

**КВАЛИФИЦИРОВАННОЕ
УДАЛЕНИЕ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. РЕТЕНЦИЯ И
ДИСТОПИЯ ЗУБОВ МУДРОСТИ.**

**Выполнила:
ординатор 1-ого года обучения
по специальности хирургическая стоматология
Скурковина В.Ю.**

УДАЛЕНИЕ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ (ЗУБОВ МУДРОСТИ) НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

НЕРЕДКО СТОМАТОЛОГ-ХИРУРГ ВСТРЕЧАЕТСЯ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ ВАРИАЦИЙ ЧИСЛА КОРНЕЙ И РАСПОЛОЖЕНИЯ ВОСЬМЫХ ЗУБОВ ОТНОСИТЕЛЬНО ЗУБНОГО РЯДА, В ТО ВРЕМЯ КАК, АНАТОМИЯ ОСТАЛЬНЫХ ЗУБОВ БОЛЬШИНСТВА ИЗ НАС СХОЖА.



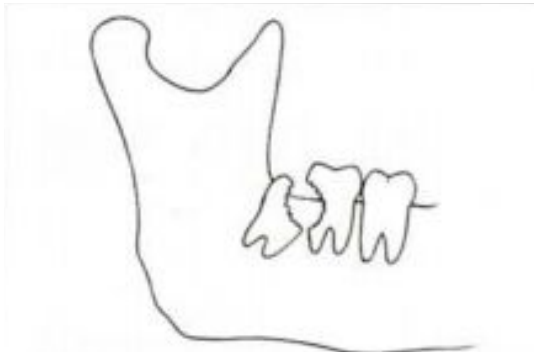
ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ

Ретенция 8-ого зуба. При неправильном развитии челюстей отсутствует пространство для прорезывания третьих моляров, поэтому они часто остаются ретинированными (погруженными) в кости. В дальнейшем они могут приводить к развитию различных осложнений.

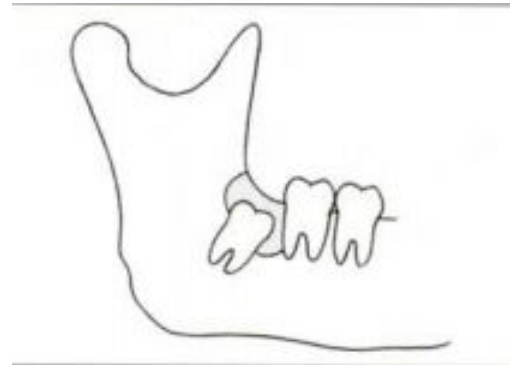


ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ

□ Развивается кариозное поражение второго моляра

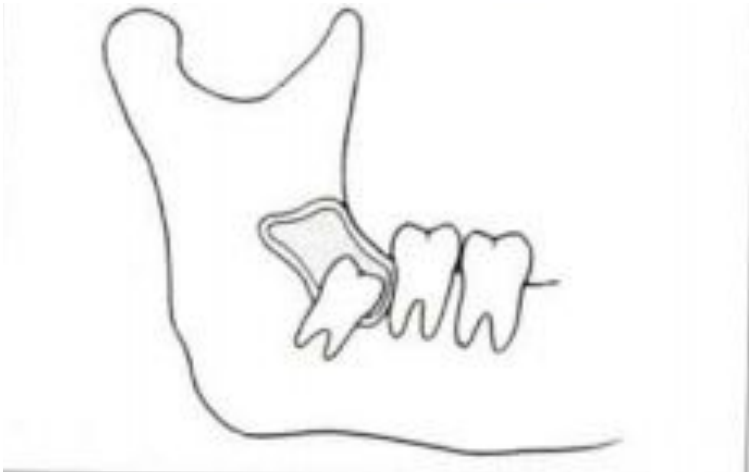


□ Развивается воспаление окружающей костной ткани



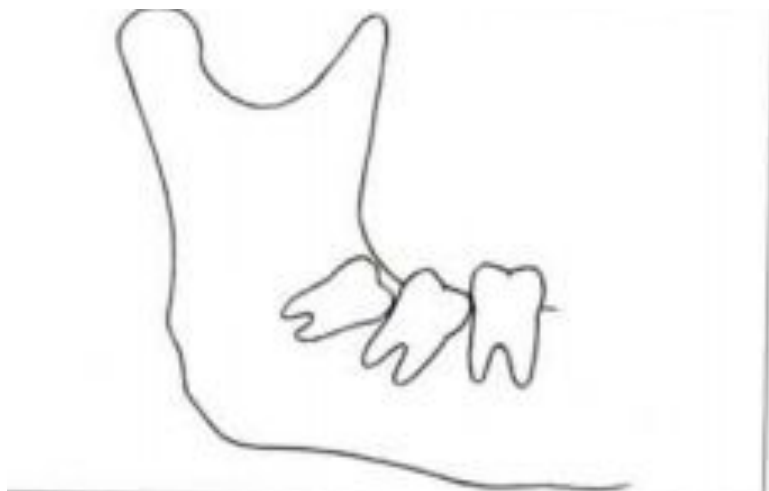
ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ

- ФОРМИРОВАНИЕ КИСТЫ И КОСТНОГО ДЕФЕКТА



ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ

□ РЕТЕНЦИЯ 8-ОГО ЗУБА СТАЛА ПРИЧИНОЙ
ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ 7-ОГО ЗУБА

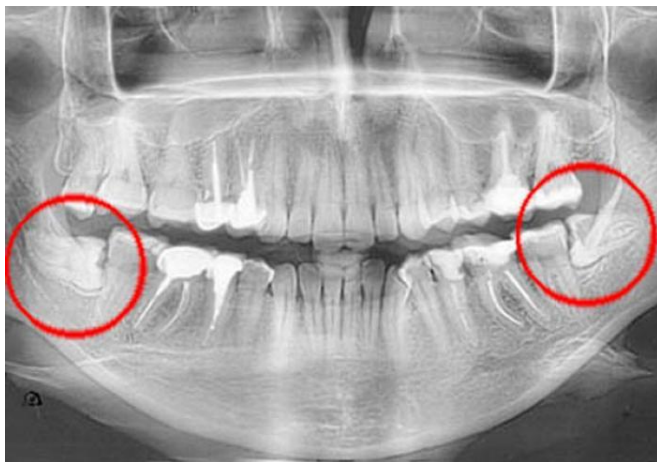


- В результате происходит смещение остальных зубов с формированием патологического прикуса.
- Рентгенограмма того же пациента.



□ Также показаниями к удалению третьих моляров являются:

1. Дистопированные зубы, травмирующие слизистую оболочку десны, щек, языка и не подлежащие ортодонтическому лечению.
2. Третьи моляры, расположенные в щели перелома, мешающие репозиции отломков.



РЕНТГЕНОГРАФИЯ. ПАРАМЕТРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СТЕПЕНЬ СЛОЖНОСТИ БУДУЩЕЙ ЭКСТРАКЦИИ.

- При анализе рентгенограмм перед проведением хирургического вмешательства важно отметить глубину расположения и наклон зуба, длину и количество корней, степень выраженности поднутрений на дистальной поверхности второго моляра, локализацию передней границы ветви нижней челюсти, отношение к нижнечелюстному каналу или верхнечелюстной пазухе, а также состояние окружающей альвеолярной кости, включая компактную пластину альвеолярного отростка. Использование данной информации повышает эффективность и безопасность операции.



КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



Дистальный наклон



Положение в язычную сторону (лингверсия)



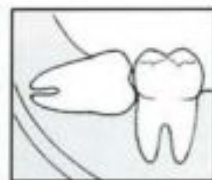
Язычный наклон



Вертикальное положение



Медиальный наклон



Горизонтальное положение



Щечный наклон



Инверсия



МЕДИАЛЬНО НАКЛОНЕННЫЕ РЕТИНИРОВАННЫЕ НИЖНИЕ ТРЕТЬИ МОЛЯРЫ

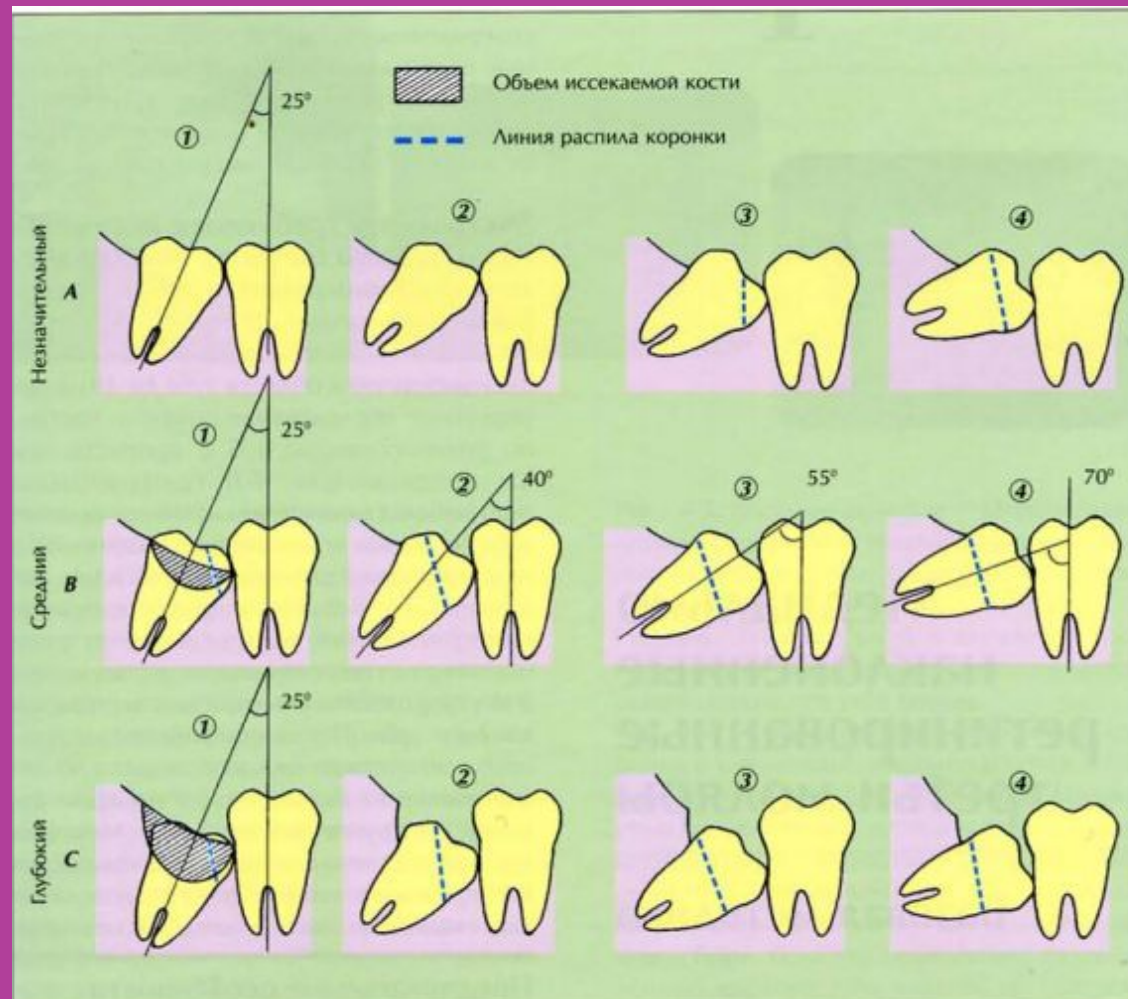


Рис. 3-1. Классификация ретинированных третьих моляров нижней челюсти по отношению к глубине расположения и степени медиального наклона

НАКЛОН ОСИ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА

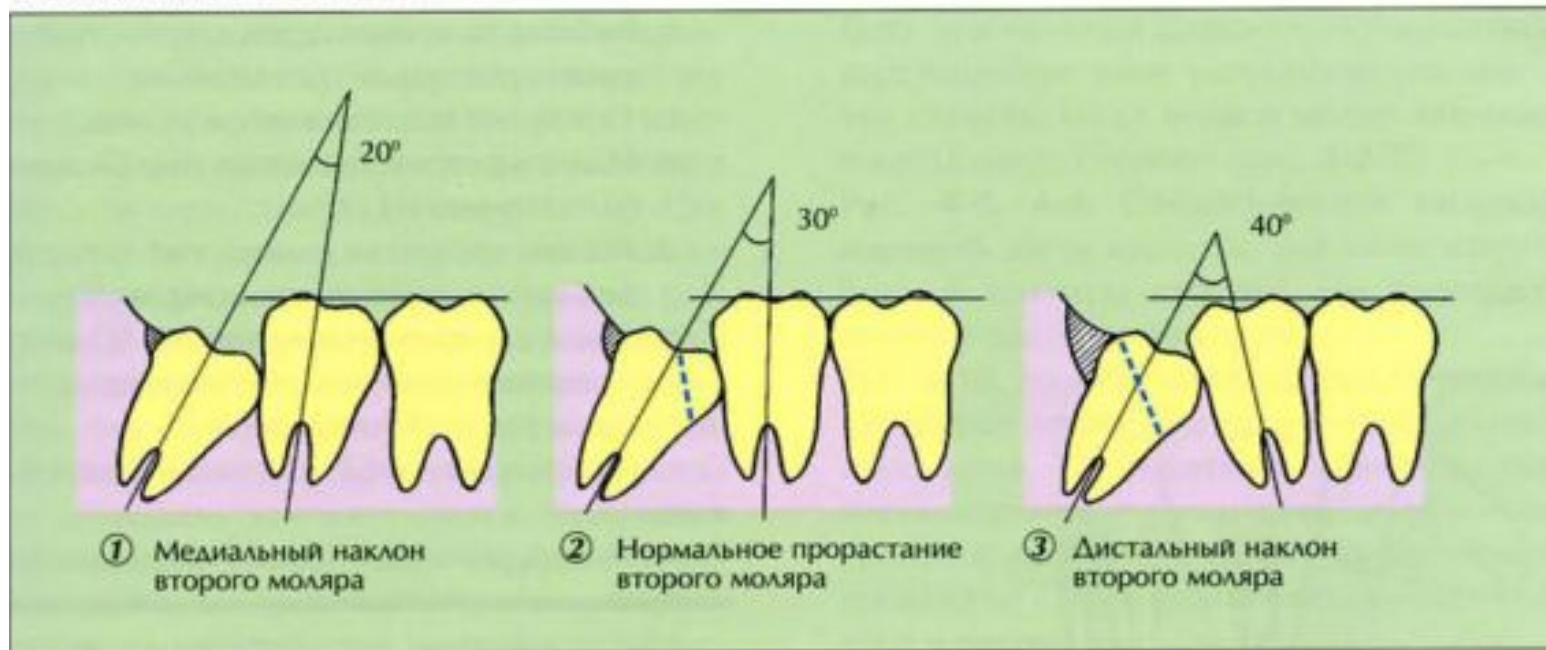


Рис. 3-2. Влияние наклона длинной оси третьего моляра на второй моляр



УДАЛЕНИЕ МЕДИАЛЬНО РЕТИНИРОВАННЫХ МОЛЯРОВ



Простая методика.

