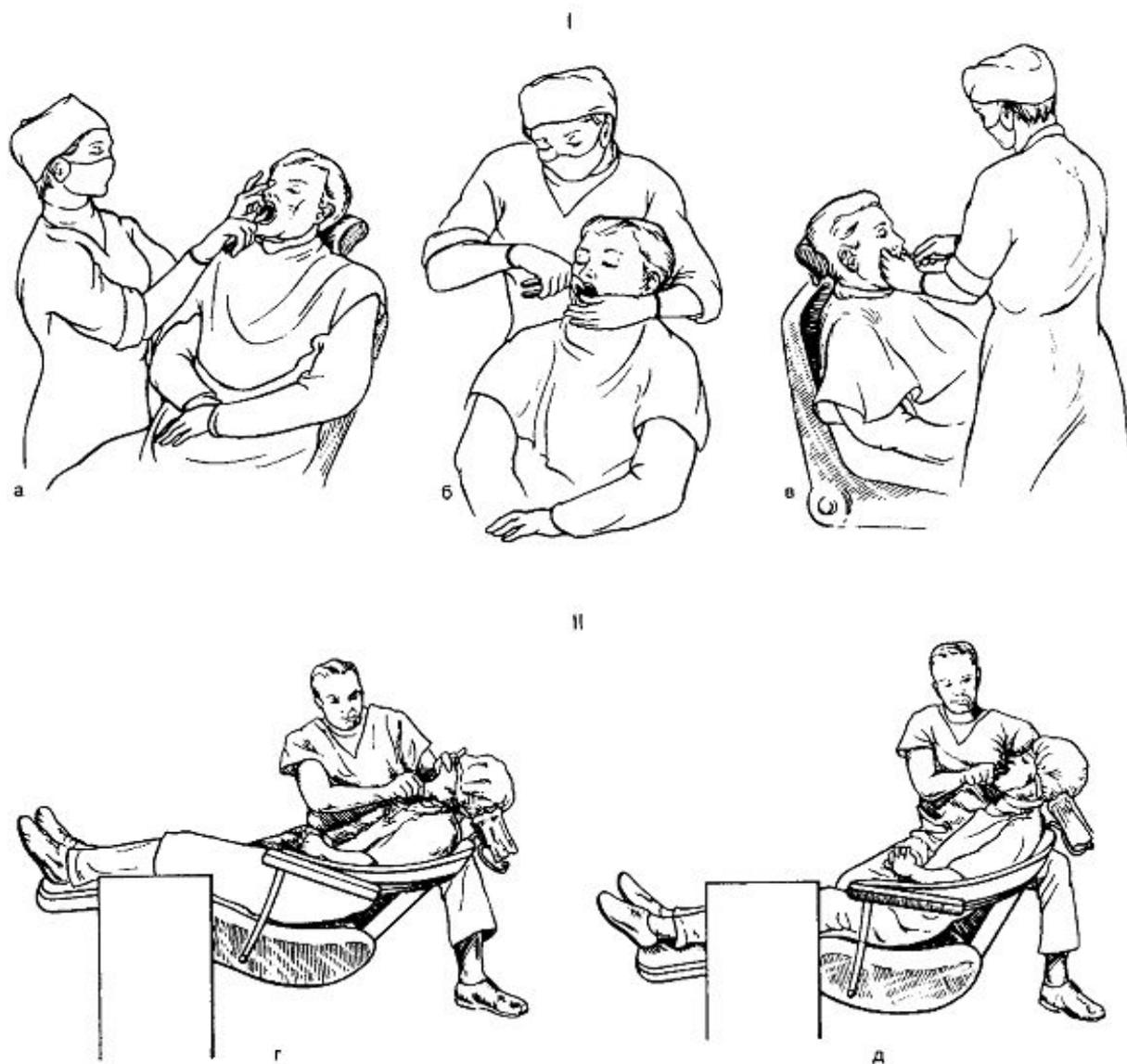


Рис. 6.11. Положение больного во время удаления зубов.

I — положение сидя в кресле; удаление зубов: а — на верхней челюсти, б — на нижней челюсти справа, в — на нижней челюсти слева; II — положение больного лежа в кресле; удаление зубов: г — на верхней челюсти, д — на нижней челюсти.

Методика удаления зубов

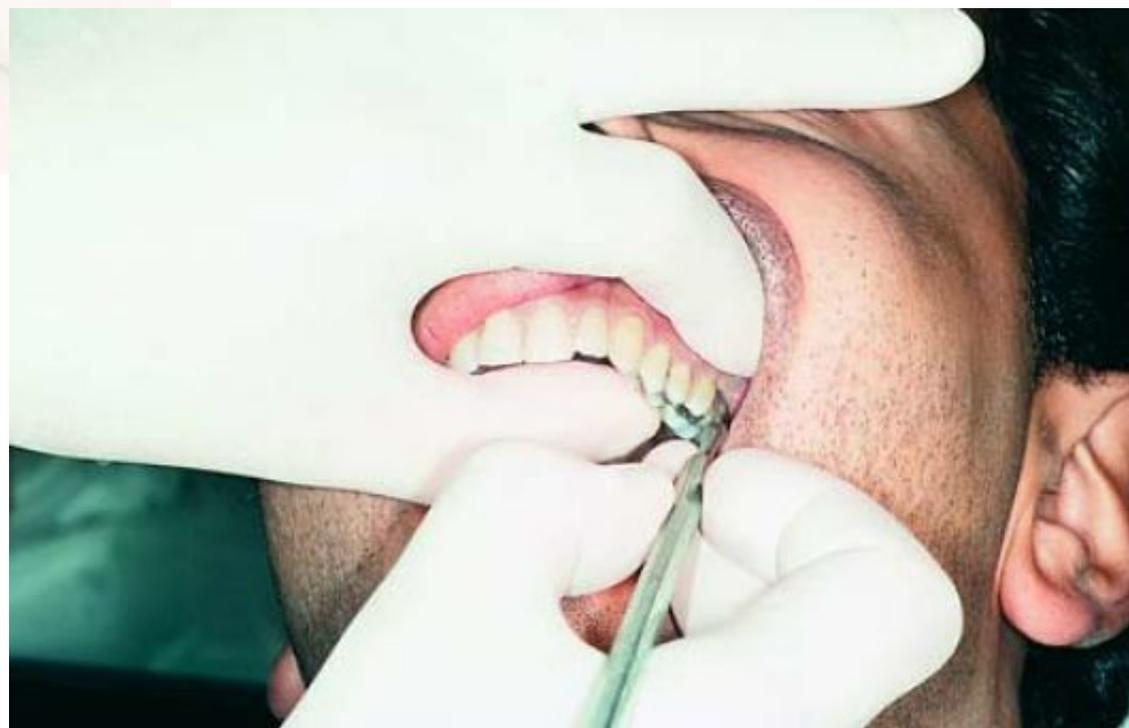
Приемы удаления зубов щипцами

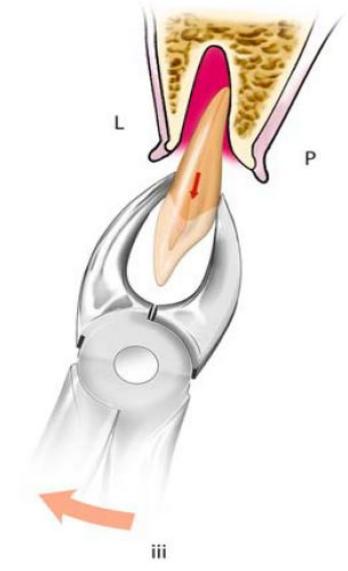
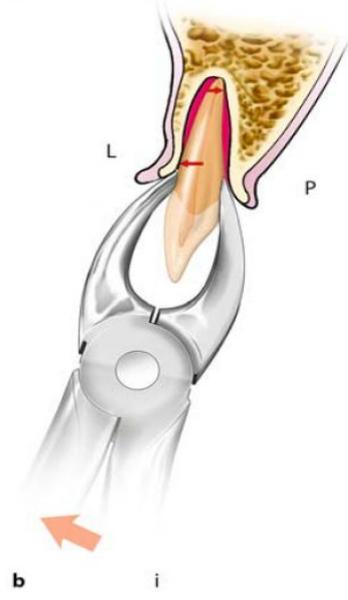
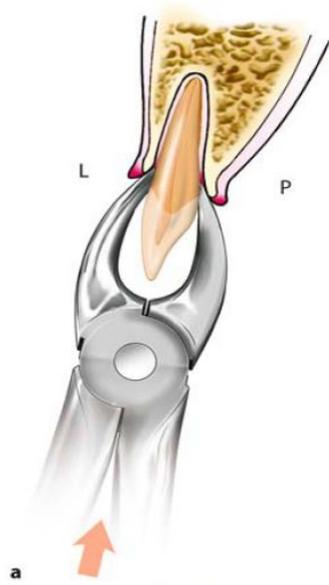
- Операцию удаления начинают с отделения круговой связки от шейки зуба. Отделять десну удобно при помощи гладилки или узкого распатора/ периотома.
- Когда удаляемые зубы сильно разрушены, то необходимо десну отделить от края альвеолы (*синдесмотомия - отслаивание циркулярной связки зуба*). Это облегчает наложение щечек щипцов и дает возможность точнее ориентироваться в отношении поперечного размера корня, а также сохраняет целостность слизистой оболочки при извлечении зуба.

Удаление зуба проводится щипцами и состоит из нескольких последовательных приемов:

- 1) наложение щипцов;
- 2) продвижение щечек щипцов;
- 3) смыкание щипцов (фиксация);
- 4) вывихивание зуба (люксация или ротация);
- 5) извлечение зуба из лунки (тракция).

сепарация





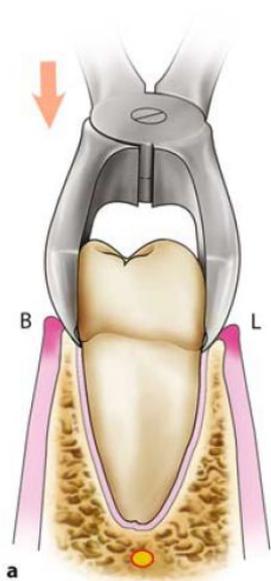


Fig. 5.16 a, b. Extraction of a mandibular left posterior tooth (first molar). **a** Diagrammatic illustration and **b** clinical photograph showing how to hold the tooth with forceps and support the mandible with the nondominant hand. (*B* Buccal, *L* lingual)

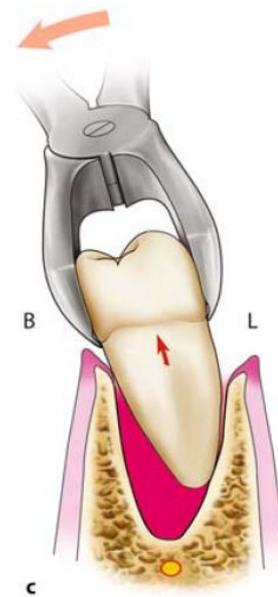
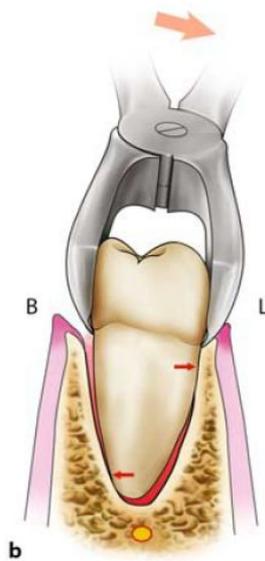
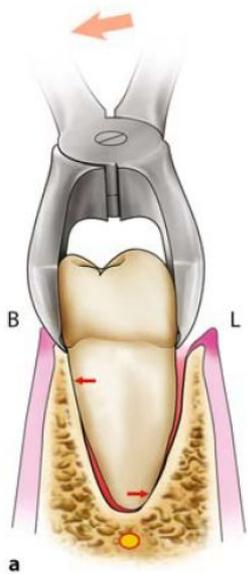
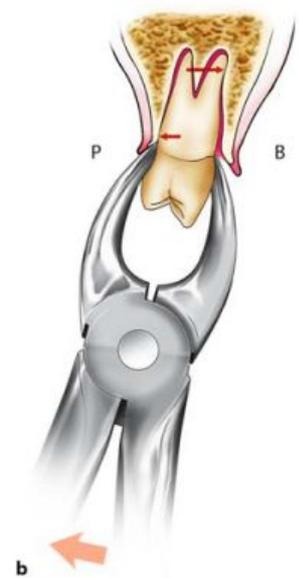
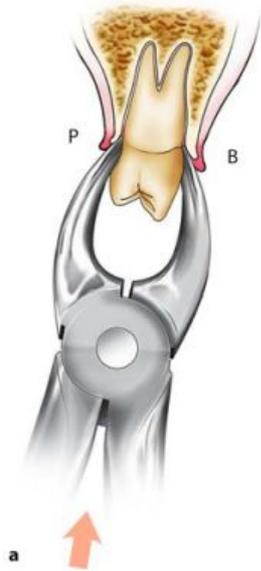


Fig. 5.12 a, b. Extraction of maxillary left tooth (first premolar). **a** Diagrammatic illustration and **b** clinical photograph, which show how to hold the tooth with forceps and support the alveolar process with fingers of the nondominant hand. (*B* Buccal, *P* palatal)



