

Красноярский государственный медицинский университет им. проф.  
В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России  
Институт стоматологии - научно-образовательный центр инновационной  
стоматологии  
Кафедра-клиника хирургической стоматологии и челюстно-лицевой  
хирургии

*Реферат на тему: **Строение опухоли, свойства опухолевой клетки***

**Выполнил ординатор :  
Гроздев И.А.**

**Красноярск 2018**

## Введение

Практикующие стоматологи обычно считают удаление третьих моляров своей слабой стороной. Причинами этого являются многие обстоятельства:

- 1) сложность оценки продолжительности вмешательства, необходимого для экстракции третьего моляра, ведет к возникновению проблем при составлении расписания;
- 2) возможность возникновения неожиданных задержек при подготовке к хирургическому вмешательству;
- 3) вероятность отмены приема или прекращения операции;
- 4) риск развития неожиданных осложнений в ходе операции.

Как бы то ни было, стоматолог не может избежать экстракции третьих моляров. По этой причине предлагаю вашему вниманию подробный анализ некоторых клинических случаев с демонстрацией различных методик, которые используются в практике. Это позволит более точно определить степень сложности удаления третьих моляров в различных клинических случаях и проводить лечение с большей уверенностью.

## Показания к удалению третьих моляров

Третьи моляры проросли нормально и могут быть использованы для пережевывания пищи при адекватном развитии челюстей

При неправильном развитии челюстей отсутствует пространство для прорастания третьих моляров, поэтому они часто остаются ретинированными (погруженными) в кости. В дальнейшем такие ретинированные моляры могут приводить к развитию различных осложнений. Возникает инфекционное воспаление окружающей десны.

## Могут сформироваться киста и костный дефект

## Произошло патологическое прорастание второго моляра

Для клинициста исключительно важно совершенное владение техникой экстракции, поскольку медиальный наклон ретинированных третьих моляров встречается весьма часто, причем в большинстве случаев показано удаление именно таких зубов.

Экстракция, требующая иссечения надлежащего щечного участка кости и секционирования зуба. Пациент: мужчина, 21 год.

Основная жалоба пациента связана с дискомфортом в области зуба №48.

Внутриротовое обследование показало частично ретинированный зуб с

прорастанием части коронки. Рентгенограмма подтвердила наличие медиального наклона зуба №48 под углом приблизительно 70° с незначительной резорбцией кости над коронкой. Ниже представлены параметры, которые были определены с помощью рентгенологического исследования и внутриротового осмотра для экстракции данного зуба. Методика требует иссечения небольшого количества кости, в идеале план лечения должен включать секционирование зуба в области шейки.

Предполагаемые особенности экстракции:

Степень сложности: высокая

a. Глубина залегания: средняя, частично ретинированный третий моляр

b. Покрытие костью: минимальное

c. Наклон оси: медиальный наклон приблизительно на 70°

d. Конфигурация и количество корней: два корня нормальной конфигурации

Продолжительность операции: 40–60 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: необходимо

Секционирование зуба: в пришеечной области

Степень хирургической травмы: выраженная

На основании перечисленных выше данных была выполнена экстракция с использованием проводниковой анестезии нижней челюсти. Ниже представлено описание вмешательства.

При иссечении кости исключительно важно обеспечить адекватное операционное поле. Брюшистым скальпелем провели разрез длиной приблизительно 1,5 см сзади второго моляра, чтобы сформировать лоскут слизистой, покрывающей третий моляр. Разрез должен быть проведен после пальпаторного исследования поверхности кости и локализован между наружной и внутренней косыми линиями или немного щечно. Затем проведите вертикальный послабляющий разрез приблизительно на 0,5 см медиальнее центра щечной поверхности зуба №47, направляя разрез вниз и вперед. Разрежьте и отделите циркулярные волокна связки серповидным лезвием вдоль пришеечной области второго моляра. Очень важно провести разрез точно в области надкостницы. Начинайте отсепаровывать надкостницу в области вертикального послабляющего разреза с помощью распатора, плотно надавливая им на кость и используя отслаивающее движение.

Линия разреза. Несмотря на то, что вертикальный послабляющий разрез принято проводить по касательной к медиальной границе зуба №47, в тех случаях, когда ретинированный третий моляр лишь немного наклонен медиально и не требует иссечения кости, такой разрез лучше проводить по касательной к дистальной границе зуба.

Костным долотом с закругленным лезвием резецируйте покрывающий зуб щечный участок кости до такого уровня, чтобы избежать поднурения в области коронки.