Под простой экстракцией понимается удаление зуба с минимальной инвазивностью и за короткое время.

Удаление данного зуба будет относительно простым исходя из следующего:

- глубина погружения ретинированного зуба относительно небольшая;
- степень медиального наклона относительно незначительна;
- коронка 8ого зуба не расположена в дистальном поднутрении 7ого;
- корни относительно коротки и без аномалии формы и размера;
- в области коронки имеются признаки резорбции кости;
- корни не перфорируют нижнечелюстной канал.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

ЛЕГКАЯ ЭКСТРАКЦИЯ С РАЗРЕЗОМ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ.

При внутриротовом обследовании выявлен частично ретинированный моляр, часть коронки видна в полости рта. Перед экстракцией зуба 4.8. проведена рентгенография. Данные рентгенологического исследования: глубина залегания зуба небольшая, медиальный наклон 60 градусов, зуб 4.8. имеет два коротких корня, с медиальной стороны зуба 4.8. отмечается полукруглая область резорбции кости, это позволяет предположить, что щечная поверхность зуба не прикрыта костью. Данный случай соответствует степени А-3 по классификации. Нет необходимости производить секционирование корня или иссекать кость.



МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Дистальнее зуба 4.8 с помощью серповидного скальпеля выполнен разрез 0,5 см. Циркулярные волокна пародонтальной связки были рассечены в пришеечной области зубов 4.7. и 4.8. (отмечено на рисунке красной линией). С щечной стороны откинут слизисто-надкостничный лоску , обнажена коронка зуба 4.8, после этого на небольшом протяжении откинут лоскут с язычной стороны. С медиально-щечной стороны введен элеватор и проведено вывихивание зуба. При наличии опасности вывихивания зуба 4.7. пальцем левой руки нужно стабилизировать коронку зуба 4.7, позиция врача на 10 часов. Провести кюретаж лунки с целью удаления грануляций. Провести репозицию лоскута и наложить швы.



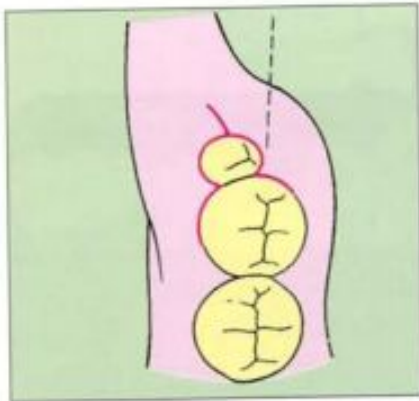


Рис. 5-4



Рис. 5-5



Рис. 5-6



Рис. 5-7



Рис. 5-8



Рис. 5-9

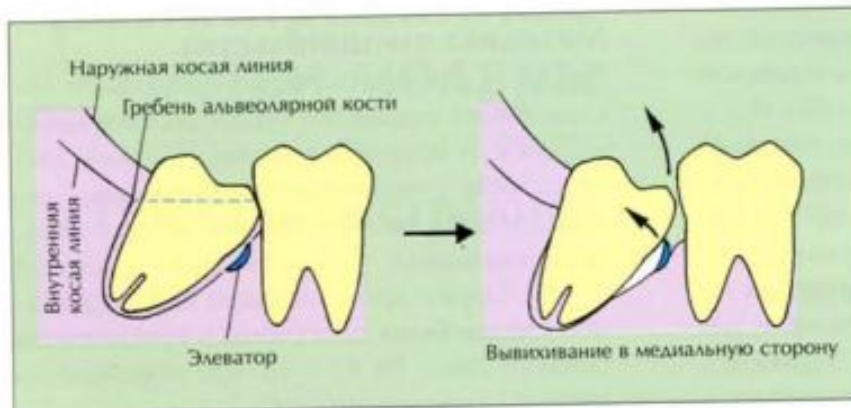


Рис. 5-10



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ С РАСПИЛОМ КОРОНКИ

Пациент: мужчина, 24 года. Правый нижний третий моляр полностью ретинирован, избыточная десневая ткань на дистальной поверхности второго моляра. Мелкое погружение зуба 4.8 с медиальным наклоном 60 градусов, медиальная часть коронки зуба 4.8 неглубоко расположена в поднутрении зуба 4.7.



Предполагаемые особенности экстракции:

Степень сложности: низкая.

Продолжительность операции: 20-25 минут.

Формирование лоскута: необходимо.

Иссечение кости: может понадобиться иссечение небольшого участка, но не обязательно.

Секционирование зуба: необходимо.

Степень хирургической травмы: минимальная.



Рис. 6-4

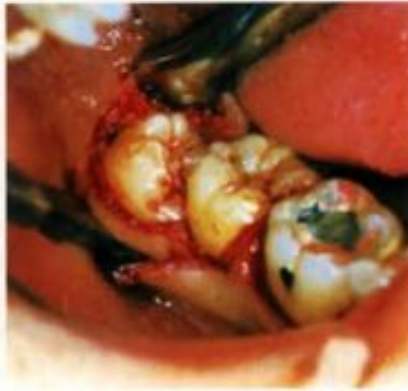


Рис. 6-5



Рис. 6-6



Рис. 6-7



Рис. 6-8



Рис. 6-9



МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Вблизи дистальной поверхности зуба 4.7 выполнен разрез слизистой длиной 1.5 см с последующим рассечением циркулярных волокон пародонтальной связки в пришеечной области зуба с вестибулярной и дистальной сторон. Затем был откинут слизисто-надкостничный лоскут , и предпринята попытка вывихивания зуба элеватором. Это не удалось, так как медиальная поверхность зуба 4.8 находилась в поднутрении зуба 4.7. Далее с помощью турбинного наконечника было произведено секционирование коронки зуба 4.8. Затем введен элеватор вдоль медиально-щечной стенки. Вывихивание зуба. После экстракции лунка тщательно санирована, лоскут репозирован, наложены швы.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ С ИССЕЧЕНИЕМ ДИСТАЛЬНОГО УЧАСТКА КОСТИ

Простая экстракция, включающая иссечение дистального участка кости.

Пациент: женщина, 23 года.

Диагностирован: перикоронарит. Экстракция зуба была проведена после санации и приема противовоспалительных и антибактериальных средств в течение 3 дней.

