

Квалифицированное удаление третьих моляров

**Соихиро Асанами
Ясунори Касазаки**

Третье издание



Quintessence Publishing Company 1993
Tokyo, Berlin, Chicago, London, São Paulo, Hong Kong

Предисловие

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. Однако то, что стоматологи считают удаление третьих моляров своей слабой стороной, имеет под собой и определенные финансовые основания, прежде всего, из-за степени покрытия расходов, связанных с проведением данной манипуляции, поскольку японская система социального страхования практически не учитывает потенциальных осложнений. Как бы то ни было, стоматолог не может избежать экстракции третьих моляров. По этой причине предлагаем Вашему вниманию подробный анализ клинических случаев с демонстрацией различных методик, которые мы используем в своей практике. Это позволит читателю более точно определить степень сложности удаления третьих моляров в различных клинических случаях и проводить лечение с большей уверенностью.

Все представленные в книге случаи встречаются в нашей повседневной практике. Время, необходимое для проведения вмешательства, было рассчитано в качестве среднего показателя среди сотрудников нашего коллектива.

Пожалуйста, перед тем как использовать представленную информацию, сначала сделайте рентгеновские снимки и сравните их с аналогичными снимками в настоящей книге. Информация из данной книги может быть использована в качестве методического руководства, что позволит проводить экстракции с минимальными осложнениями и в максимально короткие сроки.

Клинические случаи, представленные в первом издании, были в значительной степени пересмотрены и исправлены для настоящего издания. Мы хотели бы поблагодарить за помощь доктора Роберта Джонсона (КоЪеП 5. ЈоНп50п). Его вклад в создание данного руководства позволил добавить ценную информацию о лекарственных средствах, доступных в США.

Май, 1993

Соихиро Асанами
Ясунори Касазаки

Введение

Книга «Квалифицированное удаление третьих моляров» идеальна для использования в качестве клинических рекомендаций. С помощью цветных клинических слайдов реальных пациентов проведен тщательный анализ всех аспектов, с которыми может столкнуться практикующий стоматолог перед удалением третьих моляров, а также во время и после удаления.

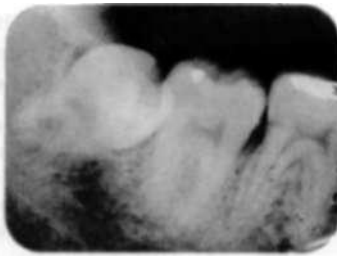
Настоящая книга станет хорошим другом, позволит опытному хирургу-стоматологу более точно рассчитывать время, необходимое для проведения манипуляции, а стоматологу общей практики, желающему удалять третьи моляры, будет служить хорошей подсказкой.

Я уверен, что данная книга станет незаменимой в стоматологических клиниках.

Май, 1993

Ясуо Накамура (га\$ио Ыакагтшга)
Почетный профессор университета Кейо.
В прошлом заведующий и профессор
отделения стоматологической хирургии
медицинского факультета университета Кейо

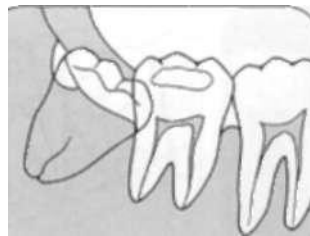
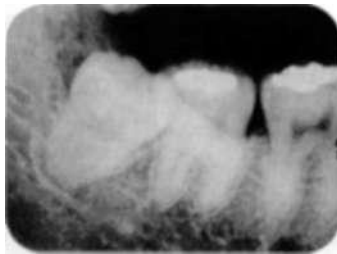
6



Медиально наклоненные ретинированные третьи моляры

Клинические случаи с распилом коронки

32

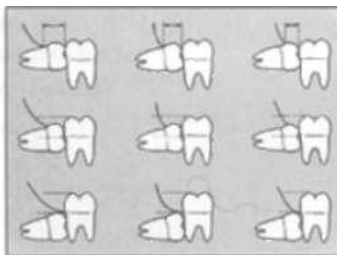


Медиально наклоненные ретинированные третьи моляры

Клинические случаи с иссечением дистального участка кости

34

8

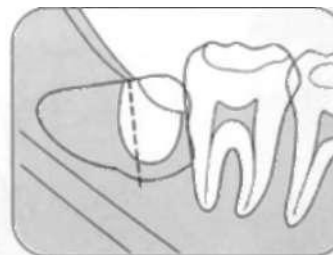


Горизонтально ретинированные третьи моляры

Классификация

36

9

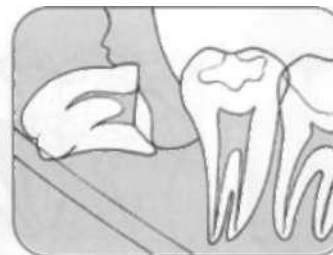
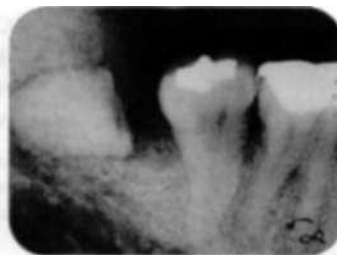