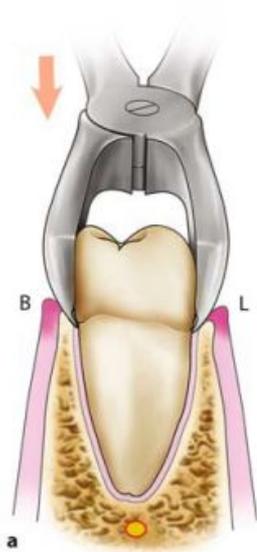
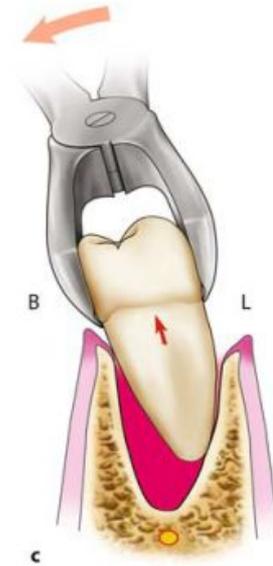
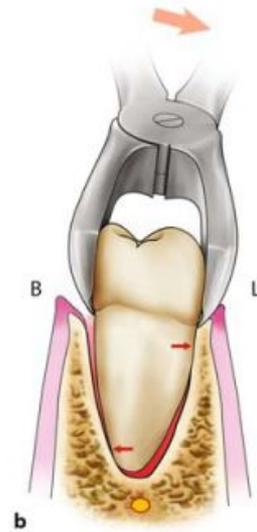
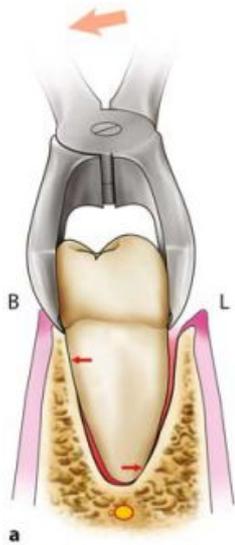
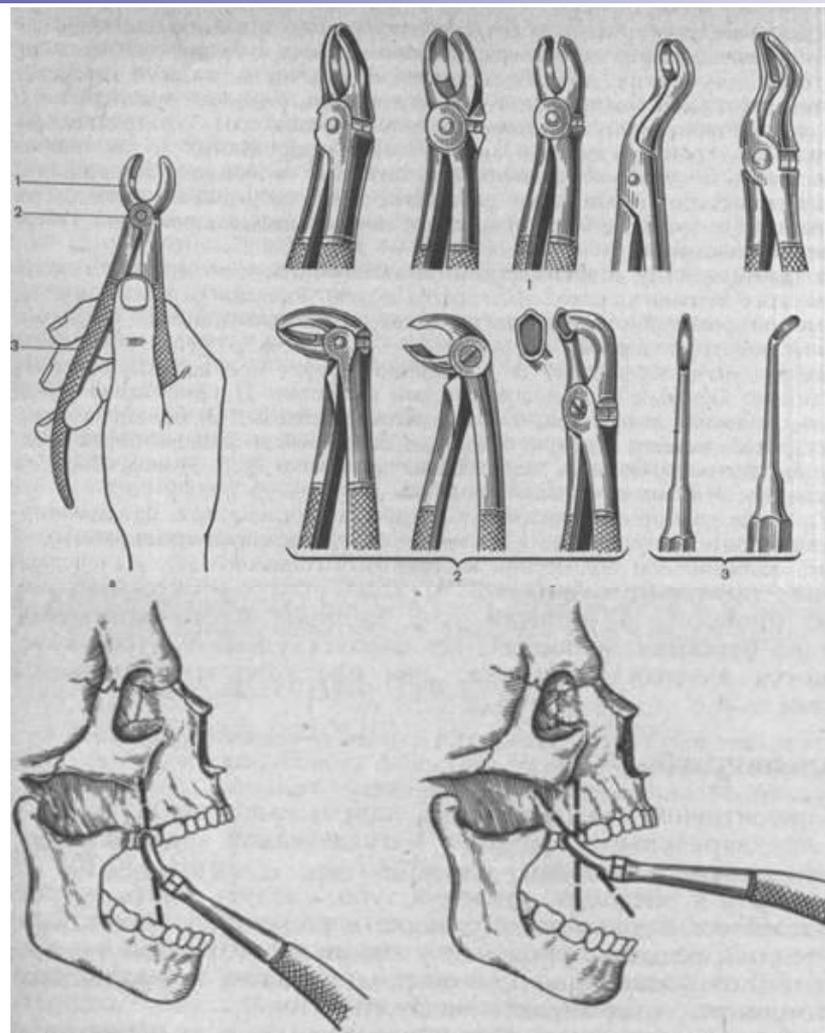


Fig. 5.16 a, b. Extraction of a mandibular left posterior tooth (first molar). **a** Diagrammatic illustration and **b** clinical photograph showing how to hold the tooth with forceps and support the mandible with the nondominant hand. (*B* Buccal, *L* lingual)



Первый и второй моляры удаляют коронковыми S-образными щипцами с шипами. Щечка с шипом накладывается на наружную сторону зуба, при этом шип входит в промежуток между щечными корнями, другая щечка охватывает область нёбного корня.

При помощи **прямого элеватора, вводя щечку его рабочей части вогнутостью к удаляемому корню, а выпуклостью к соседнему зубу, проводят** удаление разрушенного второго большого коренного зуба.



Инструменты для удаления зубов.
а-щипцы (1-щечки; 2-замок; 3 - ручки); б - виды щипцов (1,2) и элеваторов (3); в - положение щипцов при удалении верхних моляров: слева - правильное, справа - неправильное.

Удаление нижних больших коренных зубов. Первый и второй моляры имеют по два корня (чаще всего, возможны в 50-35 % случаев различные вариации!!!) : медиальный (более мощный) и дистальный. Стенки лунок этих зубов толстые и плотные. У первого моляра наружная и внутренняя лунки одинаковой толщины, у второго моляра - наружная стенка толще за счет утолщения челюсти в области наружной косой линии, а язычная стенка более тонкая.



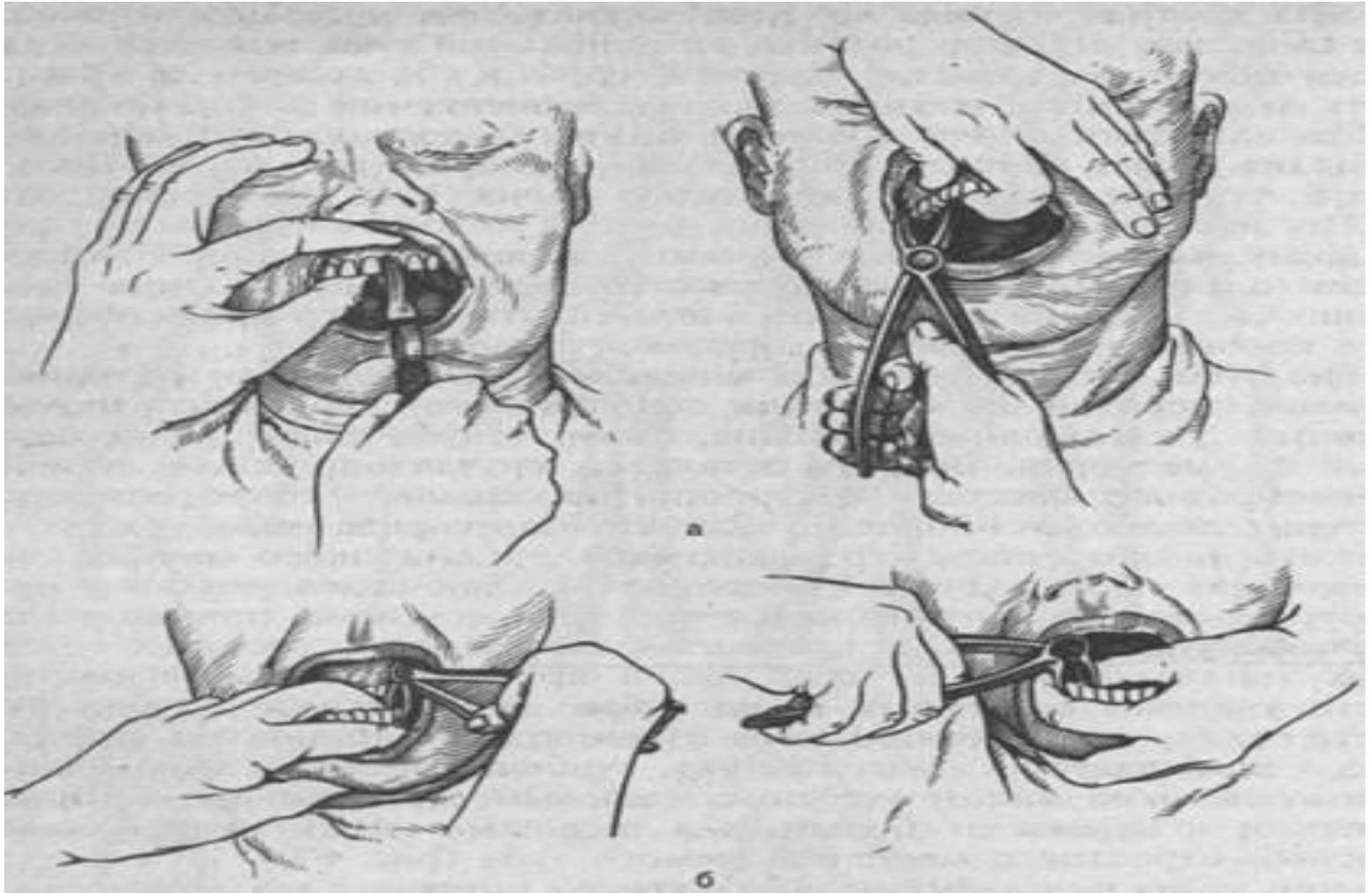
- **При удалении правых нижних больших коренных зубов** врач становится справа и сзади от больного.левой рукой врач обхватывает голову больного. Большой палец левой руки обхватывает альвеолярный отросток с язычной стороны и отодвигает язык, указательный - альвеолярный отросток со стороны щеки и отодвигаем щеку, остальными пальцами обхватываем челюсть снаружи.
- **При удалении левых нижних больших коренных зубов** врач находится слева от больного и впереди его. При применении щипцов, изогнутых по плоскости, для удаления левого зуба мудрости врач может находиться справа и впереди больного. Пальцы можно укладывать так же, как и при удалении левых нижних малых коренных зубов. Некоторые врачи указательный палец левой руки вводят с язычной стороны альвеолярного отростка, большой с щечной стороны (отодвигая им щеку), а остальными пальцами следует обхватить тело нижней челюсти.



Удаление нижнего моляра прямым элеватором.

При удаленном медиальном корне левого нижнего моляра или дистальном корне правого нижнего моляра для удаления оставшегося корня применяется **боковой (угловой) элеватор, вогнутая поверхность щечки последнего обращена вправо (от себя), а при удаленном дистальном корне левого нижнего моляра или медиальном корне правого нижнего моляра - элеватор, вогнутая поверхность щечки которого обращена влево (к себе).**





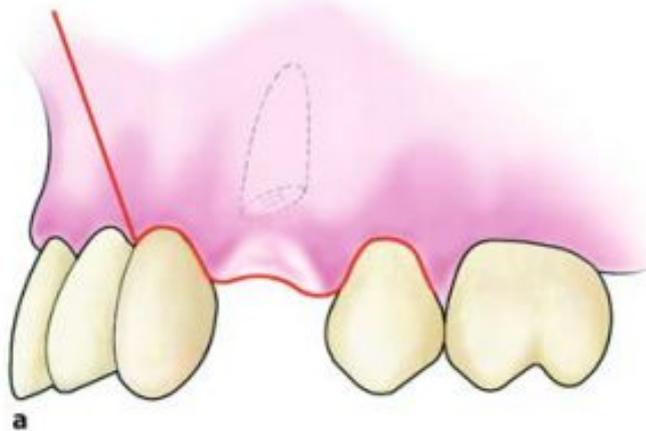
Наложение щипцов при удалении зубов на верхней (а) и нижней (б) челюсти

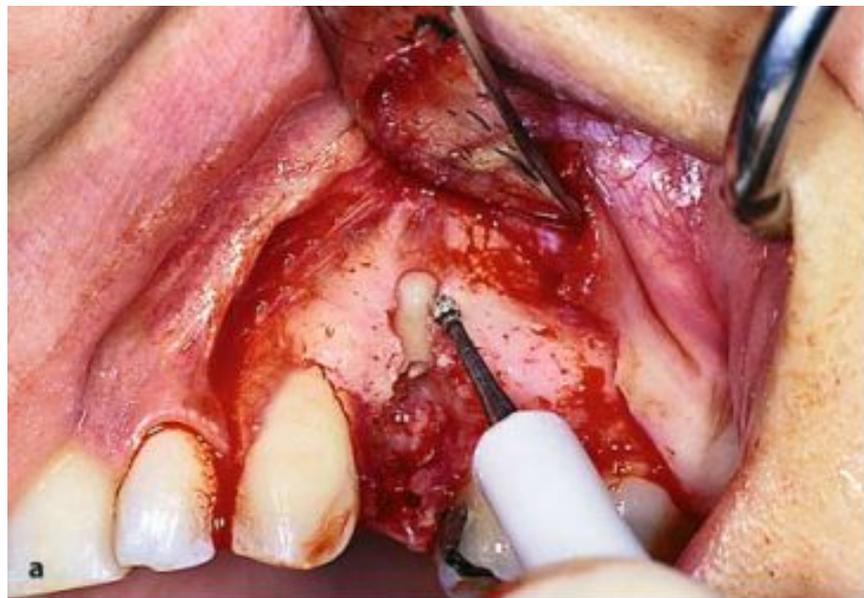
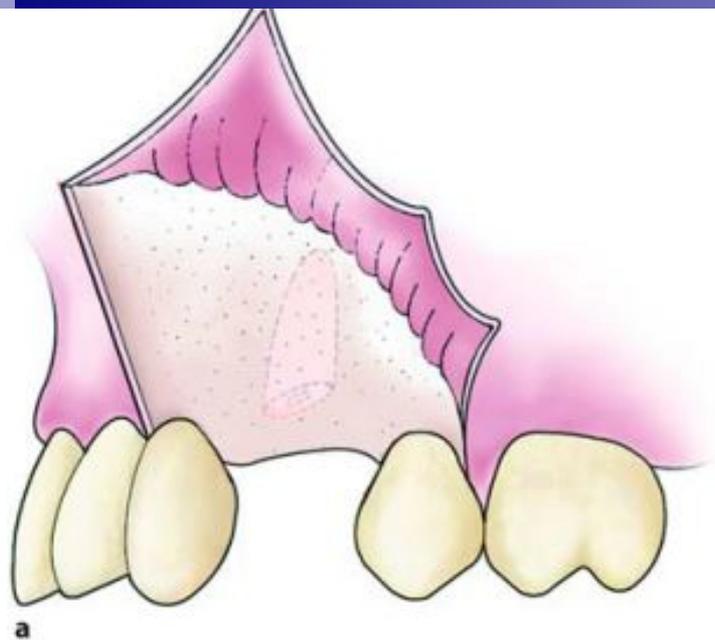


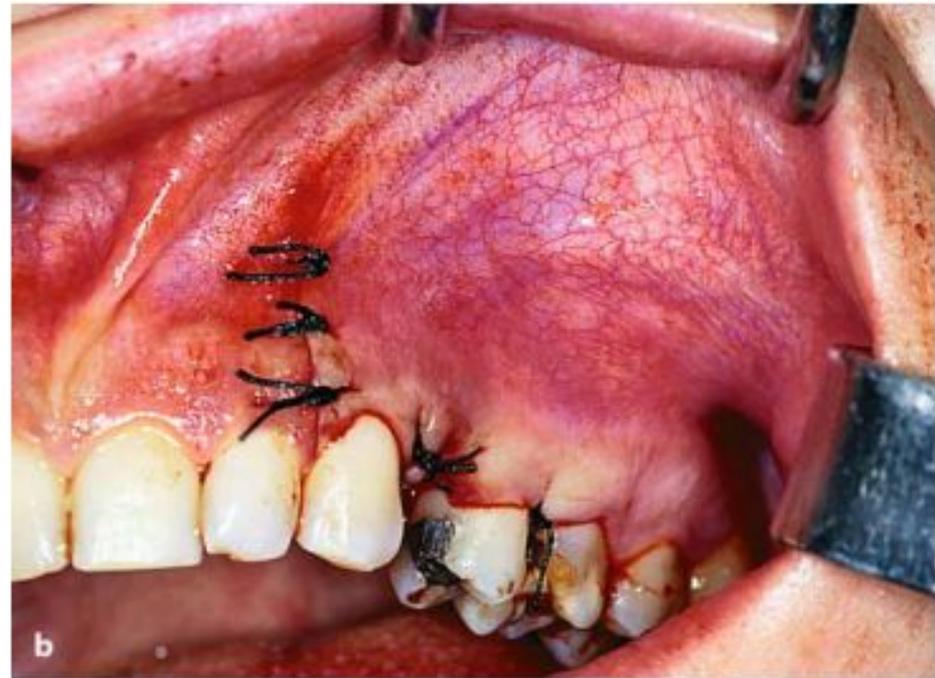
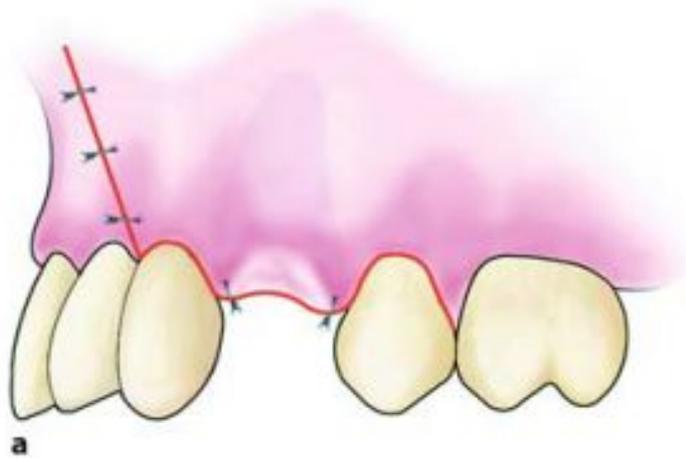
Fig. 6.34. Radiograph of the root of a maxillary first premolar. The surgical technique is indicated for its removal