На RG 4.8. диагностирован глубоко погруженный ретинированный зуб с медиальным наклоном 40 градусов, третий моляр имеет один корень и немного находится в поднутрении зуба 4.7. Данная ситуация соответствует классу В-2 по классификации ретинированных третьих моляров с медиальным наклоном. Для удаления данного зуба нужно иссечь дистальный участок кости и секционировать коронку зуба 4.8. Однако более тщательное изучение рентгенограммы позволило выявить резорбцию кости в дистальной области зуба 4.8. Это означает, что есть возможность выполнить экстракцию зуба и без секционирования коронки.



МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Сформирован небольшой лоскут, поскольку необходимо удалить только небольшое количество кости. Разрез произведен дистальнее зуба 4.7, в дистальной части второго моляра проведен поперечный разрез в дистально-щечном направлении, рассечены циркулярные волокна пародонтальной связки в области шейки второго моляра. Откинут слизисто-надкостничный лоскут и после удаления грануляционной ткани обнажена коронка зуба 4.8. Проведена безуспешная попытка вывихивания зуба с помощью элеватора. С помощью долота с округлым лезвием иссекли небольшое количество кости, затрудняющей удаление зуба в дистальном участке. Проведена экстракция зуба с помощью ротации элеватора против часовой стрелки и движений по типу рычага.



Рис. 7-2



Рис. 7-3



Рис. 7-4

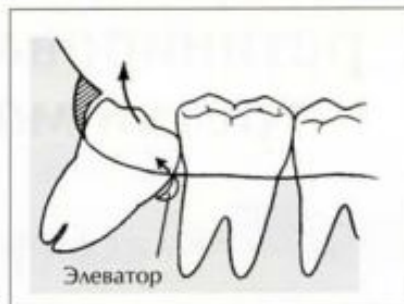


Рис. 7-5



ГОРИЗОНТАЛЬНО РЕТИНИРОВАННЫЕ ТРЕТЬИ МОЛЯРЫ

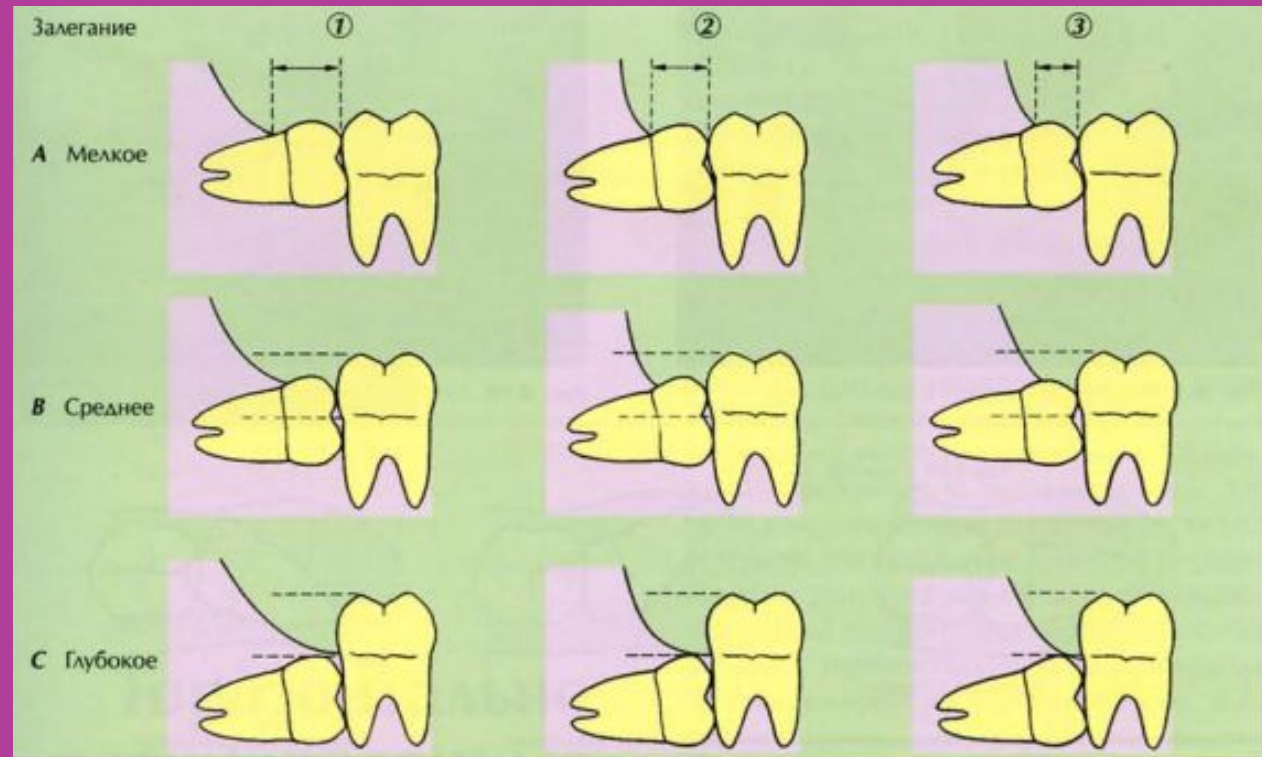


Рис. 8-1. Классификация горизонтально ретинированных третьих моляров в зависимости от глубины положения (залегания) и отношения к передней границе ветви нижней челюсти

Классификация основана на глубине погружения и локализации переднего края ветви нижней челюсти. Полагаясь на нее можно определить степень сложности экстракции.

- Чем глубже погружение, тем больший массив кости покрывает зуб, а значит больше необходимость иссечения значительного объема кости. Кроме того, чем ближе передняя граница ветви нижней челюсти к дистальной поверхности второго моляра, тем уже операционное поле. Может возникнуть необходимость в иссечении кости дистальнее третьего моляра (рис. 8-2) и (или) секционировании зуба на две или более части. Степень сложности экстракции возрастает по мере увеличения глубины залегания третьего моляра (сверху вниз) в порядке $A < B < C$ и в зависимости от расстояния между передней границей ветви и дистальной поверхностью второго моляра (слева направо) в порядке
- Степень сложности можно оценить на примере реальных клинических случаев с помощью панорамных рентгенограмм. Ситуация на рис. 8-3 соответствует классу А-1, на рис. 8-4 - классу А-2, рис. 8-5 - А-3, рис. 8-6 - В-1, рис. 8-7 - В-3 и рис. 8-8 - С-3.
- В дополнение к этим факторам на сложность экстракции влияет степень наклона второго моляра. Например, на рис. 8-9 и 8-10 показаны схожие ситуации с горизонтально ретинированными третьими молярами. Выполнить экстракцию в случае, приведенном на рис. 8-9, проще по сравнению с ситуацией на рис. 8-10, потому что в случае на рис. 8-10 второй моляр наклонен дистально и формирует на дистальной поверхности выраженное поднутрение, которое в значительной степени затрудняет удаление зуба N48.
- Наклон оси горизонтально ретинированных моляров в некоторых случаях может быть щечным или язычным. При использовании для экстракции стандартного щечного доступа проще удалять зубы, которые ориентированы щечно, а не язычно (рис. 8-11).



ГОРИЗОНТАЛЬНО РЕТИНИРОВАННЫЕ ТРЕТЬИ МОЛЯРЫ

Базовая методика.

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 4.8. Хотя зуб 4.8 не был визуализирован во время проведения внутриротового осмотра, коронку зуба можно было прощупать зондом, введенным в десневой карман с дистальной стороны зуба 4.7. Второй моляр немного наклонен в язычную сторону (рис. 9-1).

