

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии

Реферат:
«ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА»

Выполнил ординатор
кафедры-клиники хирургической стоматологии и ЧЛХ
по специальности «челюстно-лицевая хирургия»
Кан Иван Владимирович
рецензент д.м.н., проф. Левенец Анатолий Александрович

Красноярск, 2018

Содержание

1. Этапы операции удаление зуба	3
2. Показания к удалению зуба	5
3. Противопоказания к удалению зуба	6
4. Заживление раны после удаления зуба	8
5. Специальный хирургический инструментарий для операции удаления зубов	10
6. Список литературы	14

Этапы операции удаление зуба

Этапы операции удаления зуба складываются из последовательных этапов:

- лигаментотомия;
- наложение щипцов;
- продвижение щечек щипцов под десну;
- смыкание щипцов (фиксация);
- вывихивание зуба (люксация либо ротация);
- извлечение зуба из лунки (тракция).

Лигаментотомия. Производят отделение круговой связки от шейки зуба и десны от края альвеолы при помощи гладилки или узкого плоского распатора. Тщательное отделение круговой связки и десны облегчает продвижение щечек щипцов под десну и предупреждает разрыв слизистой оболочки во время вмешательства.

Наложение щипцов на зуб. Ось щечек щипцов должна совпадать с осью зуба. Неправильное наложение щипцов приводит к перелому корня во время вывихивания зуба.

Продвижение щечек щипцов под десну. Смыкание щипцов. Удаляемый зуб должен быть прочно зафиксирован в щипцах. При перемещении щипцов одновременно должен смещаться и зуб.

Вывихивание зуба. При вывихивании зуба волокна периодонта разрываются.

Прием осуществляется двумя способами: раскачиванием (люксация) наружу и внутрь и вращением (ротация) вокруг оси зуба на 20-25°.

Люксацию и ротацию производить постепенно, без грубых движений и рывков. Раскачивание зуба осуществляется в сторону наименьшего сопротивления, где стенка лунки тоньше. На верхней челюсти слабее и тоньше наружная (вестибулярная) стенка альвеолы, поэтому первое

вывихивающее движение проводят в вестибулярную сторону (исключение - первый большой коренной зуб). На нижней челюсти передние зубы вывихивают в вестибулярную сторону, остальные зубы - в оральную сторону.

Ротацию производят при удалении зубов, имеющих один конусовидный корень (резцы и клык верхней челюсти, малые коренные зубы нижней челюсти и разъединенные корни первого малого коренного и больших коренных зубов верхней челюсти).

Извлечение зуба из лунки (тракция). Выведение зуба из лунки производят плавно, без рывков.

После извлечения зуба из лунки проводят ее ревизию, удостоверяясь, что все корни зуба удалены полностью, удаляют разрастания грануляционной ткани, осколки или оставшуюся гранулему на дне лунки, отслоенную в процессе операции десну укладывают на место. Выступающие участки кости скусывают щипцами, а также сближают края десны путем сдавливания с двух сторон пальцами через марлевую салфетку. При наличии большой раны накладывают швы. Проводят остановку кровотечения. Больного предупреждают о необходимости соблюдения гигиены полости рта.

Осложнения при удалении: кровотечение, перелом коронки или корня удаляемого зуба, перелом и вывих соседнего зуба, проталкивание корня зуба в мягкие ткани, травмирование мягких тканей полости рта, перелом альвеолярного отростка, вывих и перелом нижней челюсти, перфорация дна и проталкивание корня в верхнечелюстную пазуху, неврит нижнего луночкового нерва, аспирация зуба, развитие альвеолита, остеомиелита лунки зуба.

Показания к удалению зуба

Показания к удалению зуба подразделяются на срочные и плановые.

В срочном порядке необходимо удалить зубы:

- Зубы, являющиеся источником инфекции и послужившие причиной развития гнойных воспалительных заболеваний (периодонтиты, периоститы, флегмоны и абсцессы, гаймориты), в том случае, когда консервативное лечение не удается или бесполезно, когда зуб сильно разрушен и не представляет никакой ценности в плане выполнения своей функции;
- Причинные зубы, от которых развился одонтогенный остеомиелит;
- Продольный перелом зуба;
- Поперечный перелом коронки зуба, если вскрыта полость, но зуб не поддается эндодонтическому лечению.