Горизонтально ретинированные третьи моляры

Базовая методика

39

10

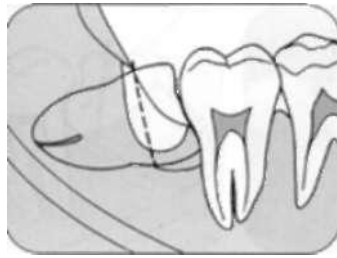
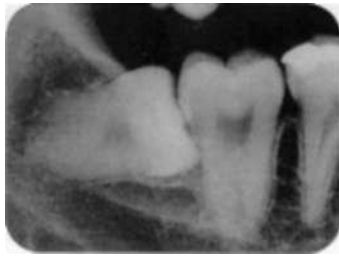


Горизонтально ретинированные третьи моляры

Сложная экстракция, связанная с язычным наклоном зуба

43

11

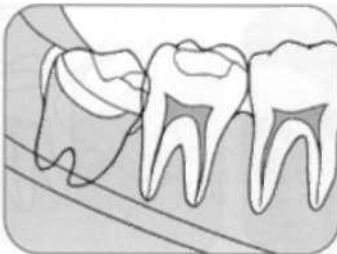


Горизонтально ретинированные третьи моляры

Клинический случай экстракции третьего моляра, коронка которого расположена в дистальном поднутрении второго моляра

46

12



Вертикально ретинированные третьи моляры

Классификация и клинический случай простой экстракции

51

13

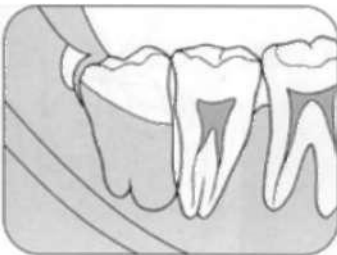


Дистально наклоненные ретинированные третьи моляры

Классификация

54

14

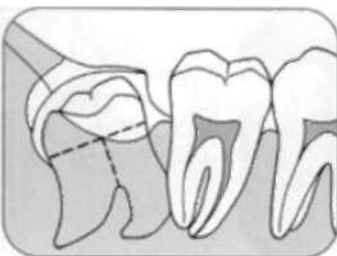


Дистально наклоненные ретинированные третьи моляры

Клинический случай, потребовавший резекции дистального участка кости

56

15



Дистально наклоненные ретинированные третьи моляры

Сложная экстракция, требующая секционирования зуба на три части

58

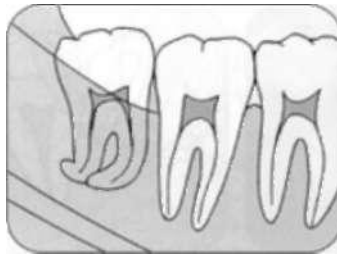
16



**Наклон зуба
в щечную
(букверсия)
или язычную
(лингверсия)
сторону**

61

17



**Аномалии
корней**

64

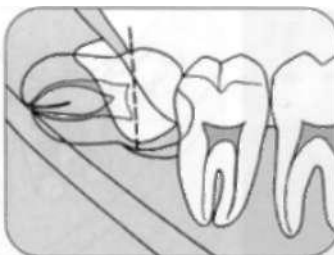
18



**Аномалии
корней**
Изогнутые корни

65

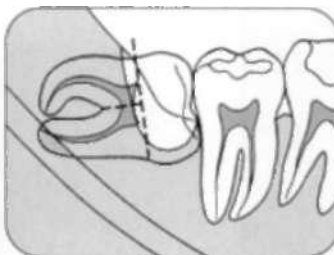
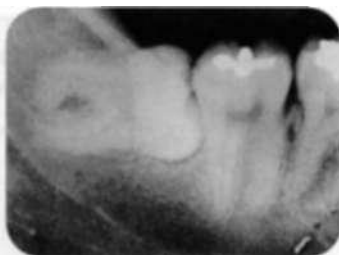
19