На панорамной рентгенограмме обнаружены горизонтально ретинированный зуб 4.8 и незначительная резорбция кости под коронкой. На основании данных внутриротового и рентгенографического обследования зуб был отнесен к классу *B-2* по классификации горизонтально ретинированных третьих моляров нижней челюсти (рис. 8-1).

Предполагаемые особенности экстракции:

Степень сложности: очень высокая

Глубина залегания: глубокая, зуб 4.8 полностью погружен. Самая высокая точка ретинированного третьего моляра расположена посередине между окклюзионной поверхностью и шейкой второго моляра

Покрытие костью: значительное

Наклон оси: горизонтальный

Конфигурация и количество корней: один корень без патологии

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.)





Рис. 9-1



Рис. 9-2

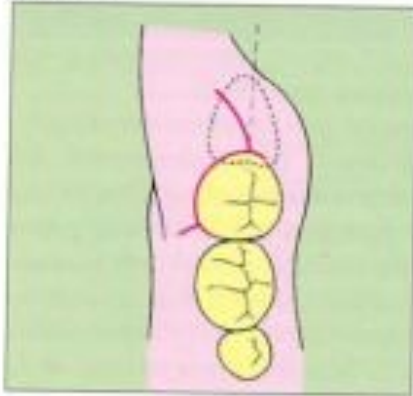


Рис. 9-3

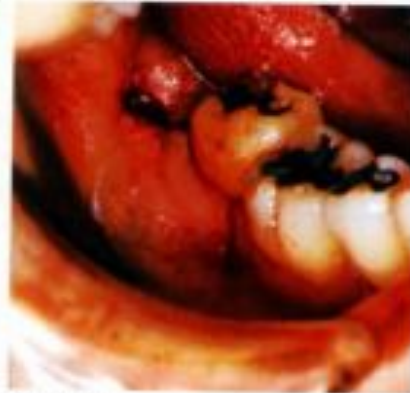


Рис. 9-4



Рис. 9-5

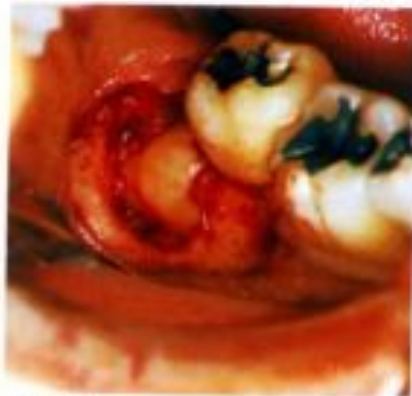


Рис. 9-6



Рис. 9-7

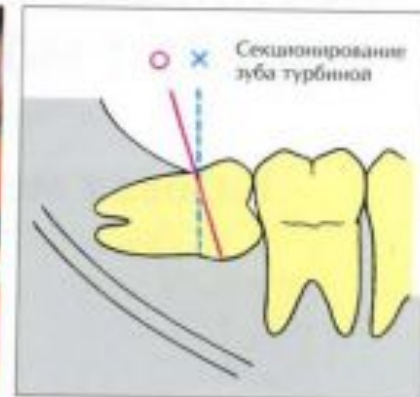


Рис. 9-8



МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Изогнутым скальпелем дистальнее зуба 4.7 выполнен разрез длиной 1,5 см и рассечены циркулярные волокна пародонтальной связки с щечной и дистальной сторон. В медиально-щечной области зуба 4.7 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.





Рис. 9-9



Рис. 9-10



Рис. 9-11



Рис. 9-12



Рис. 9-13



Рис. 9-14



ДАЛЬНЕЙШИЙ ХОД ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- 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 с 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 удается 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 слизистонадкостничного 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 с щечной стороны третьего моляра, либо с нижней границы нижней челюсти вверх, либо спереди назад.

Викрилом 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. Исключительно важно правильно диагностировать тип ретинированного зуба, для чего могут быть использованы не только прицельные снимки, но и панорамные, прикусные и другие.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКСТРАКЦИИ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА, КОРОНКА КОТОРОГО РАСПОЛОЖЕНА В ДИСТАЛЬНОМ ПОДНУТРЕНИИ ВТОРОГО МОЛЯРА

Ключевым аспектом экстракции горизонтально ретинированных третьих моляров является секционирование коронки. Очень важно использовать турбинный наконечник и аккуратно проводить распил в области шейки, наклоняя бор в область дистального участка. При проведении распила необходимо использовать всю рабочую длину бора, а не только кончик. После проведения распила с помощью бора конечательное отделение коронки выполняют долотом с округлым лезвием.