Показания к удалению зубов в плановом порядке:

- Разрушенные корни зубов, если их нельзя использовать под протезы;
- Невозможность консервативного лечения вследствие искривления или непроходимости корневых каналов;
- Если зуб значительно подвижен (3 степень);
- Дистопированные зубы, травмирующие слизистую оболочку различных отделов полости рта (в случае безуспешности ортодонтического лечения);
- Зубы, находящиеся в щели перелома и мешающие сопоставлению отломков;

- Частично прорезавшиеся зубы, которые постоянно вызывают воспалительные явления в окружающих их тканях при невозможности лечения консервативными методами.

Противопоказания к удалению зуба

Абсолютных противопоказаний к удалению зубов нет, но выделяют такие состояния, когда лучше отложить операцию по поводу удаления зуба на более поздний срок.

Разделяют местные и общие относительные противопоказания к удалению зубов.

Местные:

- Различные заболевания слизистой оболочки полости рта (афтозный и герпетический стоматит, герпангина, гингивит и др.);
- Расположение зуба в зоне злокачественной опухоли;
- Болезни аллергического генеза (аллергический хейлит, медикаментозный стоматит, синдром Лайелла);
- Специфическая инфекция полости рта (туберкулез, актиномикоз челюстно-лицевой области, сифилитический шанкр);
- Облучение или лучевая болезнь;
- Молочные зубы у взрослых пациентов, если по рентгенограмме под ними отсутствуют зачатки постоянных зубов.

Общие:

- Сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт миокарда и период в 6 месяцев после него, ИБС с частыми приступами стенокардии, гипертоническая болезнь в стадии криза, медикаментозная коагулопатия);

- Острые заболевания внутренних органов (гломерулонефрит, панкреатит, гепатит);
- Обострения психических расстройств (эпилепсия, шизофрения)
- Инфекционные заболевания (грипп, корь, скарлатина, дифтерия, ветряная оспа, дизентерия);
- Поражения нервной системы (инсульты, менингиты, энцефалиты);
- Болезни крови (гемофилия, лейкозы, тромбоцитопения);
- Беременность (1-3 и 7-9 месяцы). От удаления зубов беременным в данные периоды следует воздержаться еще и потому, что местные анестетики могут негативно повлиять на развитие плода.

После постановки диагноза и определения показаний, переходят к выбору местной анестезии и инструментов для удаления (щипцов и элеваторов).

Заживление раны после удаления зуба

После удаления зуба рана заживает вторичным натяжением. При нормальном заживлении раны десневые края постепенно сближаются благодаря концентрическому сокращению эластической круговой связки зуба. Параллельно со сближением десневых краев идет эпителизация раны со стороны эпителия десны. Окончательное сближение краев десны и эпителизация раны происходят на 15—20-й день в зависимости от величины дефекта. Одновременно под прикрытием сблизившихся краев десны происходит организация кровяного сгустка.

В дальнейшем лунка удаленного зуба выполняется костью. Через месяц в области удаленного зуба уже можно обнаружить сеть балок губчатого вещества кости, через 2—2,5 мес. костная структура на месте альвеолы и структура окружающей костной ткани почти сливаются.

Через 3—4 мес., а иногда несколько позже происходит окончательное формирование костной ткани альвеолы.

Одновременно с остеогенезом в альвеоле идет процесс рассасывания ее краев. Обычно края альвеолы рассасываются приблизительно на одну треть длины корня удаленного зуба. Поэтому край в области удаленных зубов становится ниже и тоньше, чем до удаления, обстоятельство, имеющее большое значение для зубопротезирования.

В заживлении альвеолы после удаления зуба отмечают три этапа. На первом этапе (от 7 до 14 дней) эпителий не покрывает полностью устья лунки. В этот период одновременно протекают процессы рассасывания и регенерации. Рассасываются поврежденные части лунки. Происходит организация кровяного сгустка. На втором этапе (от 2 до 6 недель) наблюдается интенсивное образование остеоидной ткани. Третий этап характеризуется главным образом явлениями перестройки сформировавшейся костной ткани. Продолжаются процессы перестройки кости. Наличие инфекции в лунке, обычно предшествовавшее удалению

зуба (при периодонтите), увеличивает сроки заживления. Это выражается замедлением сроков эпителизации раны и медленным развитием остеонидной ткани.

