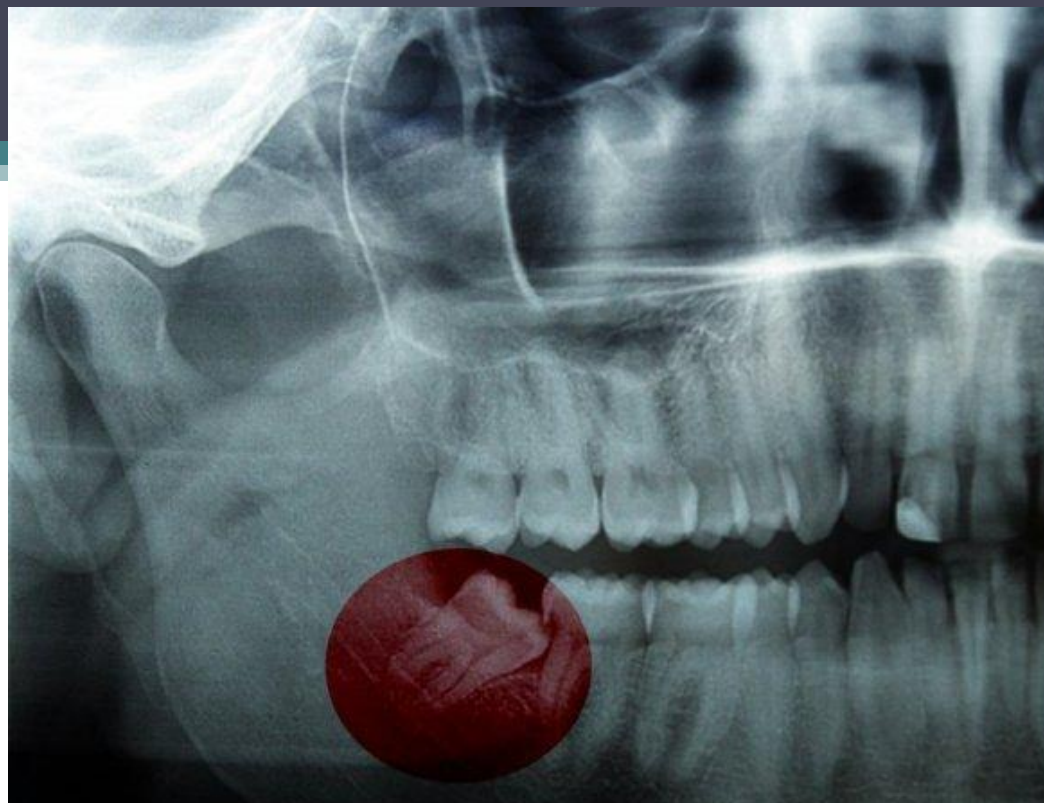


Методика сложного удаления зубов и их корней

Презентацию подготовили
Тишина Даниэла
Габриелян Яна
МС-302



Проблема третьих моляров

- Во многих странах мира уделяется большое внимание проблемам, связанным с частично или полностью ретенированными третьими молярами. Ретенция третьих нижних моляров встречается у 54,6 % населения (С. Ю. Иванов и др., 2000). В связи с большим количеством пациентов с осложнениями, обусловленными аномалиями формирования и прорезывания зубов «мудрости», она продолжает оставаться актуальной как в современной стоматологии, так и в челюстно-лицевой хирургии.

- В повседневной практике следует выделять 4 основных направления прорезывания третьих нижних моляров: 1) медиальное, когда зуб наклонен по направлению кпереди стоящим зубам и подталкивает их (рис. 2, а);
- 2) вертикальное, когда зуб находится под правильным углом, но при этом так и не прорезался (рис. 2, б);
- 3) дистальное, когда зуб отклонен назад (рис. 2, в);
- 4) горизонтальное, когда зуб лежит в плоскости перпендикулярной другим зубам (рис. 2, г).