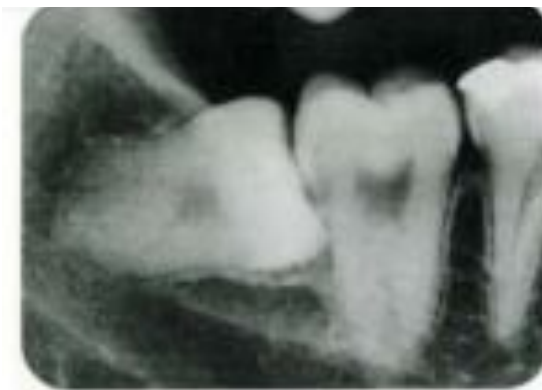




Рис. 11-1

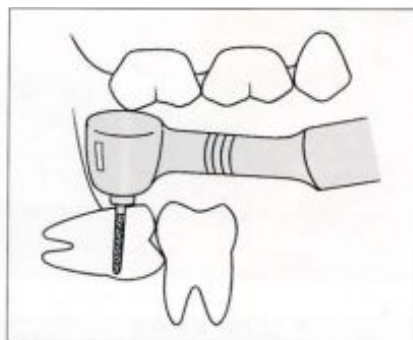


Рис. 11-2

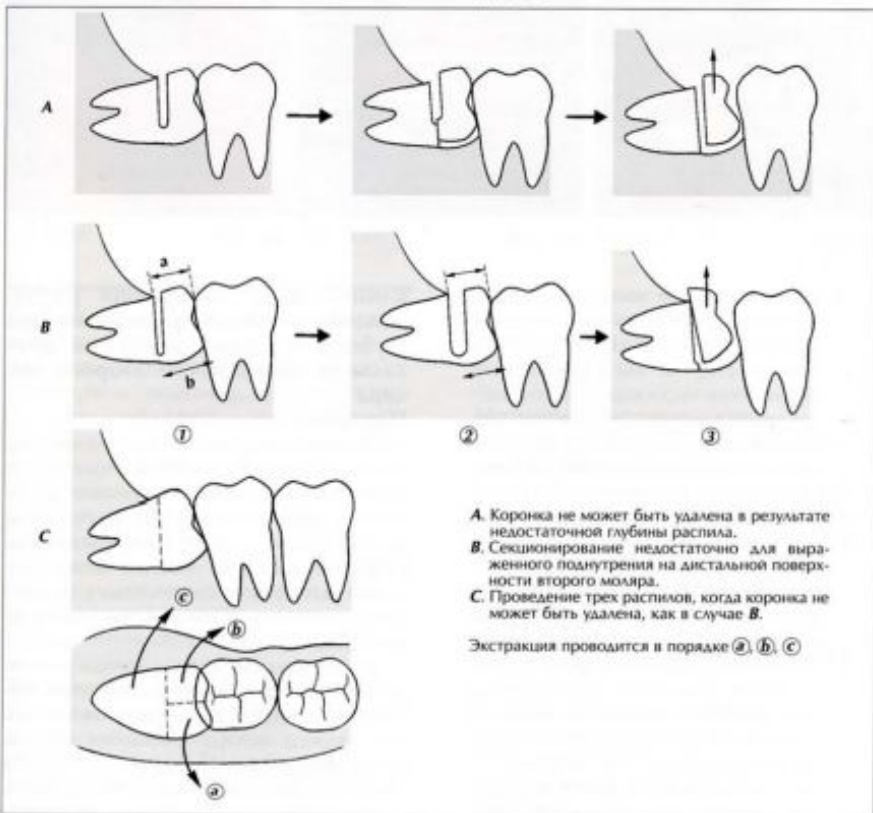


Рис. 11-3. Клинический случай, когда секционированная коронка не может быть удалена

При невозможности удалить коронку можно применить следующие приемы:

- полностью удалить щечный участок кости, чтобы обнажить коронку по высоте.

- если распил недостаточно глубок, следует его повторить.

- если экстракция не может быть выполнена, проведите распил коронки на щечную и язычную части.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент: мужчина, 25 лет.

Пациент жалуется на застревание пищи в области зуба 4.8.

Внутриротовое обследование выявило частичное прорезывание зуба 4.8. На рентгенограмме 4.8.: горизонтально ретинированный зуб, лежащий глубоко в поднутрении дистальной поверхности зуба 4.7.

Самая высокая часть коронки ретинированного зуба располагается приблизительно на уровне окклюзионной плоскости второго моляра. Передняя граница ветви и дистальная поверхность зуба 4.7 расположены близко друг от друга, а шейка зуба прикрыта костью. Данный случай относится к классу А-3 по классификации горизонтально ретинированных третьих моляров.



Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: очень высокая

а. Глубина залегания: небольшая, коронка зуба № 48 расположена глубоко в поднутрении на дистальной поверхности второго моляра

б. Покрытие костью: значительное

с. Наклон оси: горизонтальный ретинированный

д. Конфигурация и количество корней: один, немного увеличенный корень

е. Отношение к каналу: отделен

Продолжительность операции: приблизительно 60 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: требуется иссечение значительного объема кости

Секционирование зуба: необходимо

Степень хирургической травмы: значительная



Рис. 11-4



Рис. 11-5



Рис. 11-6



Рис. 11-7



Рис. 11-8



Рис. 11-9

МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА

С щечной стороны зуба 4.8 откинут слизисто-надкостничный лоскут.

Альвеолярную кость иссекают с щечной и дистальной стороны. В области шейки зуба проведен распил бором с использованием турбинного наконечника. Далее распил коронки в передне-заднем направлении. Сначала был удален щечный фрагмент коронки, затем язычный и корень.

Наложение швов.



Рис. 11-10



Рис. 11-11



Рис. 11-12



Рис. 11-13



Рис. 11-14



Рис. 11-15



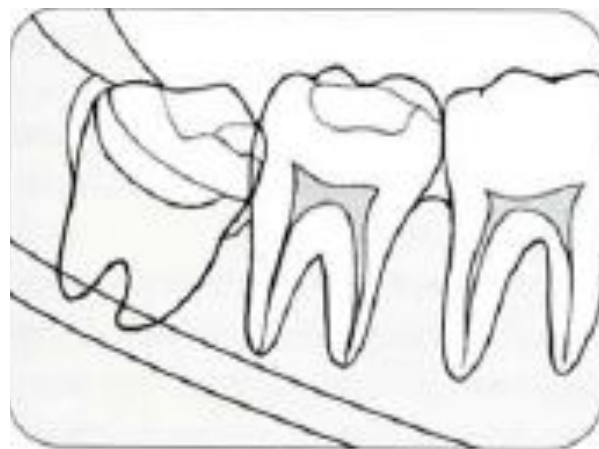
Рис. 11-16. Методика экстракции корня



ВЕРТИКАЛЬНО РЕТИНИРОВАННЫЕ ТРЕТЬИ МОЛЯРЫ



Рис. 12-2. Классификация вертикально ретинированных третьих моляров по отношению к передней границе ветви и глубине залегания



Чаще всего нижние третьи моляры с частично прорезавшимися коронками имеют корень конической формы, либо несколько корней, но формой приближающихся к конической. Изогнутые корни встречаются крайне редко. Во многих случаях экстракция таких зубов не вызывает трудностей. В большинстве своем достаточно щипцов с длинными щечками.

Для определения степени сложности экстракции вертикально ретинированных третьих моляров их классифицируют по глубине залегания и локализации передней границы ветви нижней челюсти. Чем глубже залегает зуб и чем ближе передняя граница ветви, тем больший объем кости покрывает зуб, следовательно больший объем кости нужно иссечь для доступа к зубу. Степень сложности экстракции возрастает (сверху вниз) $A < B < C$ и (справа налево) в порядке $1 < 2 < 3$.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ С ЛЕГКОЙ ЭКСТРАКЦИЕЙ И МИНИМАЛЬНЫМ ИССЕЧЕНИЕМ КОСТИ

Пациент: женщина 22 года.

Основная жалоба пациентки дискомфорт при жевании. Коронка зуба 4.8 не визуализировалась при внутриротовом осмотре. На рентгенограмме выявлен вертикально ретинированный зуб 4.8. Данный случай соответствует классу В-2. Экстракцию зуба можно провести с иссечением небольшого объема кости.

Предполагаемые особенности экстракции:

Степень сложности: низкая.

Глубина залегания: глубокая, полностью ретинирован.

Покрытие костью: минимальное.

Наклон оси: вертикальный.

Конфигурация и количество корней: два коротких корня.

Продолжительность операции: приблизительно 20 мин.

Формирование лоскута: необходимо.

Иссечение кости: необходимо.

Секционирование зуба: нет.

Степень хирургической травмы: минимальная.





Рис. 12-3



Рис. 12-4



Рис. 12-5



Рис. 12-6



Рис. 12-7

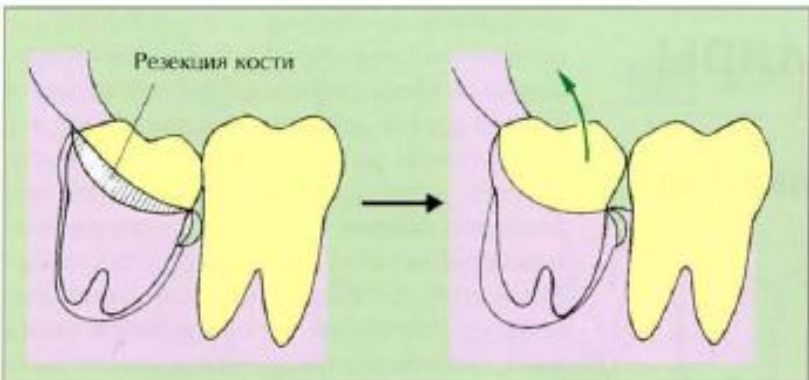


Рис. 12-8



Рис. 12-9

Методика вмешательства:

С дистальной стороны зуба 4.7 выполнен разрез и рассечены циркулярные волокна пародонтальной связки. После откидывания слизисто-надкостничного лоскута и обнажения зуба 4.8 обнаружили, что коронка покрыта костью до уровня окклюзионной поверхности. Для улучшения визуализации на щечной поверхности проведен вертикальный послабляющий разрез. Небольшой объем кости был иссечен. После введения элеватора и ротации его против часовой стрелки зуб был легко вывихнут. Санация лунки. Репозиция лоскута. Швы.