Нормальное заживление раны после удаления зуба нарушается прежде всего тогда, когда в лунке остаются инородные тела в виде остатков корня или мелких осколков альвеолярного отростка. При этом края десны долго не сближаются, из альвеолы выбухают грануляции и выделяется гной. Иногда больной ощущает этот осколок языком. В некоторых случаях наличие осколка корня в лунке удастся установить только с помощью рентгенограммы. При обнаружении осколка в альвеоле удаленного зуба необходимо извлечь его острой хирургической ложкой, после чего рана быстро заживает. Следует подчеркнуть важность правильной обработки раны после удаления зуба.

Специальный хирургический инструментарий для операции удаления зубов

Удаление зубов и корней на верхней челюсти имеет свои особенности, значение которых обеспечивает успех лечения.

Методика удаления зависит от формы зуба, количества корней, от толщины и плотности кости вокруг корня зуба. Удаление отдельных групп зубов и корней на верхней челюсти проводят соответствующими щипцами, которые различают по соотношению щечек и ручек, формы и ширины щечек. Неправильный выбор щипцов, нарушение правил удаления зубов могут привести к осложнениям. Поэтому изучение инструментов и овладение методикой удаления зубов и корней является важным этапом в освоении специальности стоматолога.

Устройство и форма щипцов неодинаковы, конструкция их зависит от анатомического строения зуба и места его в зубном ряду

Различают следующие виды щипцов для удаления зубов и корней верхней челюсти: прямые и S-образные, продольная ось щечек и ось ручек составляет одну прямую или две параллельные линии. S-образный изгиб предназначен для удобного и правильного наложения щипцов на премоляры и моляры верхней челюсти.

По ширине щечек щипцы подразделяются на широкие и узкие в зависимости от размера коронки удаленного зуба.

Кроме того, эти щипцы подразделяются на коронковые, т.е. с не сходящимися щечками, и корневые (со сходящимися щечками)

S-образные щипцы для удаления первого и второго моляров верхней челюсти имеют на одной из сторон (наружной) шиповидный выступ. При наложении щипцов шип фиксируется в промежутке щечных корней, благодаря чему щечка плотно охватывает удаляемый зуб. В зависимости от этого признака щипцы подразделяются на левые и правые

Для удаления третьих моляров верхней челюсти используют щипцы штыковидные (байонетные) или специальные. Эти щипцы имеют значительный S-образный изгиб, закругленные не сходящиеся щечки без шипа и, следовательно, без признака стороны.

Для удаления корней зубов верхней челюсти и зубов с полуразрушенными коронками используют штыковидные (байонетные) или универсальные щипцы. Они имеют переходную часть между щечками и замком, продольная ось щечек и ручек у них параллельна. Обе щечки вытянуты, могут быть широкие, средние и узкие, а также, сходящиеся или не сходящиеся при смыкании.

Во время удаления зуба щипцы вводят в полость рта и накладывают на удаляемый зуб в раскрытом виде. Пальцы руки располагаются так, чтобы можно было этой же рукой свободно сближать и разводить ручки, продвигать щечки щипцов вглубь под десну. Затем, легко перемещая пальцы, крепко фиксируют щипцы на зубе

Для удаления зубов и корней зубов верхней челюсти применяют также прямые элеваторы, используя при этом принцип рычага. Элеватор состоит из рабочей части, соединительного стержня и ручки. Рабочая часть является продолжением соединительного стержня, вместе с ручкой располагается на одной линии. Щечка полукруглая, выпуклая с одной стороны, с другой вогнутый желобок. Прямой элеватор предназначен для удаления корней зубов верхней челюсти, зубов, расположенных вне зубной дуги, а также верхних и нижних третьих моляров.

Удаление верхних резцов.

При удалении центрального резца (11, 21) учитывают, что на поперечном сечении корень имеет округлую форму. Корень бокового резца несколько сплюснут, верхушка согнута в небную сторону. Наружная стенка лунок тоньше, чем внутренняя.

При удалении верхних резцов применяют прямые коронковые (т.е. с не сходящимися щечками) щипцы. Учитывая строение корня и толщину

стенок лунок, 11, 21 удаляют вращательным движением (ротационно), вывихивая зуб в сторону преддверия полости рта. Боковые резцы (12, 22) удаляют, сочетая люксационные и ротационные движения.