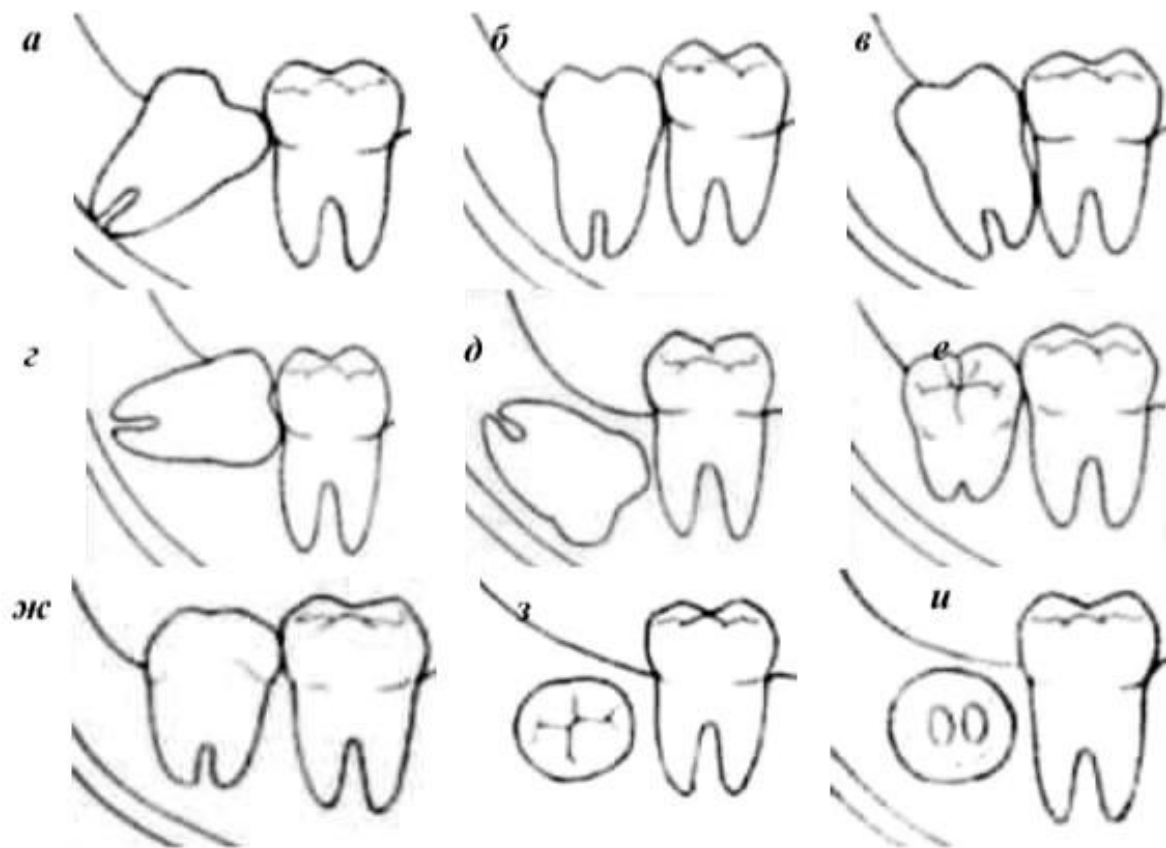


Рис. 2. Варианты направления прорезывания третьих нижних моляров нижней челюсти.

Основные правила эргономики при выполнении операции сложного удаления третьего моляра

- Положение хирурга во время выполнения операции должно способствовать проведению оперативного вмешательства. Правильное положение способствует снижению утомляемости, позволяет избежать лишних усилий при выполнении манипуляций и облегчает позиционирование инструмента. Основные принципы эргономики при выполнении операции — сложное удаление третьих моляров — определяются следующими позициями:
- 1) правую руку следует держать согнутой в локте под углом 90° , одновременно прижимая ее к телу;
- 2) необходимо опустить или приподнять хирургическое кресло так, чтобы хирургу было удобно удерживать свою позицию и/или следует адаптировать в удобное для пациента и хирурга спинку кресла;
- 3) рука хирурга, удерживающая элеватор, должна находиться в стабильном фиксированном положении, что облегчает контроль инструмента;
- 4) при использовании элеватора хирург, как правило, должен располагаться со стороны удаляемого зуба, вне зависимости от положения пациента (сидя, лежа), когда голова больного расположена горизонтально, а также когда она наклонена вправо или влево.