Fig. 6.35. Clinical photograph of the case shown in Fig. 6.34



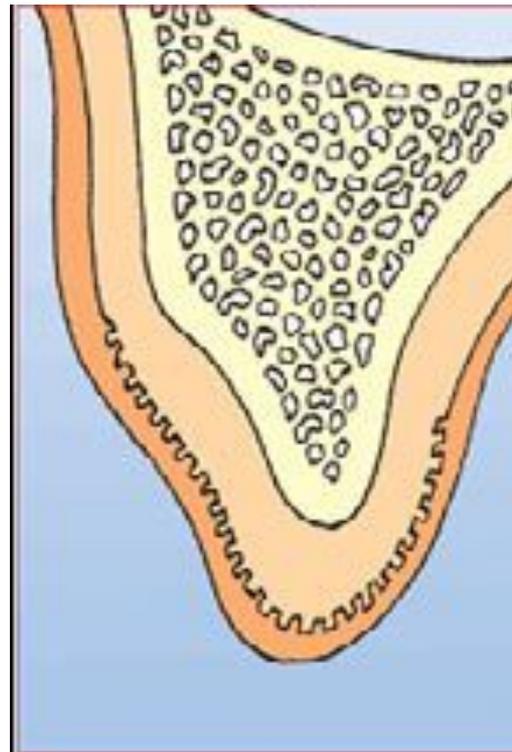
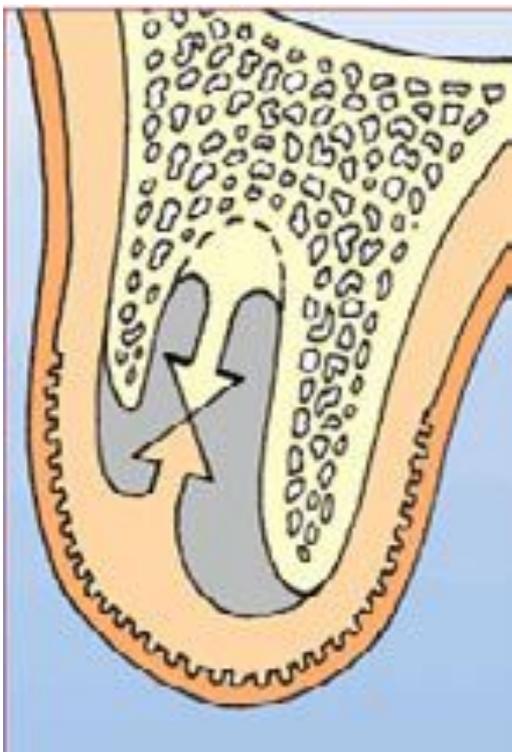




Кюретаж лунки

- Из лунки удаляют грануляционную ткань, оторвавшуюся от корня околокорневую гранулему, костные фрагменты, отломившиеся от стенки альвеолы.
- Кюретаж необходимо проводить также для образования кровяного сгустка

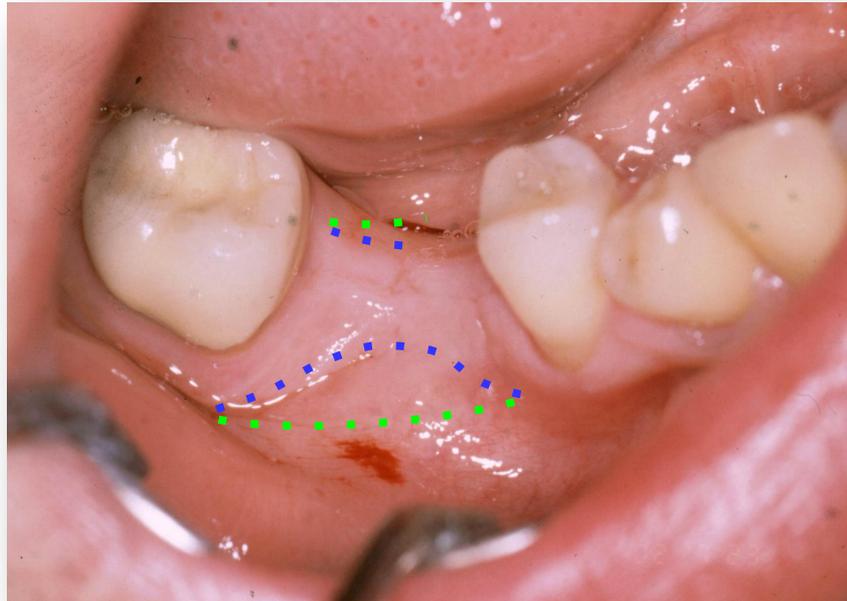
Постэкстракционные зубные лунки Спонтанное заживление



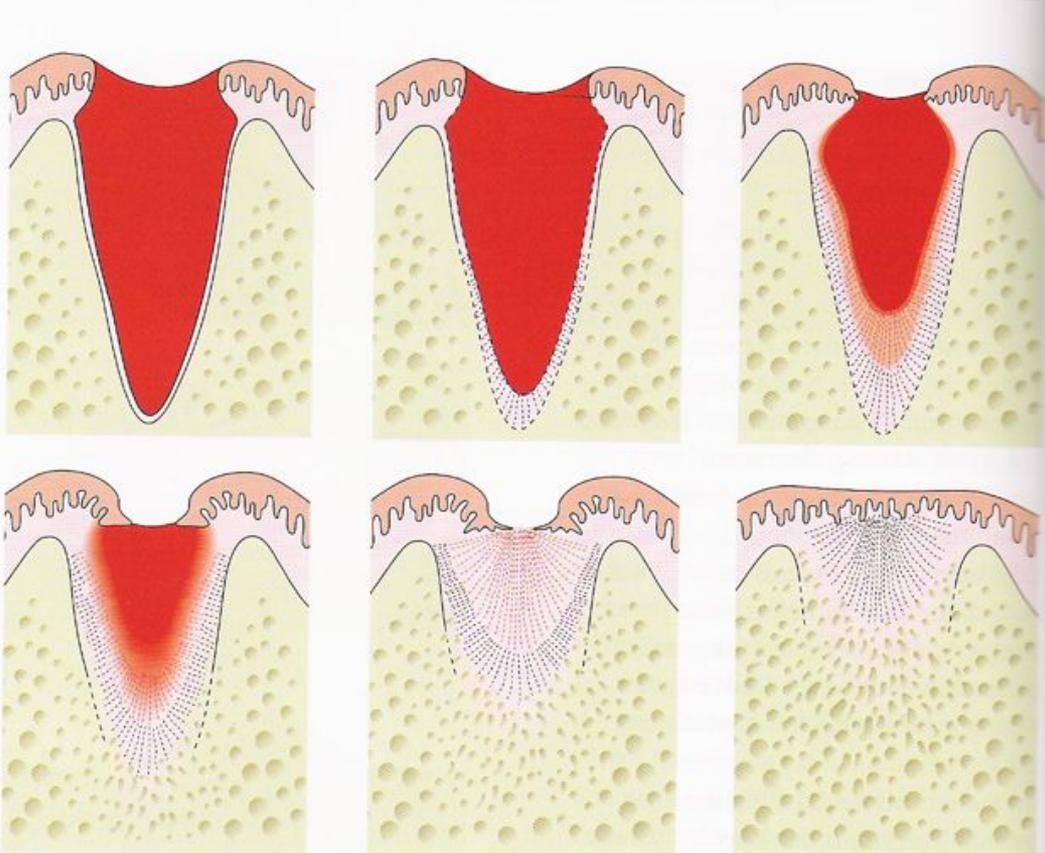
Постэкстракционные зубные лунки

Наблюдения у человека Щропп и др., 2003

- В течение **первого года** после удаления
 - приблизительно 50 % ширина гребня и
 - 2 - 4 мм ширина гребня потеряна
 - **Две трети** абсорбции происходит в течение **первых 3 месяцев**

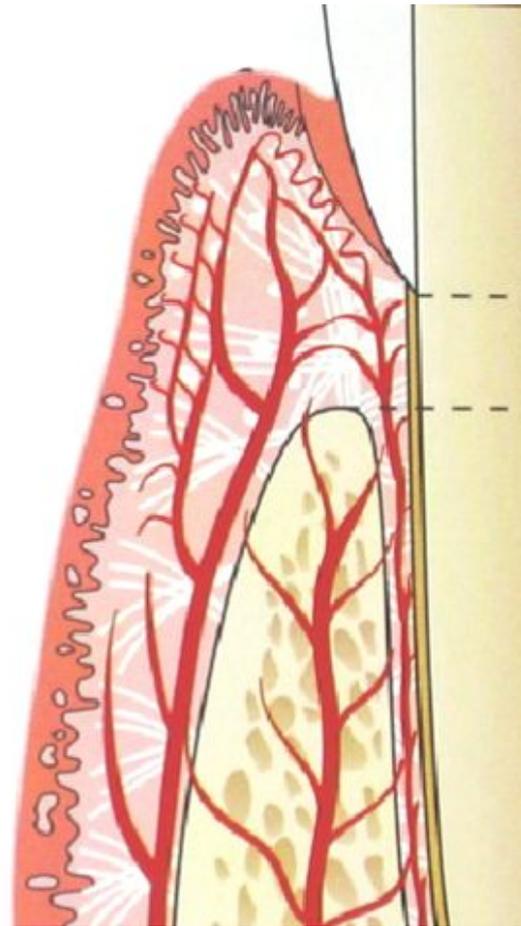
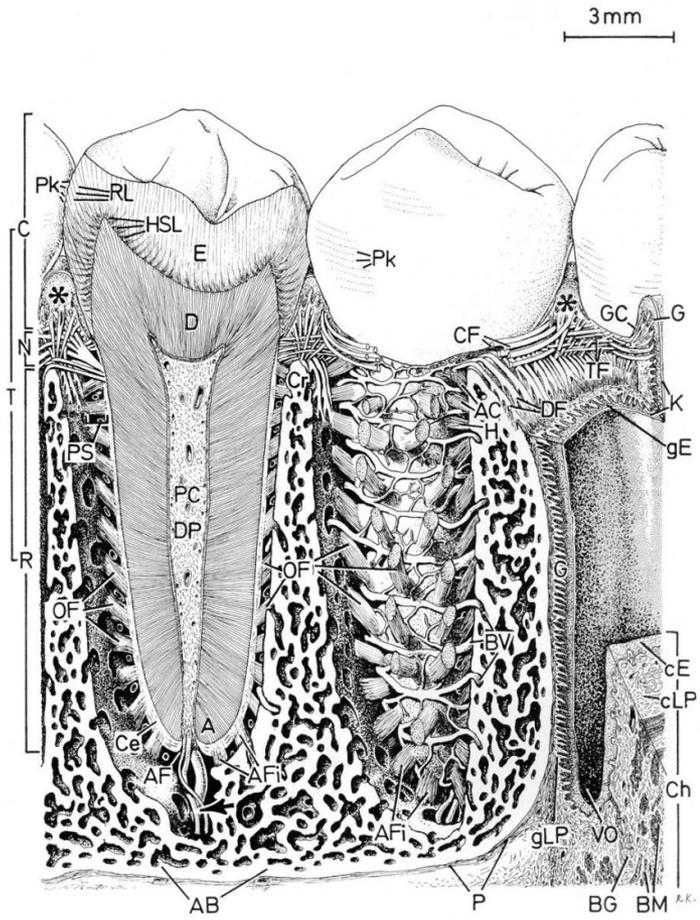


6 фаз альвеолярной регенерации:



Араужо МГ, Линде Й.
Габаритные изменения гребня, следующие за удалением зуба.
Экспериментальное исследование проведено на собаках.
Й. Клини «Периодонт», 32, 212, 2005

- **фаза 1** - (день удаления)
образование матрикса сгустка/фибрина
- **фаза 2** - (4 - 5 день)
грануляционная ткань /
образование капиллярного канала
- **фаза 3** - (14 - 16 день)
замещение с помощью
соединительной ткани
матрикс коллагена / образование
остеоидной ткани
- **фаза 4** - (2 - 6 недель)
Остеоидная минерализация
- **фаза 5** - (6 - 8 недель)
полное эпителиальное закрытие
- **фаза 6** (10 - 16 недель)
полная регенерация кости

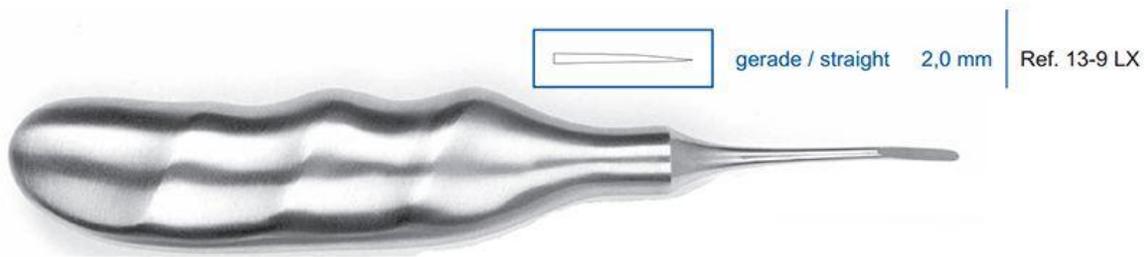


Атравматичное удаление зубов



Фрагментация
многокорневых зубов
– залог сохранения
костных пластинок
лунки

Специальные элеваторы



Люксаторы



RSDENT

Периотомы



KNO 1-2
Periodontal Knife, KO1-2
Orban 1/2

Узкие распаторы



★ **KNK15-16**

Periodontal Knife, KK15-16
Kirkland 15-16



Синдесмотомы

Элеватор- синдесмотом

17 cm
6591



➔ 17 cm
7252



17 cm
6514



Рекомендации

- После заполнения кровью лунки необходимо поверх нее наложить (без давления) стерильный марлевый шарик. Больному предлагают удалить его через 15 мин.
- Рекомендуется в течение 2 ч воздерживаться от пищи, чтобы не разрушить образовавшийся тромб.
- Прием горячей пищи противопоказан в течение всего дня, так как может возникнуть кровотечение.
- Полоскание полости рта в ближайшие сутки не показано.
- В тех случаях, когда удаление зуба или корня производилось по поводу острого воспалительного процесса (острый гнойный периодонтит, флегмона, периостит, остеомиелит челюсти), тем более, когда из лунки после удаления выделяется гной, кюретаж ее абсолютно противопоказан, так как может способствовать обострению процесса. В таких случаях назначают тепловое полоскание растворами лактата, этакридина, перманганата калия, фурацилина на фоне общего лечения.