ДИСТАЛЬНО РЕТИНИРОВАННЫЕ ТРЕТЬИ МОЛЯРЫ. КЛАССИФИКАЦИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ.

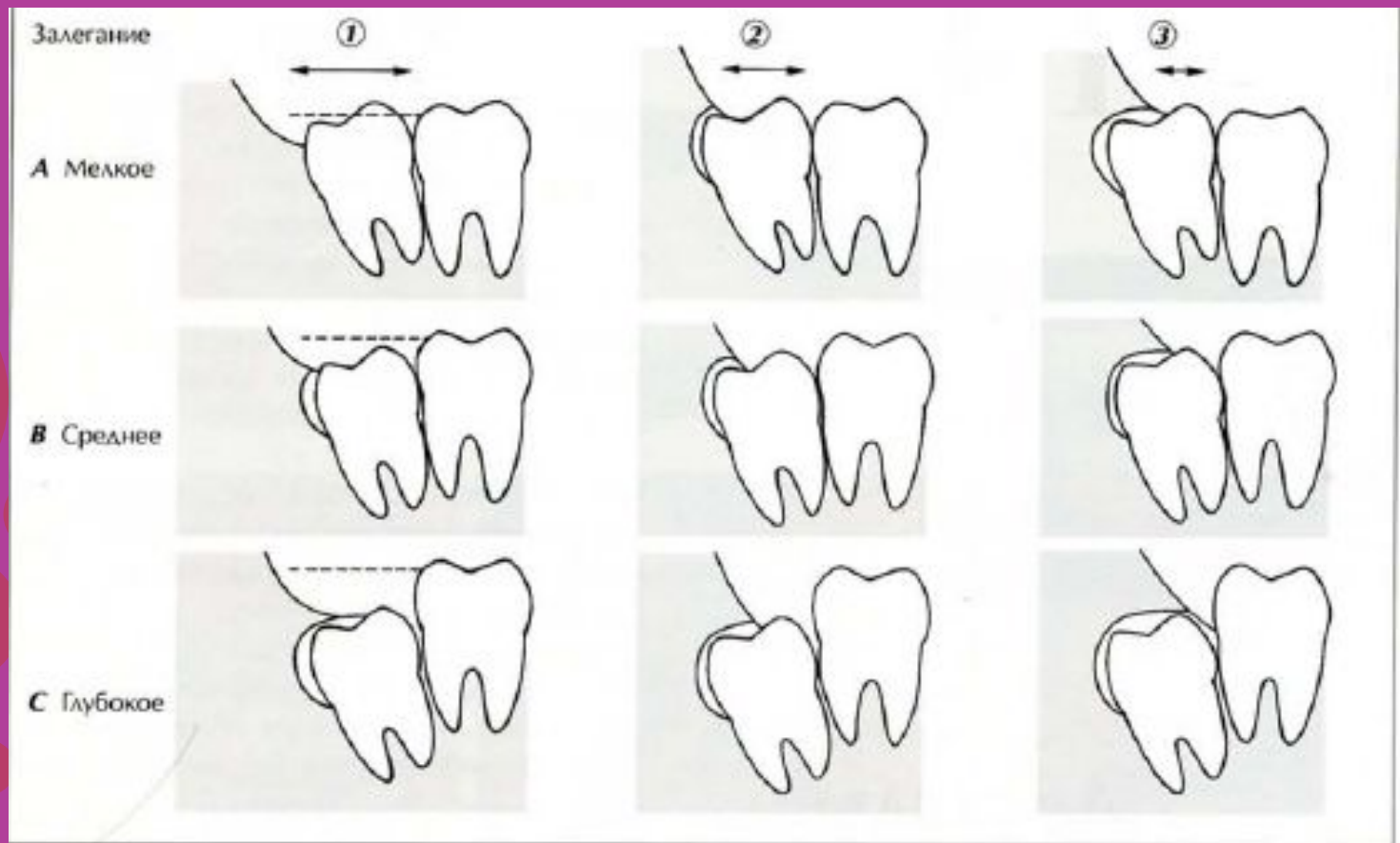


Рис. 13-1. Классификация дистально наклоненных третьих моляров нижней челюсти в зависимости от глубины залегания и локализации передней границы ветви

Для определения степени сложности экстракции вертикально ретинированных третьих моляров их классифицируют по глубине залегания и локализации передней границы ветви нижней челюсти. Степень сложности экстракции возрастает (сверху вниз) $A < B < C$ и (справа налево) в порядке $1 < 2 < 3$.