Удаление корней нижнего третьего большого коренного зуба из-за их анатомической формы, непостоянного числа и особенностей расположения в альвеолярном отростке может представлять значительные сложности. Поэтому перед оперативным вмешательством необходимо с помощью рентгенографии получить сведения о топографии корней, их числе, форме и состоянии окружающей их кости. Рассасывание костной ткани вокруг разъединенных или сросшихся корней позволяет удалить их без особых трудностей клювовидными (иногда изогнутыми по плоскости) щипцами или элеваторами. При аномалии формы, размеров, положения зуба прибегают к операции выпиливания корней с помощью бормашины.



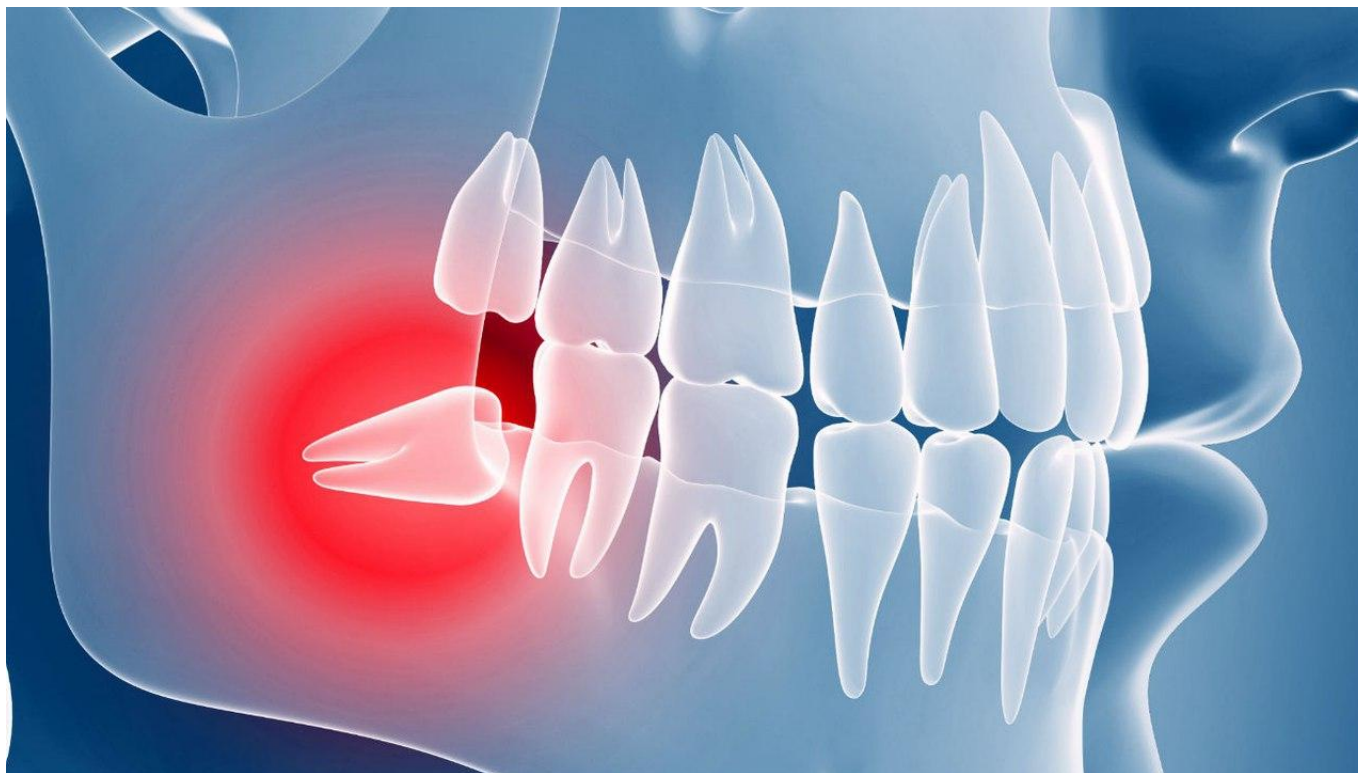
Инструменты

- Экскаваторы.
- Долота.
- Бормашина.

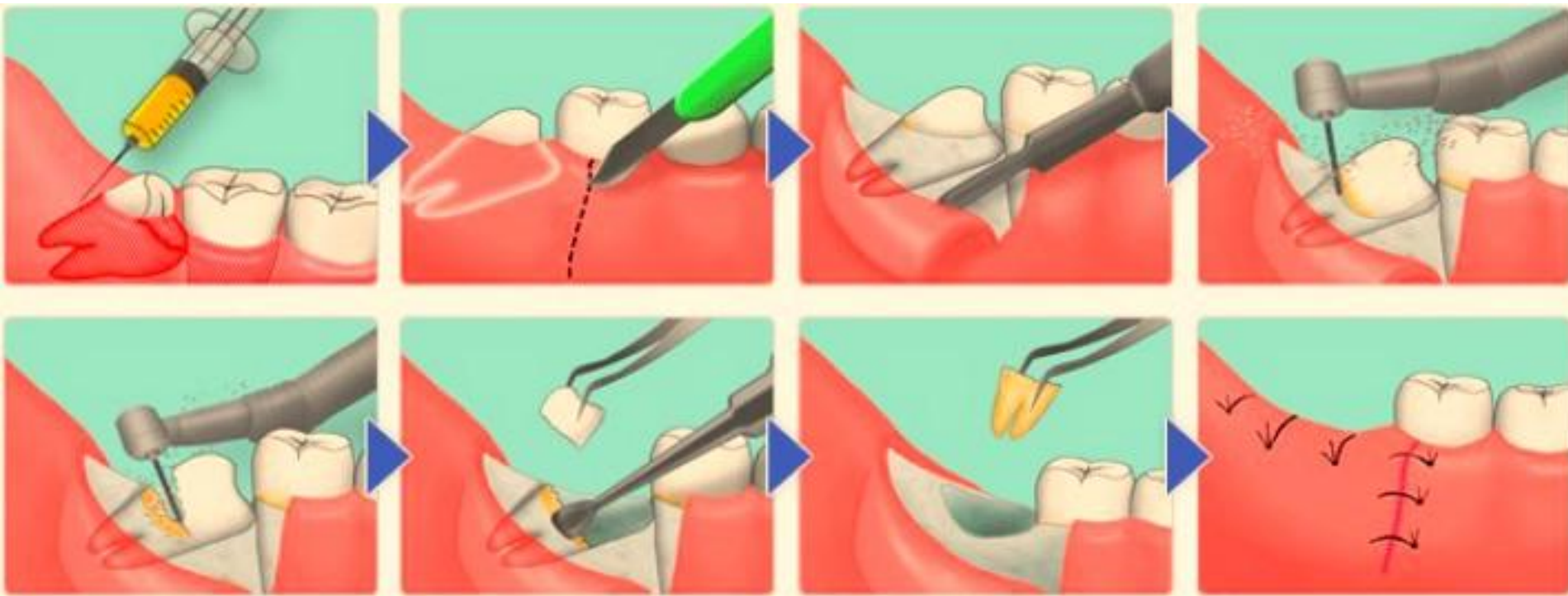


Особенности сложного удаления

- Выполняется анестезия. Если зуб частично ретенирован, то для получения к нему доступа, выполняется надрез десны и производится приподнимание лоскута.
- После этого моляр удаляется элеватором. После удаления лоскут перемещается на место и врач его зашивает. Моляр рассекается на 2-3 части, которые в дальнейшем убираются элеватором.