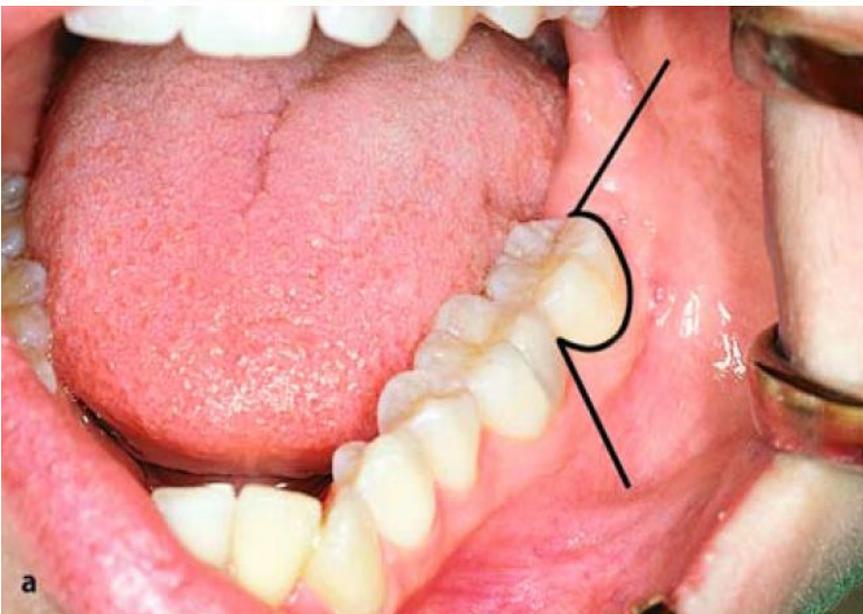
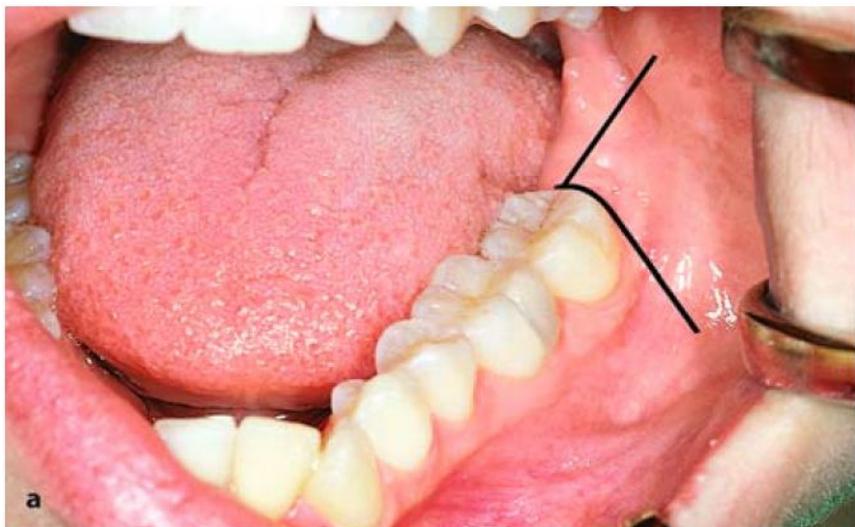
Рекомендации

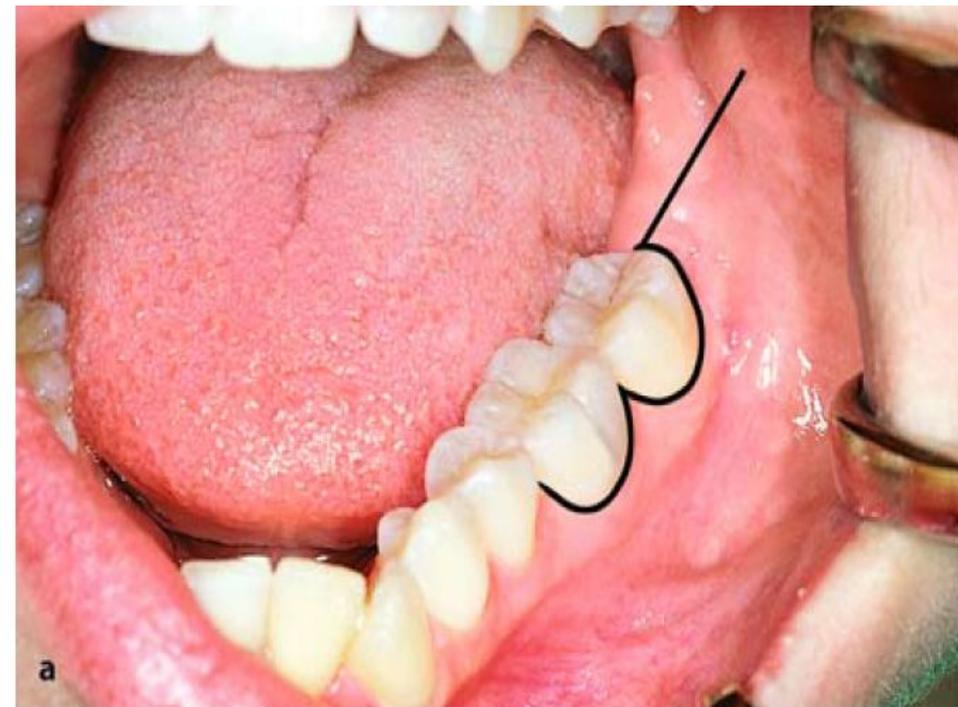
В послеоперационном периоде на 2 – 3 день возможно возникновение отека щеки и ноющих болей в зоне удаления, которые пройдут в течение недели.

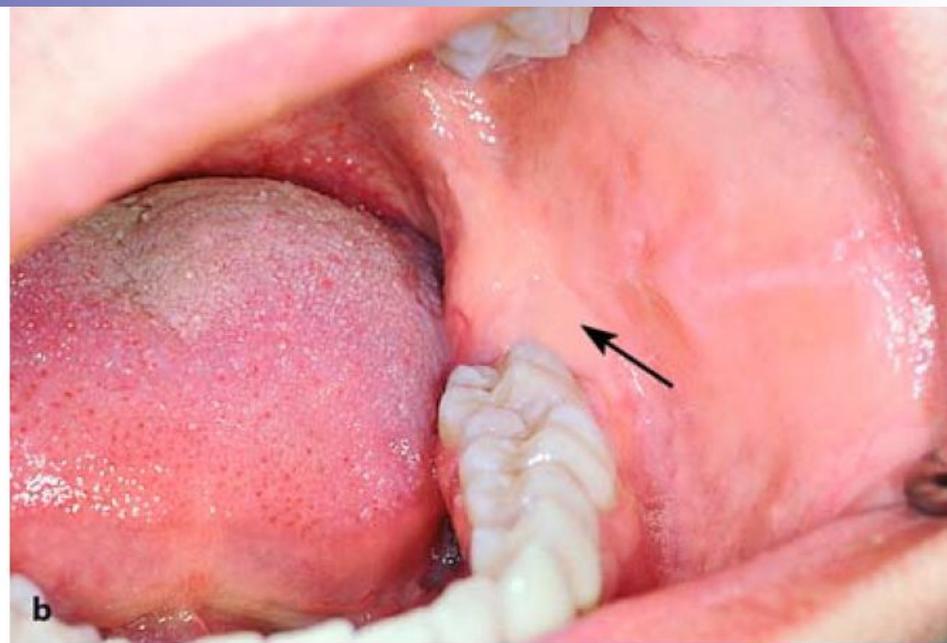
После операции рекомендуется:

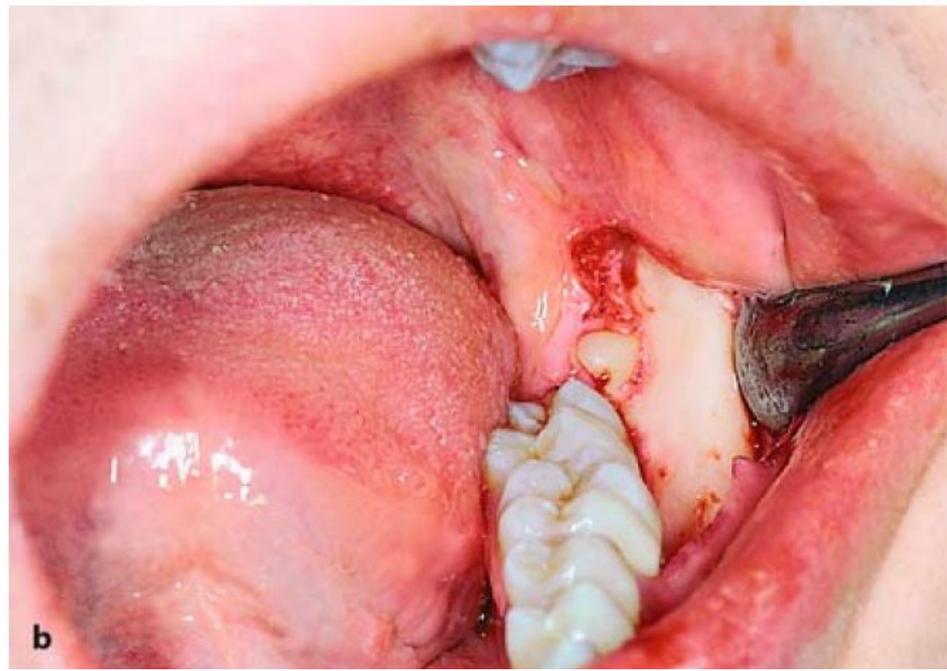
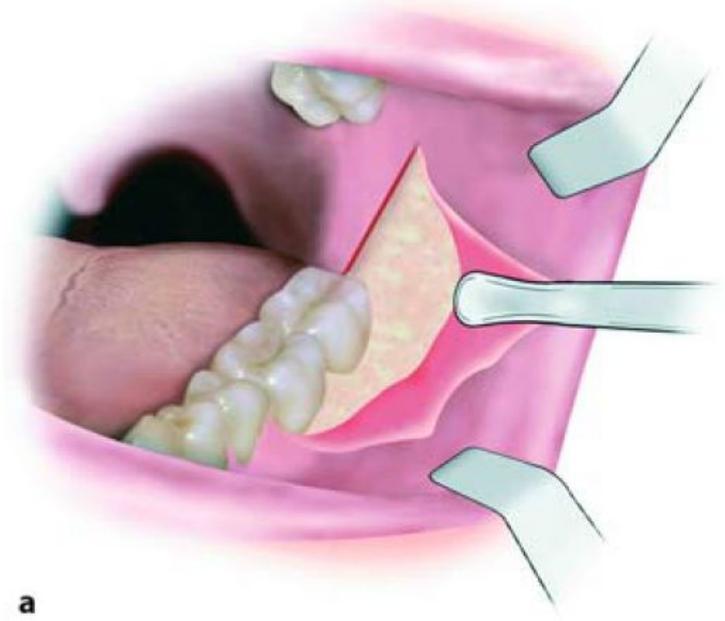
- Убрать тампон с лунки удаленного зуба через час после операции.
- Не касаться языком зоны оперативного вмешательства, не высасывать из области лунки кровь.
- Исключить полоскания полости рта в течении 4 – 5 дней после операции для полноценной фиксации сгустка в лунке удаленного зуба.
- Не сплевывать (во избежание кровотечения из полости рта).
- Не принимать пищу в течение 3 часов после операции.
- Исключить приём горячей пищи и горячих напитков, тепловые процедуры (горячий душ, баня) в течении недели.
- Исключить употребление алкоголя на период приёма антибиотиков.
- Исключить физические нагрузки, резкие перепады температур в течение двух недель.
- Обезболивающие препараты на выбор (КЕТОРОЛ, НАЙЗ, НИМЕСИЛ, НУРОФЕН) - 1 таб. до 3 раз в день с обильным питьем.**
- Проводить индивидуальную гигиену полости рта (чистить зубы) после каждого приема пищи мягкой зубной щеткой включая зубы в области операции, сплевывать жидкость пассивно без полоскательных движений.
- Удаление швов при необходимости на 7 день после оперативного вмешательства.