Откиньте десну с язычной стороны, чтобы не повредить ее бором во время секционирования зуба бором.

Проведите секционирование коронки в щечно-язычном направлении с помощью турбинного наконечника. Полностью разделите зуб, используя легкие прикосновения и аккуратные вибрирующие движения наконечником в вертикальном направлении. Избегайте дистального наклона бора. Если это произойдет, то отделенную коронку зуба удалить не удастся, поскольку она будет заклинена в поднутрении. Особенно осторожным необходимо быть при наличии выраженного наклона и вертикальном типе ретинирования или в тех случаях, когда второй моляр наклонен в дистальную сторону.

Секционируйте нижнюю язычную часть коронки, наклоняя кончик бора в язычную сторону. Не проводите полного рассечения коронки.

Во избежание повреждения альвеолярной кости при проведении секционирования оставшуюся подлежащую часть коронки раскалывают с помощью долота с прямым лезвием. То же можно проделать, слегка вклинивая кончик элеватора в распил.

Установите долото с прямым лезвием, направляя его медиально. Введите долото под отделенную часть коронки и удалите ее.

Удалите оставшуюся часть корня, вывихивая ее наружу. Хотя элеватор вводят в пространство пародонтальной связки вдоль щечной поверхности корня, при затруднении вывихивания можно иссечь небольшое количество кости шаровидным бором в прямом наконечнике. Если не удастся легко вывихнуть зуб, можно предположить, что зуб имеет изогнутые, сращенные или увеличенные корни. Проведите повторное рентгенографическое исследование, после чего можно принять решение о том, что делать дальше – провести секцию корня или иссечь кость, прилегающую к данному участку. При проведении таких манипуляций необходимо очень аккуратно распределять нагрузку. Избегайте нагрузки, которая может привести к перелому язычного участка кости, а при расположении зуба вблизи нижнечелюстного канала старайтесь избегать нагрузки в направлении кончиков корней.

При отсутствии достаточного пространства старайтесь не прилагать усилия при удалении корней. Вместо этого продолжайте проведение вмешательства либо после повторного секционирования с помощью турбины, либо после иссечения кости с дистальной поверхности.

Кюретой удалите грануляционную ткань с дистальной стороны зуба №47. Проведите альвеолопластику острых выступов кости с помощью костного рашпиля. После этого лунку промывают стерильным физиологическим раствором до полного удаления осколков.

Отслаивание надкостницы медиальнее вертикального послабляющего разреза приблизительно на 3 мм позволяет облегчить проведение иглы сквозь ткани.

После ушивания вертикального послабляющего разреза проводят ушивание дистального. В качестве общего правила необходимо помнить о том, что иглу следует вводить со стороны подвижного лоскута и стабилизировать на неподвижной стороне. Накладывая 3 или 4 шва, проводят репозицию слизисто-надкостничного лоскута. Надавливая кончиками пальцев, плотно

адаптируют надкостницу к кости. Это приводит к изгнанию крови и воздуха, которые могли скопиться под надкостницей. Данный прием позволяет избежать отека и кровотечения в послеоперационном периоде.

Горизонтально ретинированные третьи моляры нижней челюсти, которые удаляют с помощью иссечения щечного участка кости и секционирования коронки. Пациент: мужчина, 31 год.

Основная жалоба на тупую боль в области зуба №48. Хотя зуб №48 не был визуализирован во время проведения внутриротового осмотра, коронку зуба можно было прощупать зондом, введенным в десневой карман с дистальной стороны зуба №47. Второй моляр немного наклонен в язычную сторону.

На панорамной рентгенограмме обнаружены горизонтально ретинированный зуб №48 и незначительная резорбция кости под коронкой.

Предполагаемые особенности экстракции:

Степень сложности: очень высокая

a. Глубина залегания: глубокая, зуб №48 полностью погружен. Самая высокая точка ретинированного третьего моляра расположена посередине между окклюзионной поверхностью и шейкой второго моляра

b. Покрытие костью: значительное

c. Наклон оси: горизонтальный

d. Конфигурация и количество корней: один корень без патологии

e. Отношение к каналу: отделен

Продолжительность операции: 60 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: требуется иссечение значительного объема кости

Секционирование зуба: требуется секционирование коронки в пришеечной области

Степень хирургической травмы: значительная (возможные последствия: боль, отек, лихорадка, тризм, дисфагия и т.д.)

На основании представленных выше данных экстракция была выполнена с использованием проводниковой анестезии нижней челюсти.