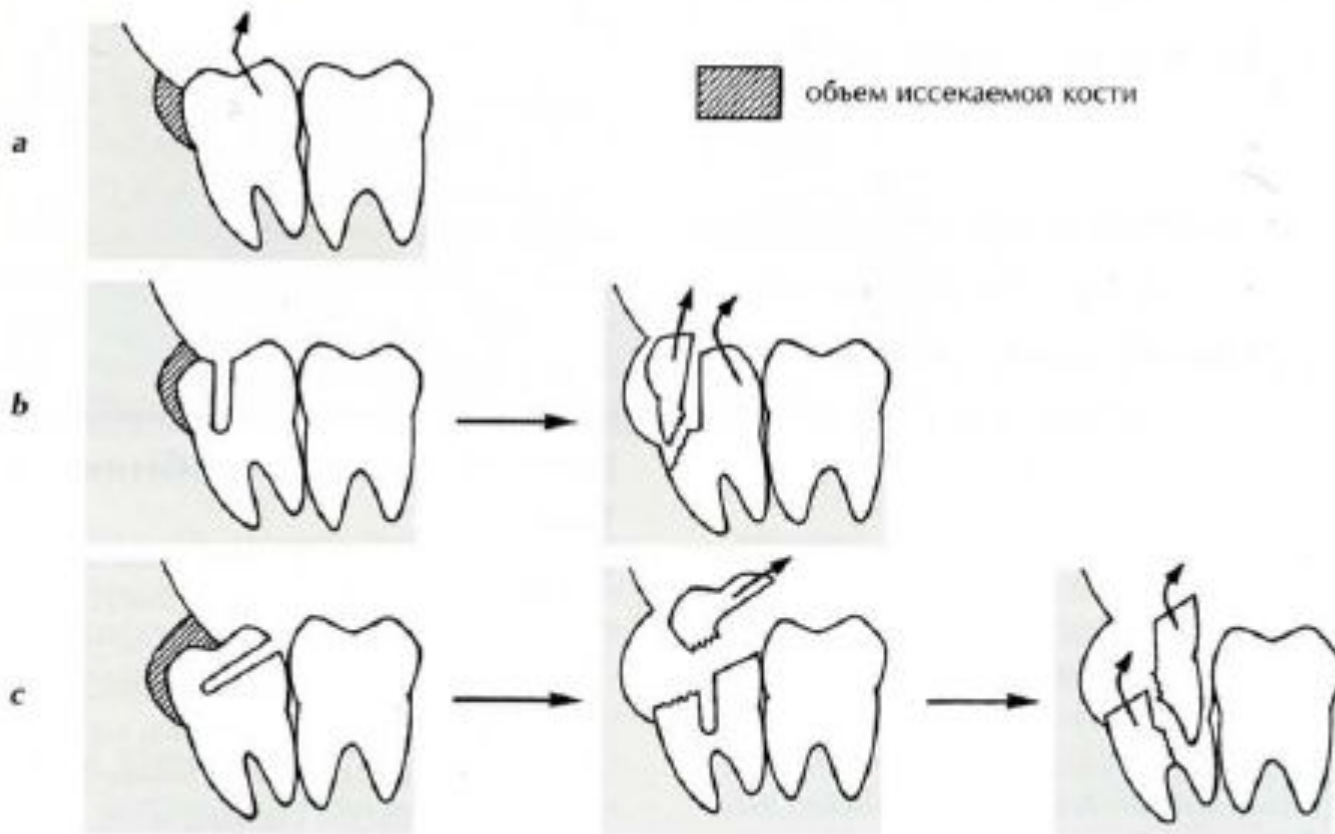


Рис. 13-2. Методика экстракции дистально наклоненных третьих моляров нижней челюсти

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКСТРАКЦИИ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ НЕБОЛЬШОГО УЧАСТКА КОСТИ

Пациент: женщина, 43 года.

Основная жалоба пациентки на боль в области зуба 4.8. При проведении внутриротового обследования обнаружен частично ретинированный зуб 4.8 с обнаженной медиальной частью коронки.

Дистальная часть коронки прикрыта десной. На рентгенограмме обнаружен дистальный наклон зуба и крестообразная резорбция кости в дистальном участке. Настоящий третий моляр соответствует классу А-2.



МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Серповидным скальпелем выполнен разрез с дистальной стороны зуба 4.8. рассечены циркулярные волокна пародонтальной связки в области шейки зуба. В дистально-щечном отделе зуба 4.7 произведен вертикальный послабляющий разрез. Откинут слизисто-надкостничный лоскут. Иссекли кость, покрывающую дистальные бугры зуба 4.8. и с помощью прямого наконечника шаровидным бором иссекли кость в области шейки зуба. Элеватор ввели вдоль дистально-щечной поверхности и вывихнули зуб. Кюретаж. Альвеолопластика в целях устранения всех острых краев. Промывание физ. Раствором. Репозиция лоскута. Швы.



Рис. 14-1



Рис. 14-2



Рис. 14-3



Рис. 14-4



Рис. 14-5



Рис. 14-6



Рис. 14-7



Рис. 14-8

СЛОЖНАЯ ЭКСТРАКЦИЯ, ТРЕБУЮЩАЯ СЕКЦИОНИРОВАНИЯ ЗУБА НА ТРИ ЧАСТИ

Пациент: мужчина, 22 года.

Основная жалоба пациента на чувство тяжести и давления на зуб 4.7.

На рентгенограмме был выявлен зуб 4.8 полностью ретинированный с резорбцией кости в области коронки зуба. Данный клинический случай соответствует классу В-3 по классификации. Принято решение об экстракции.



ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРАКЦИИ

Степень сложности: высокая.

Глубина залегания зуба: глубокая, полностью ретинирован.

Покрытие костью: значительное.

Наклон зуба: дистально, наклон оси около 30°.

Конфигурация и количество корней: два отдельных корня с дистальным изгибом.

Продолжительность операции: приблизительно 60 мин.

Формирование лоскута: необходимо.

Иссечение кости: необходимо.

Секционирование зуба: на три части.

Степень хирургической травмы: значительная.



МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В области зуба 4.8 был сформирован и откинут слизисто-надкостничный лоскут. С помощью прямого наконечника в дистально-щечном отделе иссекли прилегающую кость для лучшего доступа к зубу. Секционирование коронки зуба провели с помощью турбинного наконечника по горизонтали, далее долотом откололи коронку зуба. Затем секционировали корни. Элеватором сначала извлекли медиальный корень. Затем дистальный. В области вертикального послабляющего разреза наложен шов и три шва- в области дистального разреза.





Рис. 15-1



Рис. 15-2

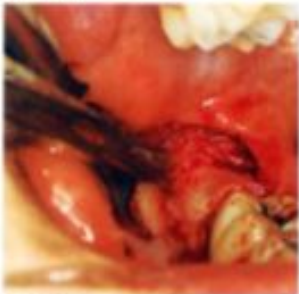


Рис. 15-3



Рис. 15-4



Рис. 15-5



Рис. 15-6



Рис. 15-7



Рис. 15-8



Рис. 15-9



Рис. 15-10



**НАКЛОН ЗУБА В ЩЕЧНУЮ
(БУККОВЕРСИЯ) СТОРОНУ ИЛИ
ЯЗЫЧНУЮ (ЛИНГВОВЕРСИЯ)
СТОРОНУ**



Ретинированные третьи нижние моляры с язычным или щечным положением можно отнести к горизонтально ретинированным с под прямым углом к длинной оси зубов. В большинстве случаев встречаются зубы с язычным положением и короткими полностью неразвитыми корнями. В связи с этим удаление таких зубов можно выполнить относительно просто.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКСТРАКЦИИ С ИССЕЧЕНИЕМ ЩЕЧНОГО ОТДЕЛА КОСТИ, ПОКРЫВАЮЩЕЙ ЗУБ, И СЕКЦИОНИРОВАНИЕМ ЗУБА НА ДВЕ ЧАСТИ

Пациент: женщина, 21 год.

Пациентка была направлена врачом-ортодонтом для удаления зуба 4.8. На рентгенограмме был выявлен зуб 4.8 полностью ретинированный с наклоном в язычную сторону. Был проведен также и прикусной рентгеновский снимок для определения состояния корня. Такой прикусной снимок подтвердил язычное положение и наличие несформированного корня.



ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРАКЦИИ

Глубина залегания: глубокая, полностью ретинирован.

Покрытие костью: значительное.

Наклон оси: коронка зуба направлена язычно.

Конфигурация и количество ворней: сформированы не полностью.

Продолжительность операции: приблизительно 30 минут.

Формирование лоскута: необходимо.

Иссечение кости: необходимо.

Секционирование зуба: поперечное отделение коронки.

Тепень хирургической травмы: значительная.



МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- С дистальной и медиально-щечной сторон зуба 4.7 провели разрезы, откинулм слизисто-надкостничный лоскут и обнажили подлежащую кость.
- С помощью шаровидного бора с прямым наконечником с хорошей ирригацией было проведено иссечение кости с целью обнажения коронки зуба. Далее турбинным наконечником произвели поперечное секционирование коронки зуба 4.8 . Медиальную и дистальную части зуба удалили с помощью элеватора. Сглаживание острых краев лунки. Ирригация физиологическим раствором. Репозиция лоскута и его ушивание.





FIG. 16-6



FIG. 16-7



FIG. 16-8



БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ!