Сложное удаление зуба



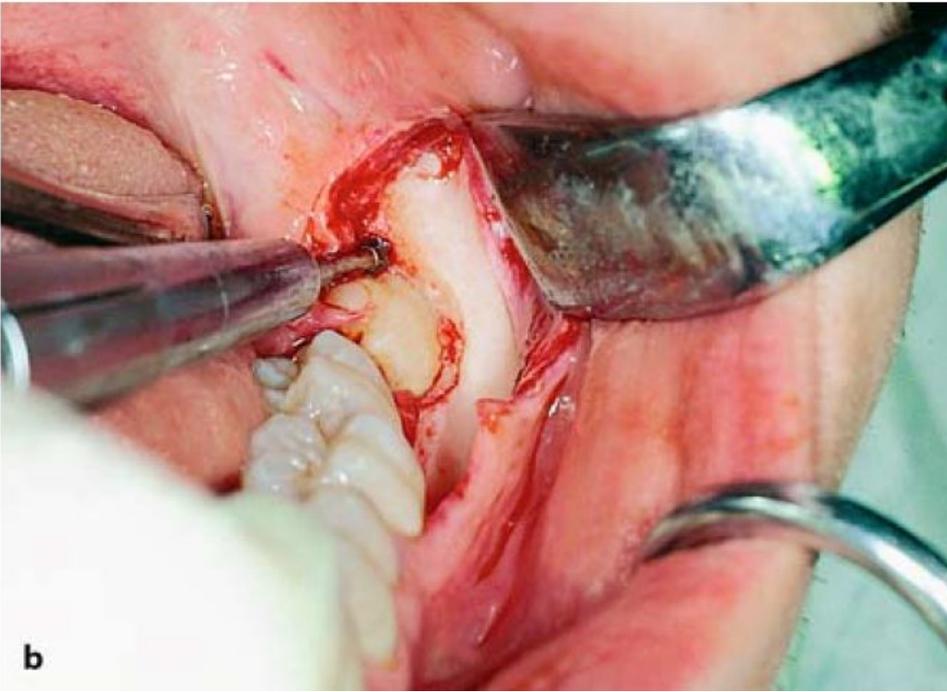






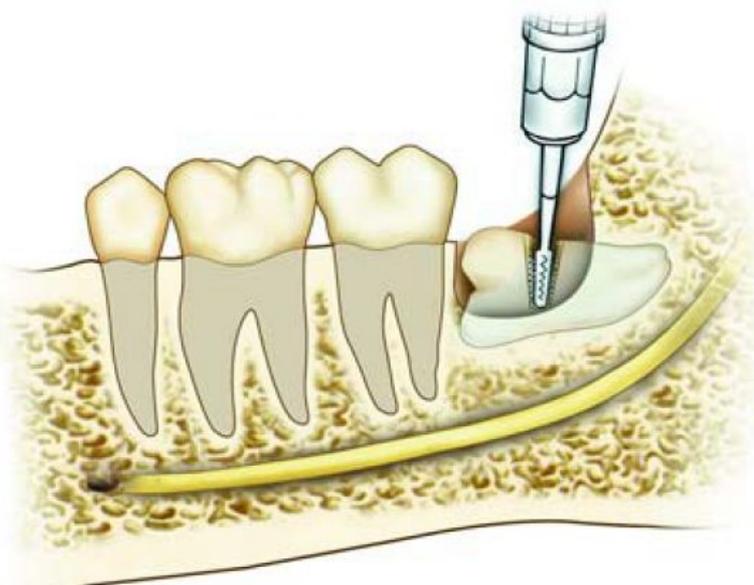
a

b

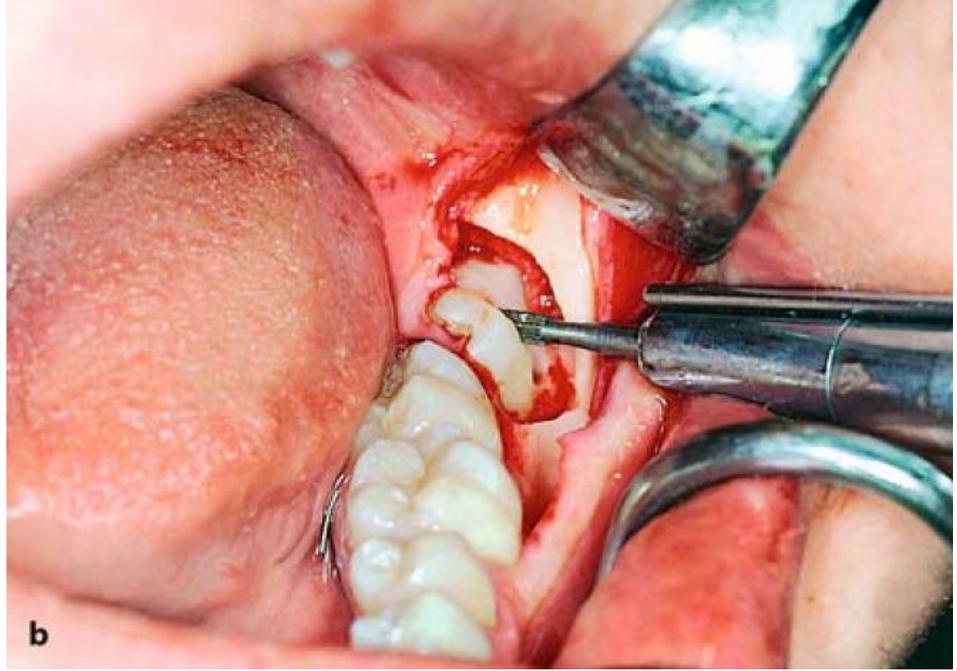


a

b



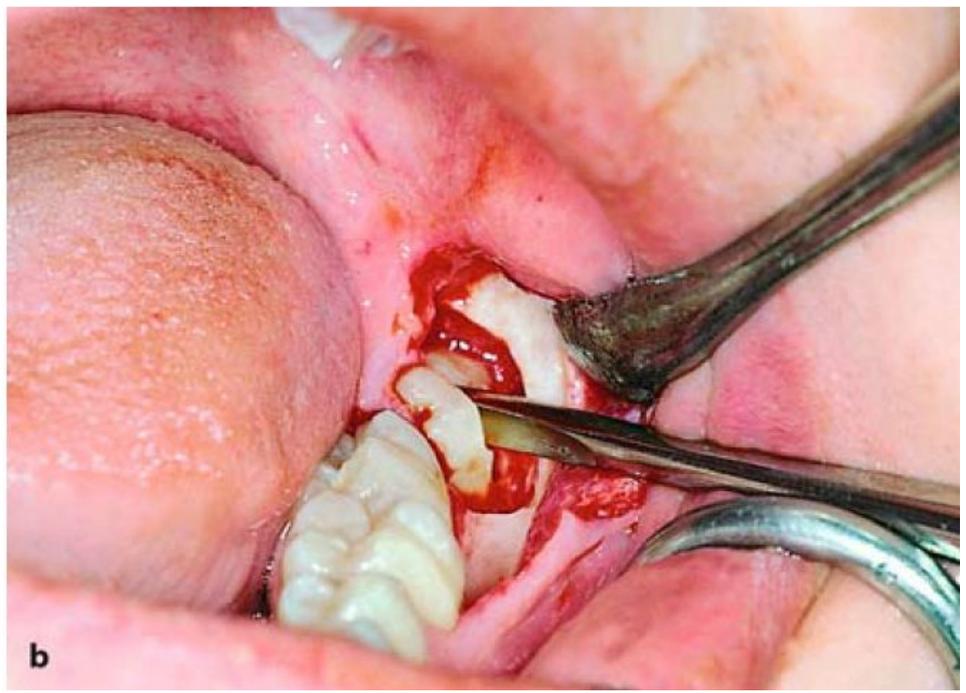
a



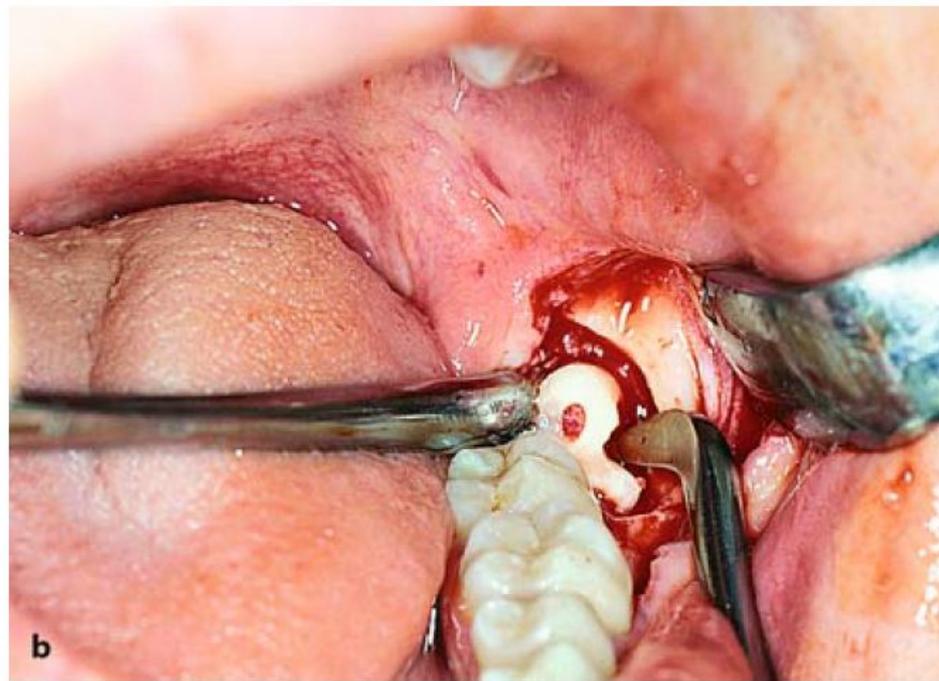
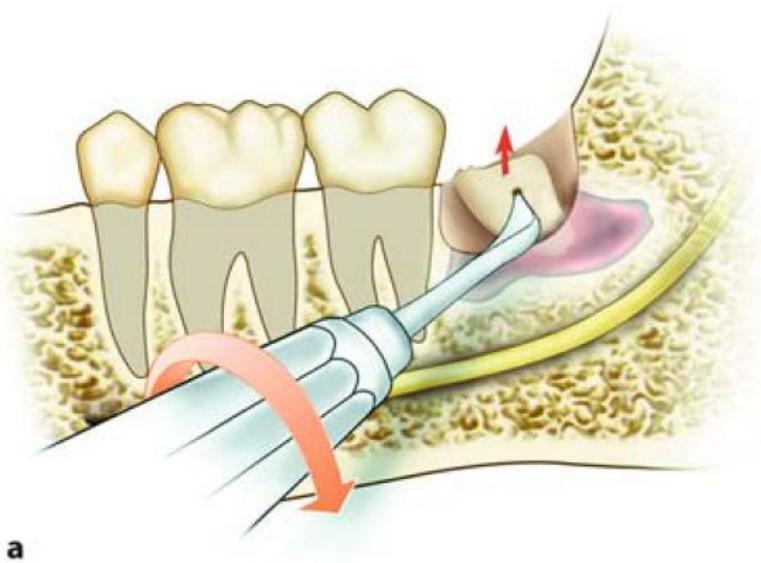
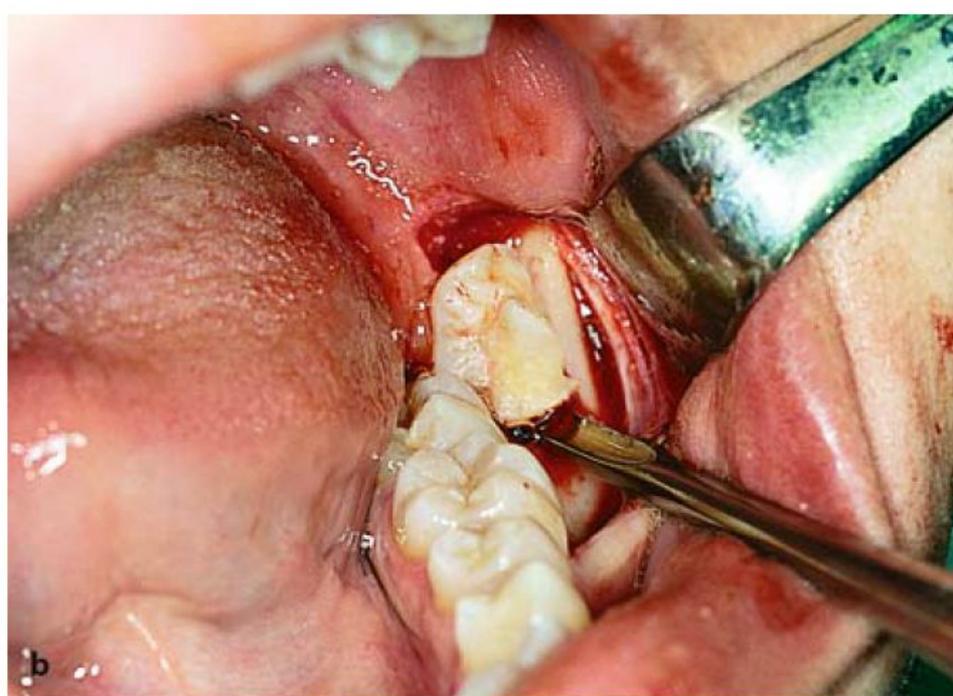
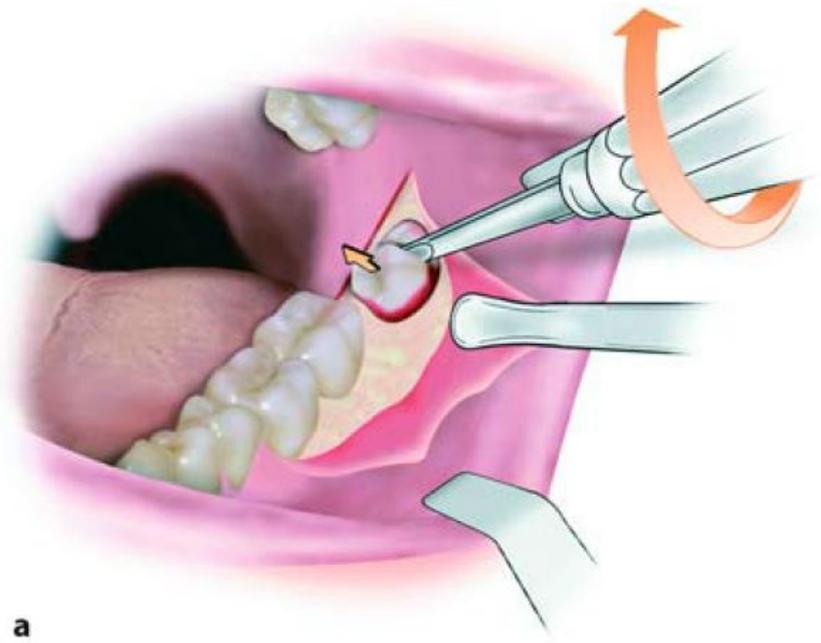
b

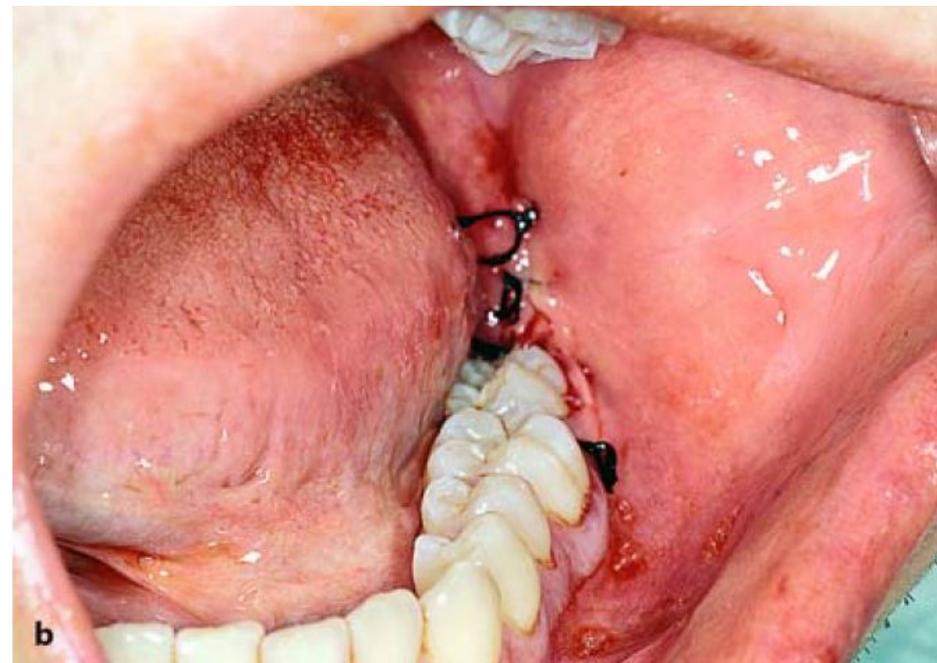
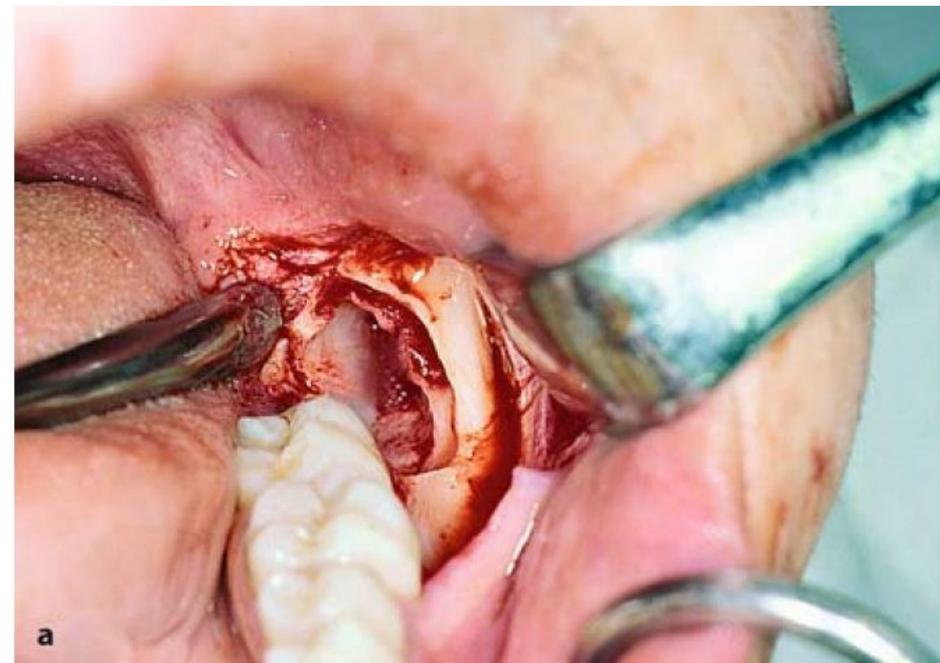