Корни резцов верхней челюсти удаляют прямыми корневыми (сходящимися) щипцами, а также прямым элеватором или универсальными байонетными щипцами.

Удаление верхнего клыка.

Верхний клык (13, 23) имеет массивный корень, который в поперечном сечении представляет собой сложенные очертания треугольника. Вестибулярная костная стенка лунки тоньше, чем небная. Для удаления клыков верхней челюсти используют прямые щипцы с широкими не сходящимися щечками. Производят люксационные движения в вестибулярном и небном направлении, а затем ротационные.

Корни 13, 23 удаляют прямыми корневыми сходящимися щипцами, а также прямым элеватором или универсальными байонетными щипцами.

Удаление верхних малых коренных зубов.

Корни этих зубов сплющены в мезиодистальном направлении, а первый малый коренной зуб в половине случаев имеет два (щечный и небный) корня. Наружная стенка альвеол этих зубов более тонкая, чем небная. Верхние малые коренные зубы (15, 14, 24, 25) удаляют S-образными щипцами с не сходящимися щечками люксационными движениями в щечно-небном направлении, причем первое вывихивающее движение делают в щечную сторону. При удалении вторых премоляров (15, 25) возможна комбинация люксационных и ротационных движений.

Удаление верхних больших коренных зубов.

Первый и второй коренные зубы имеют три корня (один небный и два щечных). Наружная стенка альвеолы первых моляров (16, 26) утолщена за счет скулоальвеолярного гребня. У второго большого коренного (17, 27) зуба щечная стенка тоньше, чем небная. Для удаления этих зубов применяют S-образные щипцы, которые разделяются на правые и левые в

зависимости от расположения шипа. Наложение щипцов осуществляется таким образом, что шип фиксируется между щечными корнями, т.е. с вестибулярной стороны, щечка щипцов с другой стороны округлая, охватывает небный корень. При удалении первых моляров (16, 26) люксацию начинают в небную сторону, а при удалении вторых моляров (17, 27) в щечную.

Удаление третьего моляра (18,28) производят штыковидными специальными щипцами. Первое движение люксационное, в щечную сторону.

Корни моляров верхней челюсти удаляют с применением бормашины или без нее, в зависимости от сохранения или разрушения межкорневой спайки.

Если коронка зуба значительно разрушена, но сохранена межкорневая спайка, то применяют обычные S-образные коронковые щипцы соответствующей стороны. Если наложить щипцы невозможно, то производят разделение корней бормашиной или долотом.

Список литературы

1. Байкова А.Ю. Способ профилактики излечения альвеолита // Всеросс. науч. - практ. конф. стоматологов: Сб. ст. Уфа, 2002. - С. 95-97.
2. Безруков В.М., Григорьянц Л.А., Рабухина Н.А. Амбулаторная хирургическая стоматология // Руководство для врачей. М.: Мед. информгентство, 2004. - 108 с.
3. Безруков В.М., Сукачев В.А. Осложнения после удаления зубов // Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. М.: Медицина, 2000. - Т.1. - С.156-159.
4. Дерябин Е.И., Пермякова Н.Е. Предупреждение луночковых кровотечений у больных гемофилией после удаления зубов. //Сб.тезисов док. Всеросс. научно-практич. конф.: М., 2003. - С. 4041.
5. Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение: учебник / В.Н. Трезубое [и др.]; под ред. з.д.н. России, проф. В.Н. Трезубова. - 5-е изд., испр. и доп. - М.: МЕД-пресс-информ, 2011. - 384 с.
6. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: Учеб. пособие. – 2003. – 504 с.
7. Соловьёв М.М. Пропедевтика хирургической стоматологии: Учеб. Пособие / М.: Медпресс-информ. - 4-е изд. - 2013. – 264 с.
8. Чудаков О.П., Черченко Н.Н., Гузерова Н.Ф. Дентальная хирургия в работе врача-стоматолога общей практики. Методические
9. Phillips C, White RP, Jr., Shugars DA, Zhou X: Risk factors associated with prolonged recovery and delayed healing after third molar surgery. J Oral Maxillofac Surg 61:1436, 2003 129.