На данной схеме показаны этапы удаления зуба мудрости:
анестезия - надрез ткани - отворот лоскута ткани десны - распил
зуба бормашиной - удаление коронки - удаление корней -
сшивание лунки



МЕТОДИКИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ МЕДИАЛЬНО НАКЛОНЕННОГО РЕТИНИРОВАННОГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- а — разрез слизистой оболочки и надкостницы от основания крыловидно-челюстной складки по направлению ко второму маляру;
- б — скелетирование небольшого участка наружной кортикальной пластинки альвеолярного отростка в области зуба 3.8;
- в — незначительное иссечение минимально костной ткани для обеспечения доступа элеватора к периодонтальной связке зуба 3.8;
- г — удаление зуба 3.8 при помощи прямого элеватора; д — наложение швов на рану;
- е — вид послеоперационной раны в полости рта после наложения отдельных узловых швов и их обработки 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого



a



б



в



г



д



е

МЕТОДИКА ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ВЕРТИКАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



а



б



в

Рис. 29. Основные этапы удаления вертикально расположенного третьего моляра нижней челюсти с полностью прорезавшейся коронкой:

а — отслаивание волокон периодонтальной связки при помощи гладилки; *б* — вывихивание зуба 4.8 при помощи прямого элеватора; *в* — тракция зуба 4.8 при помощи щипцов для удаления третьих моляров на нижней челюсти

Методика операции

- Производят углообразный разрез слизистой оболочки и надкостницы от основания крыловидно-челюстной складки по направлению ко второму моляру и далее — вниз под углом $38-100^{\circ}$ по направлению к переходной складке. Затем скелетируют наружную кортикальную пластинку альвеолярного отростка нижней челюсти. Сформированный слизисто-надкостничный лоскут мобилизуют и отодвигают крючком Фарабефа вниз. Кортикальную пластинку над коронкой ретинированного в горизонтальном положении нижнего третьего моляра удаляют до уровня шейки второго моляра, а затем извлекают при помощи элеватора. Далее корни третьего моляра распиливают вдоль горизонтальной линии и извлекают поочередно каждый фрагмент. Рану зашивают.

Методика удаления зубов при увеличенных корнях

Проводят разрезы с дистальной стороны третьего моляра и вестибулярной стороны второго моляра. Скальпелем рассекают волокна периодонтальной связки. Формируют и отслаивают слизисто-надкостничный лоскут с последующим скелетированием альвеолярного отростка челюсти. После иссечения костной ткани в щечном и дистальном отделах при помощи бора в разделяют коронку зуба в пришеечной области. Со щечной стороны в распил вводят долото с плоским лезвием и ударом молотка отделяют коронку. Далее элеватором удаляют коронку. Если попытка вывихивания корня элеватором с дистальной стороны зуба не увенчалась успехом, следует при помощи прямого наконечника, бора иссечь дистальный и щечный участки костной ткани. Для создания дополнительного пространства в периодонтальной щели рекомендуется использовать бор меньшего диаметра и иссекать костную ткань до уровня увеличенной части корня. Удаление следует проводить вывихиванием с помощью элеватора. После завершения манипуляции необходимо выполнить альвеолотомию, промывают лунку раствором антисептика до полного ее очищения от костных опилок. Затем слизистонадкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют отдельными узловыми швами.



a



б

Рис. 32. Виды увеличенных корней (S. Asanami, Y. Kasazaki, 1993):

a — дентальный снимок при увеличении всего корня зуба 4.8; *б* — дентальный снимок при увеличении апекса корня зуба 4.8



Спасибо за внимание