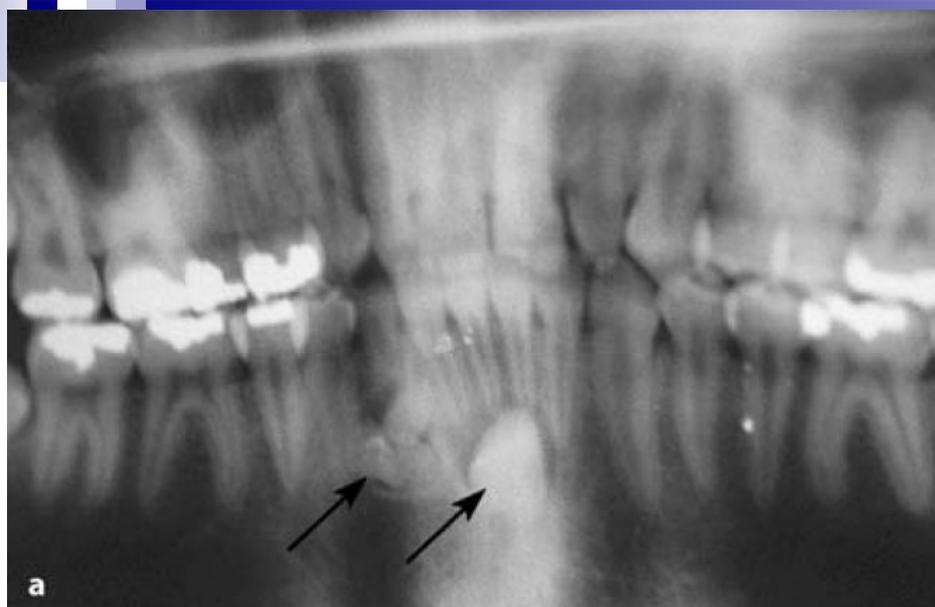
a

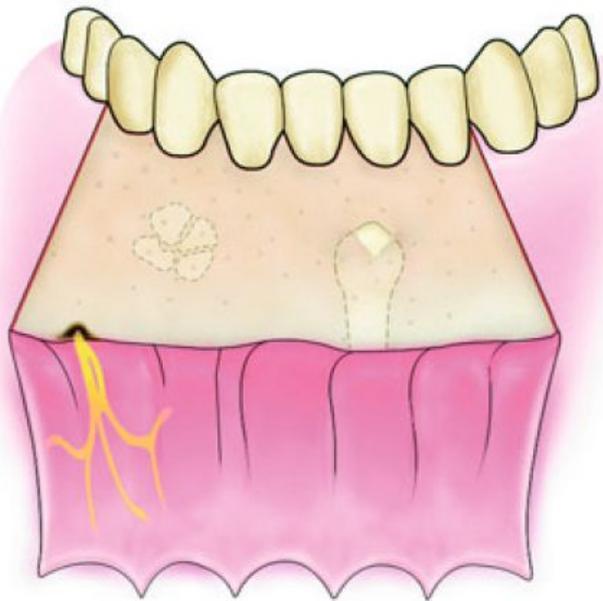


b

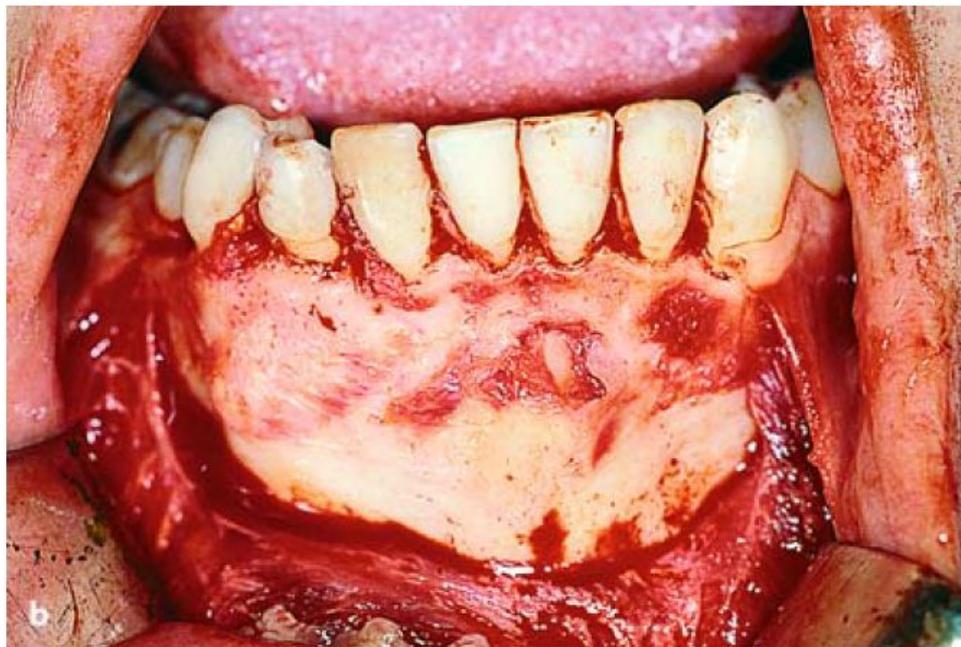




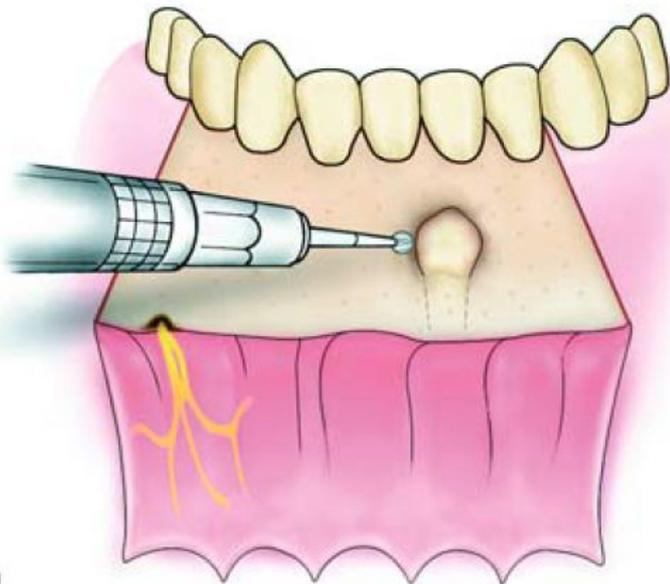




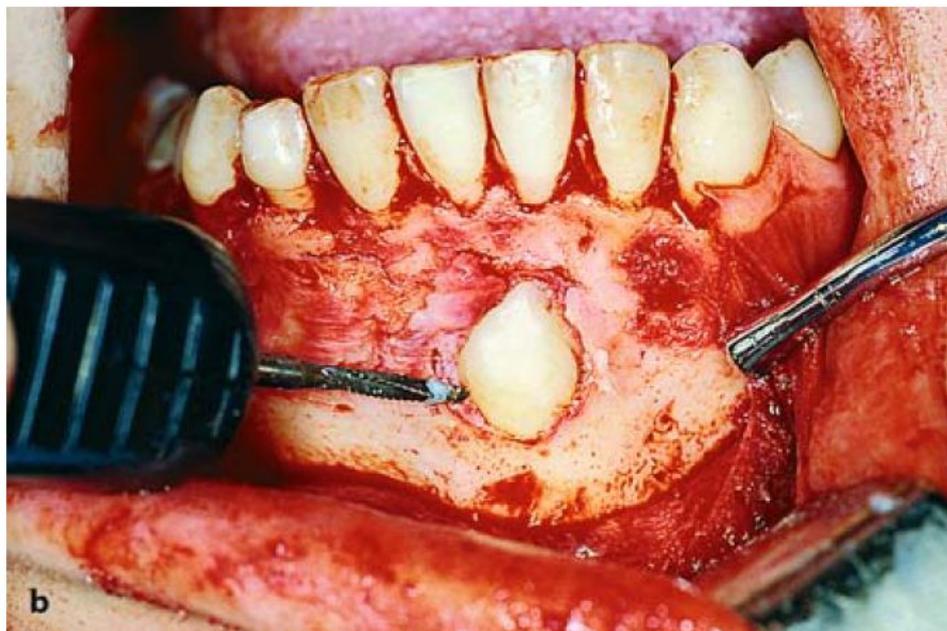
a



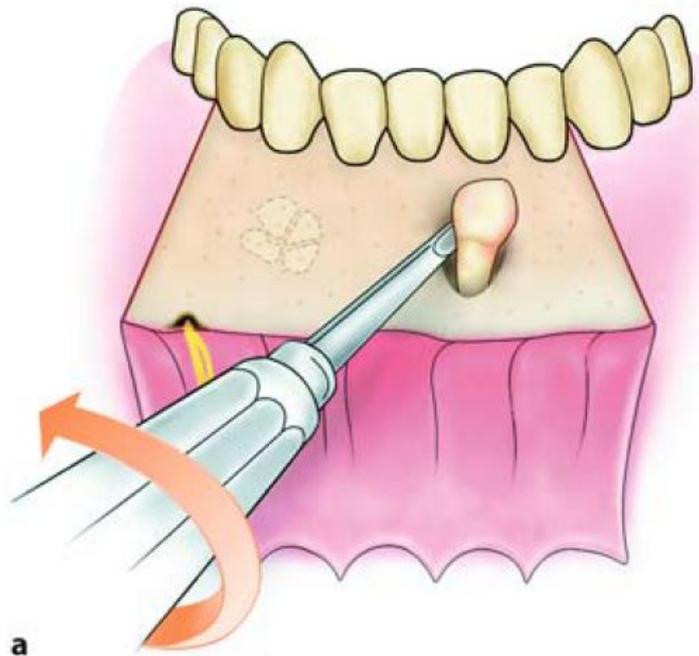
b



a



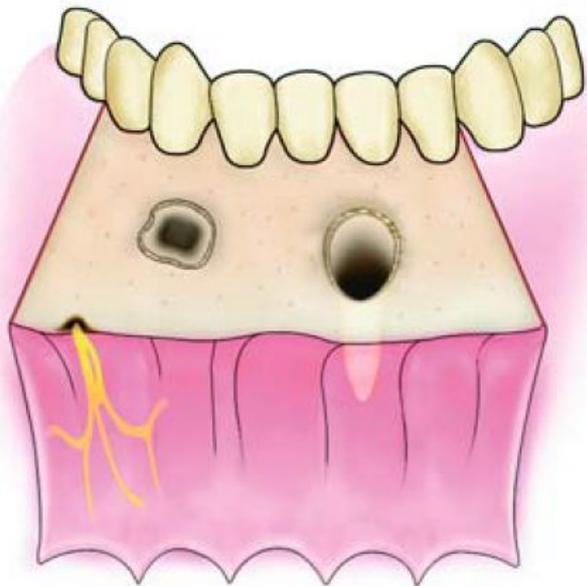
b



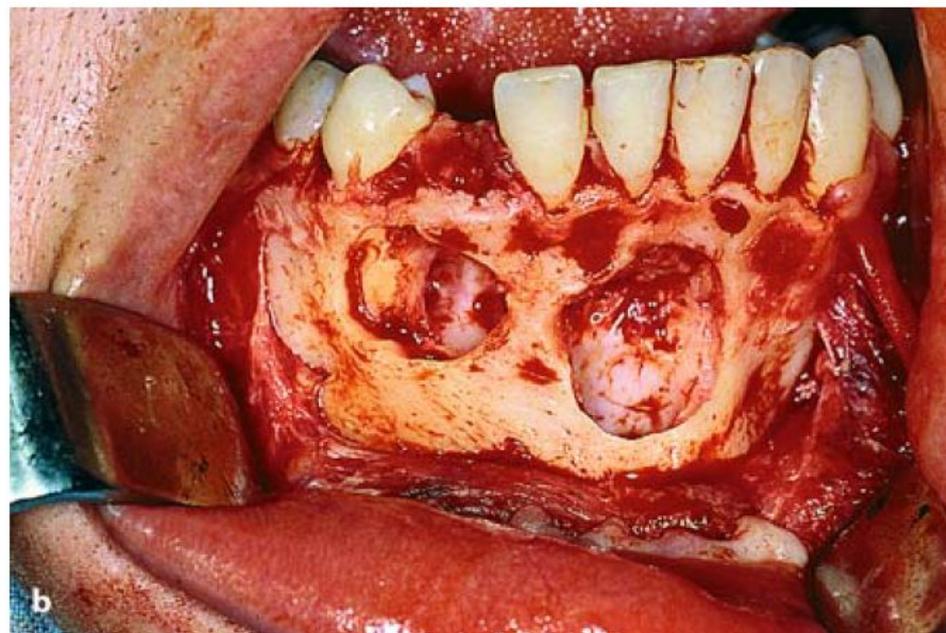
a



b

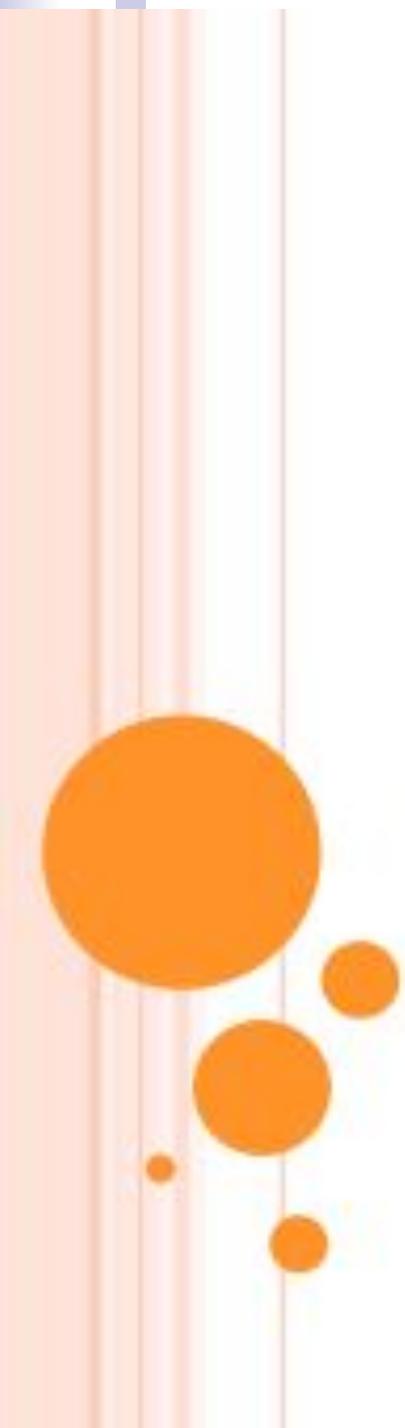


a



b





Местные осложнения,
возникающие во время
удаления зуба

1. Перелом удаляемого зуба или его корня.
2. Вывих, перелом или удаление соседнего зуба.
3. Повреждение десны и мягких тканей полости рта.
4. Отлом участка альвеолярного отростка.
5. Отлом бугра верхней челюсти.
6. Вывих нижней челюсти.
7. Перелом нижней челюсти.
8. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи.
9. Проталкивание корня зуба в мягкие ткани.
10. Проталкивание корня зуба в верхнечелюстную пазуху
11. Аспирация зуба или корня.