Методика вмешательства

Изогнутым скальпелем дистальнее зуба №47 выполнен разрез длиной 1,5 см и рассечены циркулярные волокна пародонтальной связки с щечной и дистальной сторон. В медиально-щечной области зуба №47 провели вертикальный послабляющий разрез книзу и кпереди. После пальпации поверхности кости выполнили дистальный разрез между наружной и внутренней косыми линиями или немного щечно.

Прижимая распатор к поверхности кости и используя скребущие движения, сформировали слизисто-надкостничный лоскут.

Щечный и дистальный участки кости, закрывающие коронку, иссекли с помощью долота с округлым лезвием.

В области шейки третьего моляра с помощью бора в турбинном наконечнике провели распил в щечно-язычном направлении. Помните, что бор нужно наклонять как можно более дистально. Если этого не сделать, то секционированную часть коронки нельзя будет удалить, даже несмотря на

полную ее подвижность. Не пытайтесь сепарировать коронку кончиком бора, старайтесь использовать всю его длину и работать бором как кистью.

Проведите распил не до конца, оставляя небольшое количество тканей зуба на язычной или подлежащей поверхности коронки. При обнаружении на рентгенограмме близкого к коронке третьего моляра расположения канала нижнего луночкового нерва во избежание повреждения последнего оставьте небольшой слой структур зуба на подлежащей части коронки и расколите зуб с помощью долота с прямым лезвием.

Кончик бора наклонили язычно, и аккуратно секционировали нижнюю язычную часть зуба в пришеечной области.

По долоту с прямым лезвием, введенному с щечной стороны распила, ударили молоточком и раскололи коронку.

Сепарированную коронку легко удалили, заведя под нее элеватор.

Поскольку отсутствовало достаточное пространство в области пародонтальной связки со щечной стороны оставшегося корня, пространство было создано удалением небольшого количества кости с помощью бора в прямом наконечнике.

Корень вывихнули и удалили поворотом элеватора против часовой стрелки.

Если не удастся легко вывихнуть корень, это может указывать на наличие патологии формы корня. Проведите повторное исследование рентгенограммы и решите вопрос о необходимости дальнейшего иссечения кости или секционирования зуба. После экстракции с дистальной поверхности второго моляра острой кюретой удалили грануляции. Затем костным рашпилем сгладили острые костные выступы и очистили лунку с помощью ирригации физиологическим раствором.

Провели репозицию слизисто-надкостничного лоскута, после того как сместили участок надкостницы шириной 3 мм медиальнее поперечного разреза. При использовании воздушного турбинного наконечника может развиваться эмфизема тканей в результате попадания воздуха в подкожную клетчатку. Диагноз поставить просто: слышна крепитация при пальпации кончиками пальцев пораженного участка. Для уменьшения послеоперационного отека удалите воздух, надавливая на область со щечной стороны третьего моляра, либо с нижней границы нижней челюсти вверх, либо спереди назад. Черным хирургическим шелком 3-0 наложили четыре шва. Сначала ушивают вертикальный послабляющий разрез, затем – дистальный. Нельзя располагать узлы на линии разреза.

Лоскут плотно адаптирован к кости. Кроме того, на щечный и язычный участки десны надавили указательными пальцами правой и левой руки, изгоняя остатки крови и воздуха, которые могли скопиться в лунке удаленного зуба. Такие меры позволяют предотвратить развитие отека и кровотечения в послеоперационном периоде.

Обычно экстракция горизонтально ретинированных третьих моляров несколько сложнее по сравнению с медиально наклоненными третьими молярами. Коронка часто локализуется глубоко в дистальном поднутрении второго моляра, а удаление оставшегося корня осложняется его

горизонтальным положением. По этой причине необходимо иссекать значительный объем кости и секционировать зуб в области шейки, что требует особой аккуратности.

Выше было проведено обсуждение базовой методики экстракции горизонтально ретинированного третьего моляра. Перед вмешательством для минимизации травмы тканей необходимо проводить тщательное рентгенографическое исследование.

#### Список литературы

- 1) Асанами, Касазаки: «Квалифицированное удаление третьих моляров», Издательский дом «Азбука» 2004 г.
- 2) Бернадский Ю.И. – Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области, Москва 1999 г.
- 3) Хирургическая стоматология. Евдокимов А.И., Васильев Г.А.
- 4) Хирургическая стоматология (под ред. Робустовой Т.Г.) – Москва, Медицина 2000 г.