ПЕРЕЛОМ УДАЛЯЕМОГО ЗУБА ИЛИ ЕГО КОРНЯ.

Причины перелома:

- анатомические особенности строения корней и окружающей костной ткани;
- предшествующие патологические процессы (кариес, гиперцементоз, декальцинация, остеосклероз);
- беспокойное поведение больного;
- недостаточная квалификация врача;
- нарушение техники операции.

Средний перелом (fractura media)

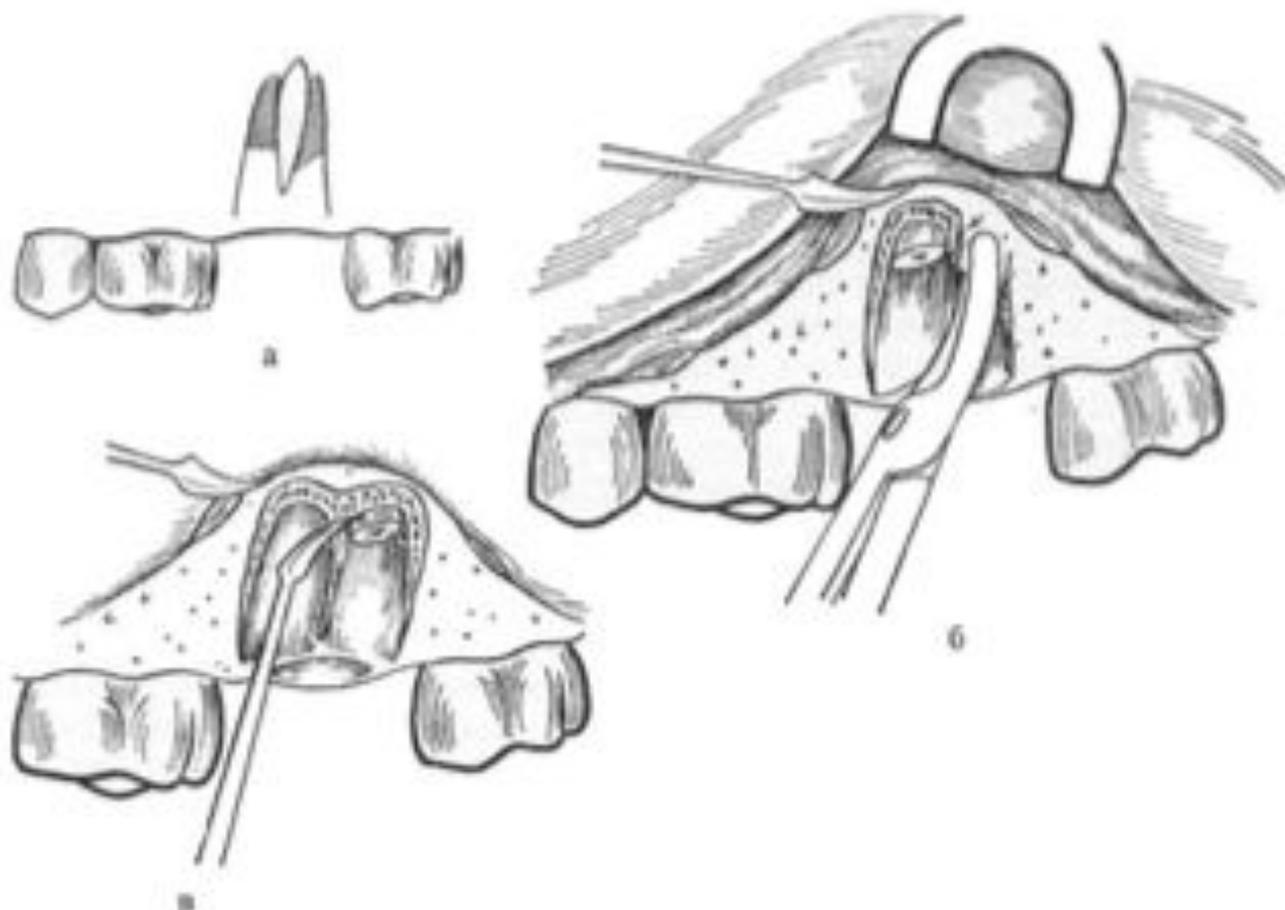


Рис. 13. а) Средний перелом обоих щечных корней левого верхнего второго большого коренного зуба; б) удаление щечной стенки лунки костными кусачками; в) удаление корней серповидным элеватором



Верхушечный перелом (fractura apicalis)

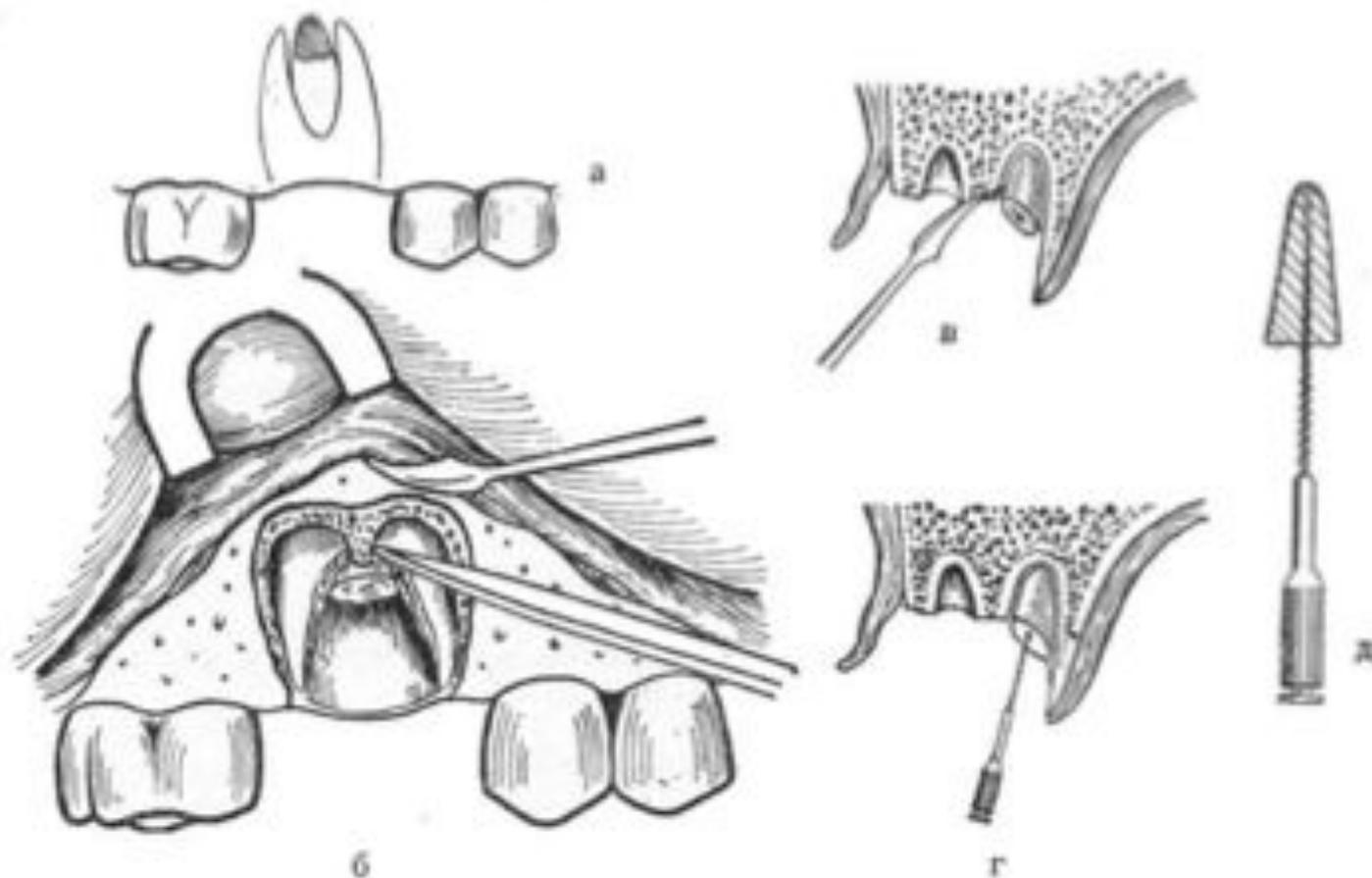


Рис. 14. а) Верхушечный перелом небного корня правого верхнего первого большого коренного зуба; б) обнаженная щечная поверхность лунки костной перегородки небного корня; в) сдвиг верхушки корня при помощи элеватора; г) дрель-бор Хедстрёма, винченый в корневой канал; д) положение дрель-бора в корневом канале



ВЫВИХ, ПЕРЕЛОМ ИЛИ УДАЛЕНИЕ СОСЕДНЕГО ЗУБА.

Причины:

- поражение этого зуба кариозным процессом;
- использование в качестве опоры недостаточно устойчивого зуба при работе элеватором или чрезмерная опора на устойчивый зуб;
- использование щипцов с более широкими щечками, чем коронка удаляемого зуба.



В зависимости от вида травмы, нанесенной соседнему зубу, проводится его лечение:

- при отломе коронки в пределах дентина или эмали провести пломбирование.
- при вскрытой пульпе зуб депульпировать и запломбировать или восстановить в дальнейшем искусственной коронкой.
- при неполном вывихе — шинировать.
- при полном вывихе — провести реплантацию или удаление, в зависимости от состояния зуба.



ПОВРЕЖДЕНИЕ ДЕСНЫ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА.

Причины:

- недостаточное отслоение слизистой в области шейки зуба перед операцией.
- захват щипцами слизистой.
- соскальзывание элеватора при отсутствии фиксации края альвеолы пальцами



Тактика врача:

- осмотреть область повреждения.
- при разрыве слизистой обрывки уложить на место и фиксировать швами.
- сильно размозженные участки иссекают, на рану накладывают асептическую повязку с йодоформом.
- при глубоком повреждении и сильном кровотечении наложить давящую повязку и срочно госпитализировать.



ОТЛОМ УЧАСТКА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА.

Причины:

- наложение щечек щипцов на альвеолярный край;
- применение чрезмерного усилия щипцами или элеватором;
- патологический процесс в кости (остеопороз, киста и др.);
- гиперцементоз корня, приводящий к спаиванию корня и стенок лунки.



Тактика врача:

- при потере связи между отломком альвеолярного края и слизистой его удаляют, слизистую ушивают.
- при надломе альвеолярного края кости его репозируют и фиксируют проволочной или пластмассовой шиной.

ОТЛОМ БУГРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



Происходит при удалении верхнего восьмого зуба как прямым элеватором, так и при глубоком продвижении щечек щипцов. Бугор верхней челюсти может отламываться вместе с зубом мудрости или реже седьмым зубом.



ВЫВИХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Причины:

- чрезмерное открывание рта пациента.
- чрезмерное усилие со стороны врача при удалении зубов нижней челюсти.
- особенность анатомического строения сустава (плоский суставной бугорок, слабость связочного аппарата и др.).





ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Причины:

- грубая работа.
- наличие патологического очага в кости (остеопороз, сверхкомплектные зубы, кисты и др.).
- удаление ретенированного зуба.





Тактика врача:

1. Прекратить удаление.
2. Шинировать челюсть пациента пращевидной повязкой на подбородок.
3. Направить пациента в стационар для завершения работы.

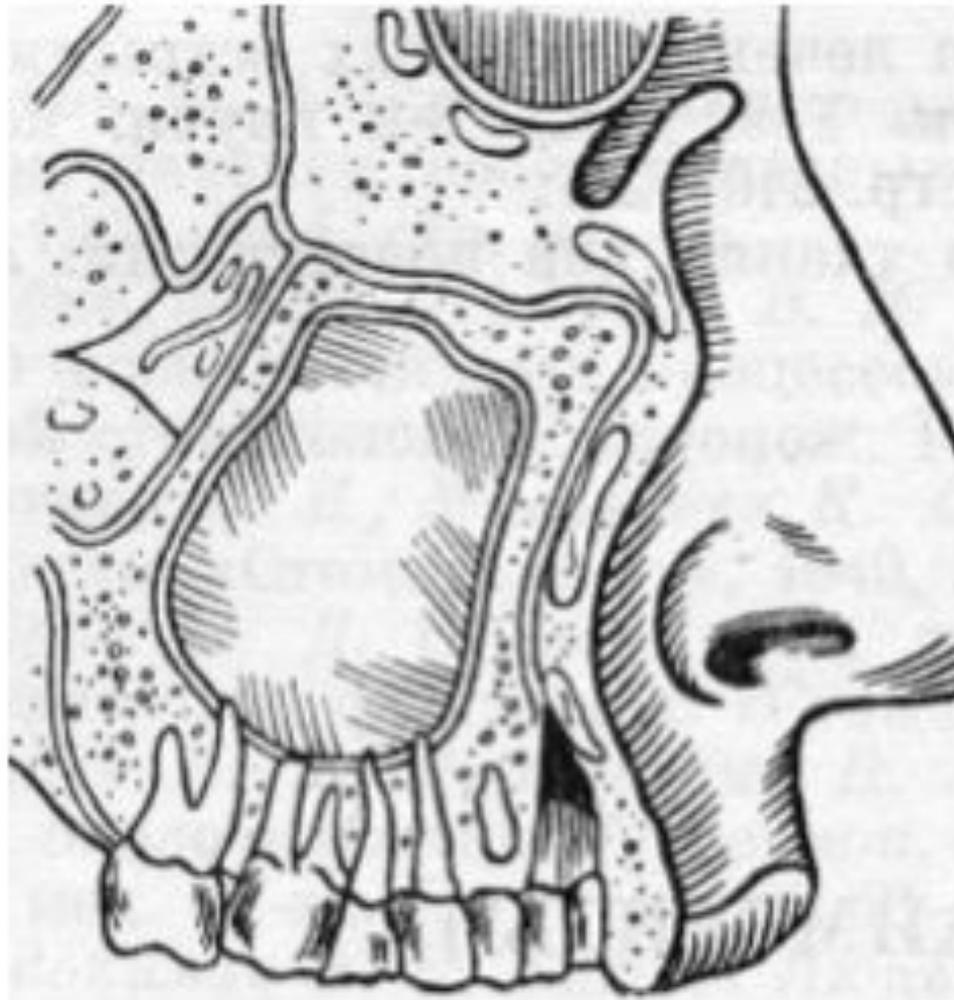
ПЕРФОРАЦИЯ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ.

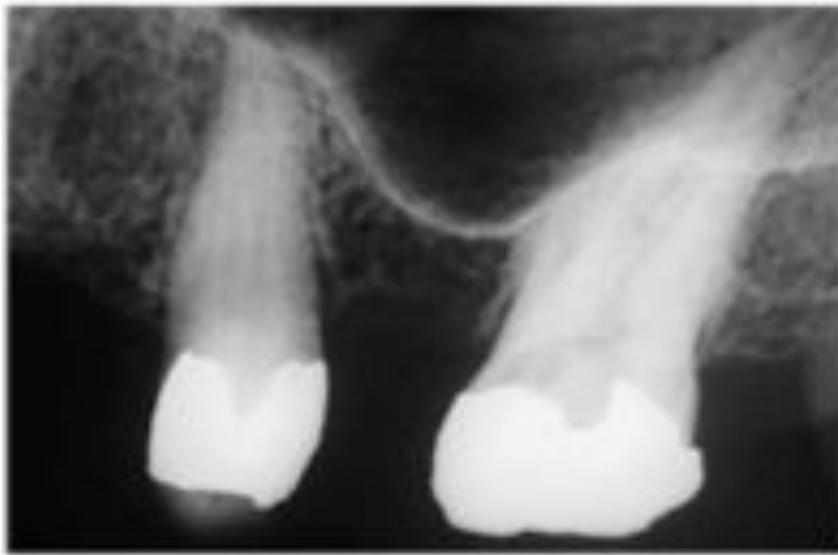
Может быть обусловлена следующими факторами:

- индивидуальными особенностями строения верхней челюсти (пневматический тип строения с низко расположенным дном верхнечелюстной пазухи);
- предшествующим патологическим процессом, вызвавшим деструкцию костной перегородки между вершками корней зубов и верхнечелюстной пазухой (хронические периодонтиты, деструктивный остеомиелит, киста, опухоль);
- погрешностями в технике удаления зубов, обследования лунки.



Пневматический тип строения верхнечелюстной пазухи





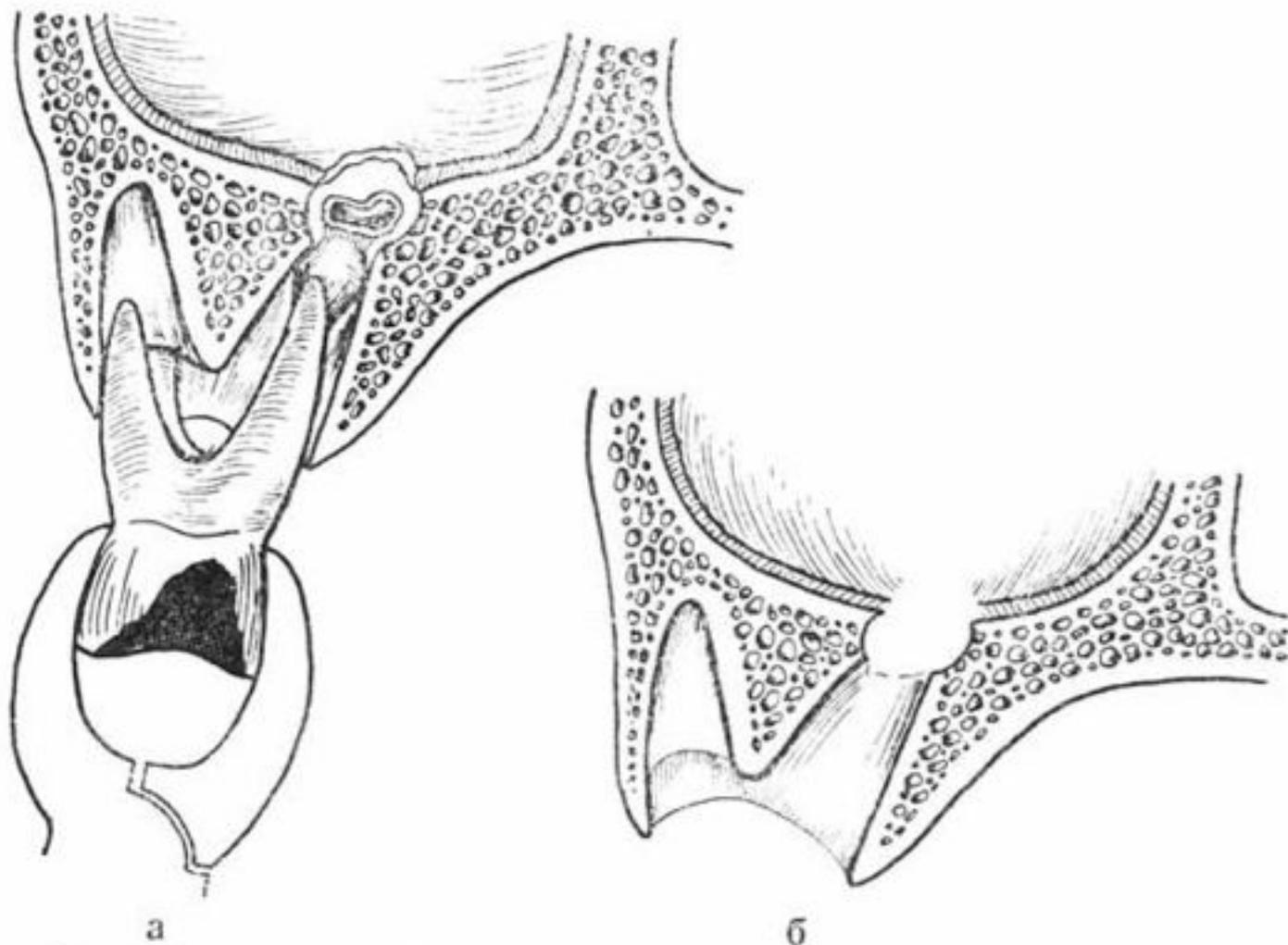


Рис. 42. а) Удаление правого верхнего первого большого коренного зуба по поводу гранулемы со вскрытием верхнечелюстной пазухи; б) образованное сообщение между полостью рта и верхнечелюстной пазухой

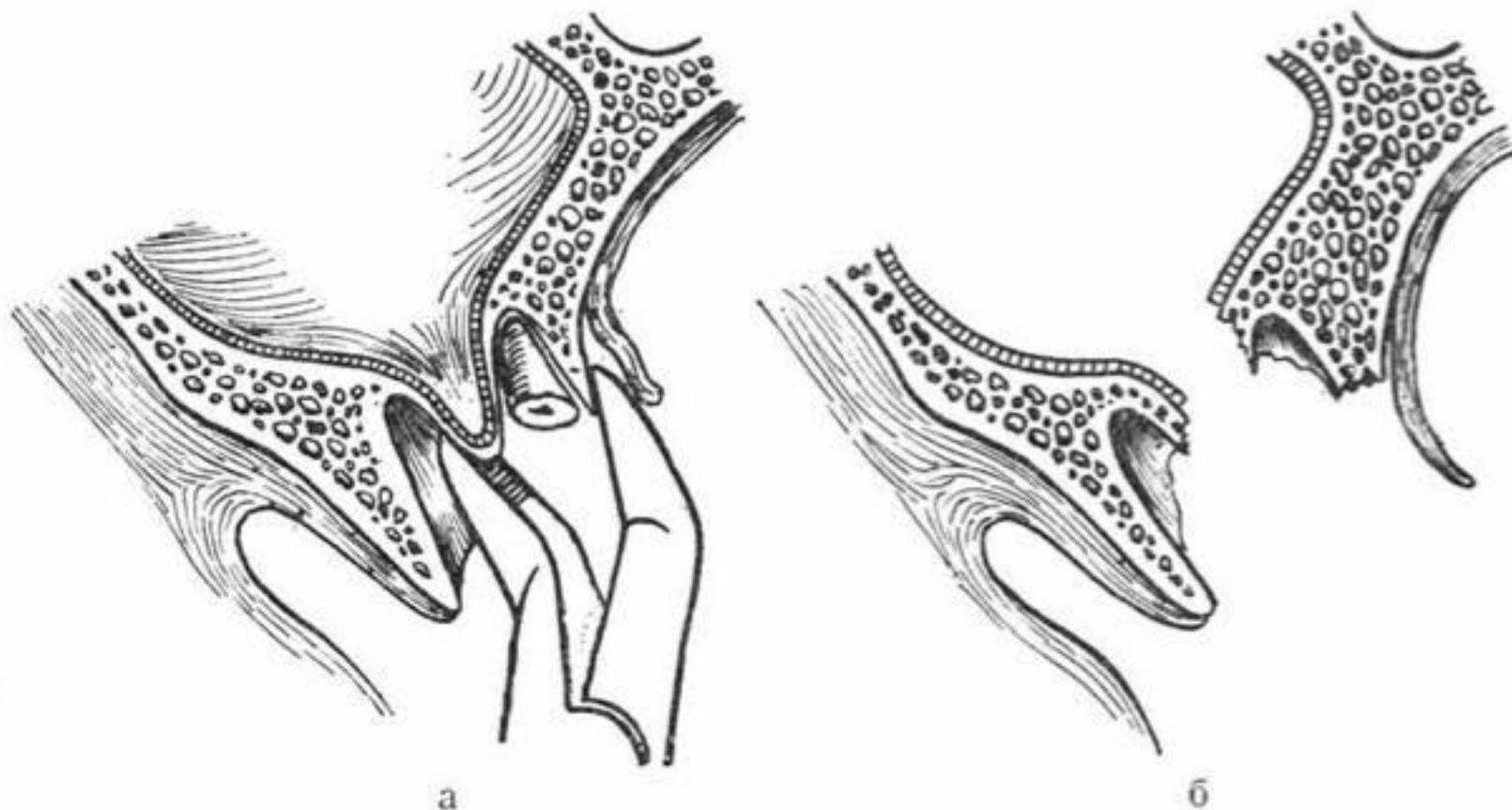
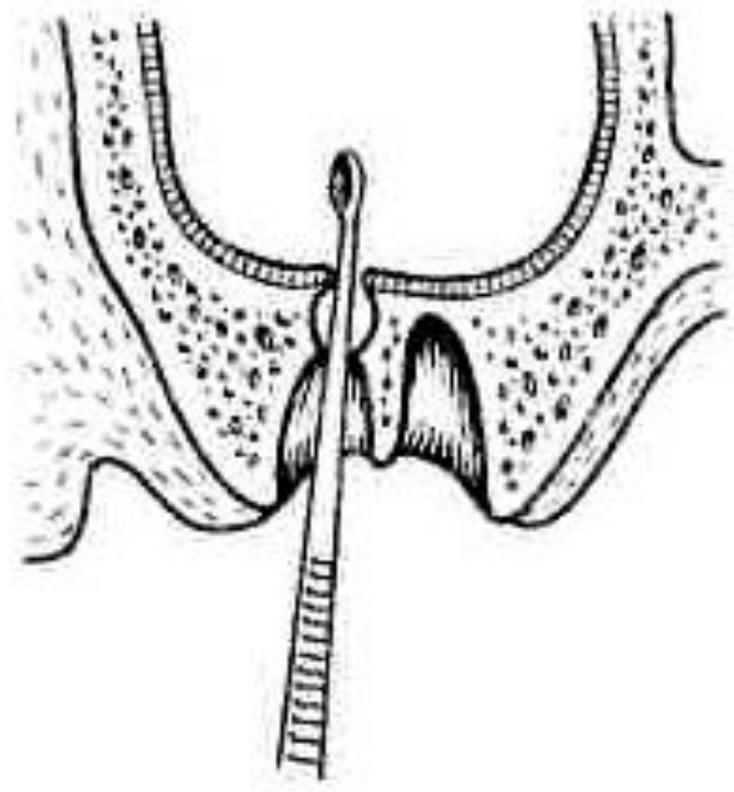
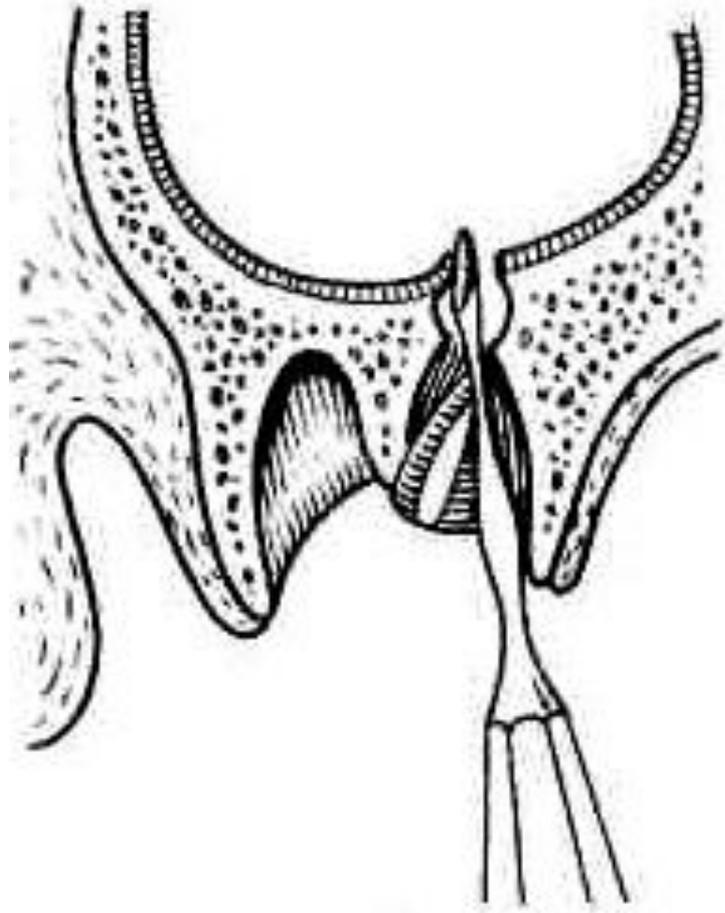


Рис. 45. а) Средний перелом нёбного корня правого верхнего первого большого коренного зуба в результате применения щипцов для удаления корней при наличии межкорневого синуса; б) полная перфорация



АСПИРАЦИЯ ЗУБА ИЛИ КОРНЯ.

Возникнает при работе элеватором при отсутствии фиксации удаляемого зуба левой рукой.

Тактика врача:

1. Срочная госпитализация в стационар для бронхоскопии и удаления корня из дыхательных путей.
2. При нарастающем удушье показана трахеопункция или трахеотомия.