**Аномалии
корней**
Увеличенные корни

70

20

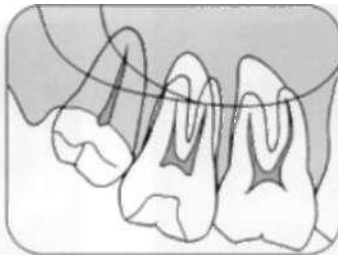
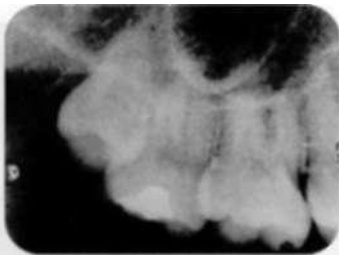


**Аномалии
корней**
Корни,
огибающие кость

74

11

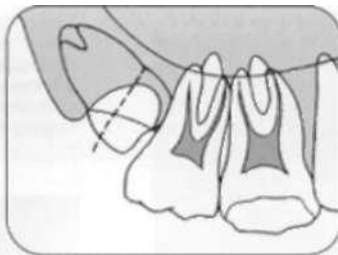
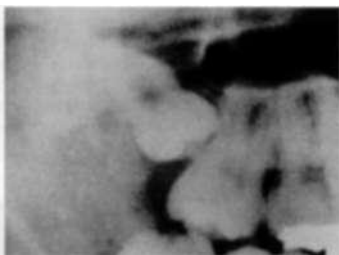
26



**Вертикально
ретенные
третьи моляры
верхней челюсти**

98

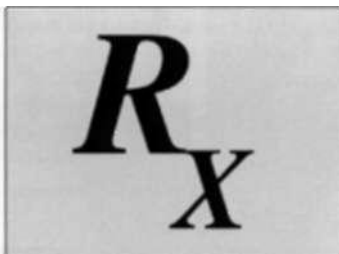
27



**Медиально
наклоненные
ретенные
третьи моляры
верхней челюсти**

100

28

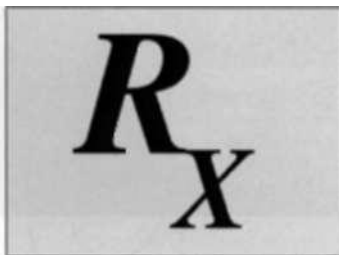


**Применение анальгетиков
и противовоспалительных
лекарственных средств
при удалении
третьих моляров**

Б.Р. Гельфанд

103

29



Антибиотики

Б.Р. Гельфанд

106

Показания для удаления третьих моляров



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



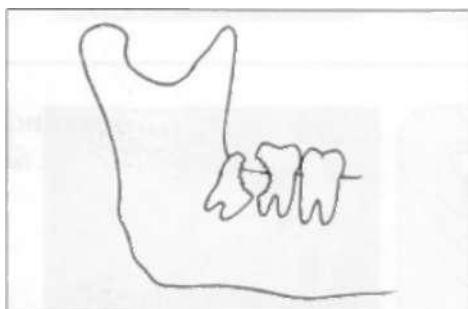
При неправильном развитии челюстей отсутствует пространство для прорастания третьих моляров, поэтому они часто остаются ретинированными (погруженными) в кости. В дальнейшем такие ретинированные моляры могут приводить к развитию различных осложнений



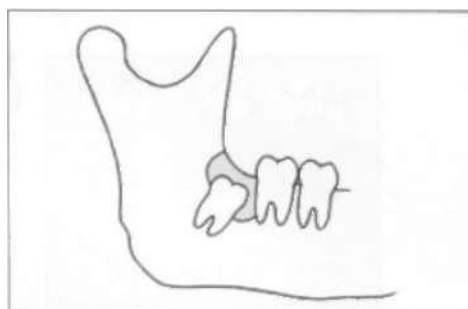
Возникает инфекционное воспаление окружающей десны



Развитие периостита

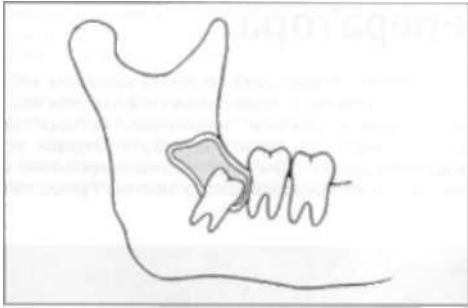


Развивается кариозное поражение второго моляра

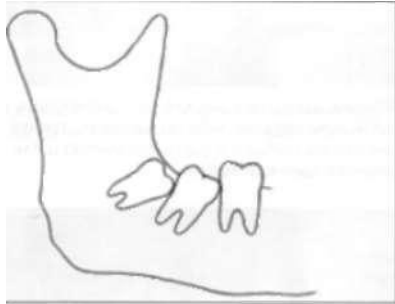


Возникает воспаление окружающей кости





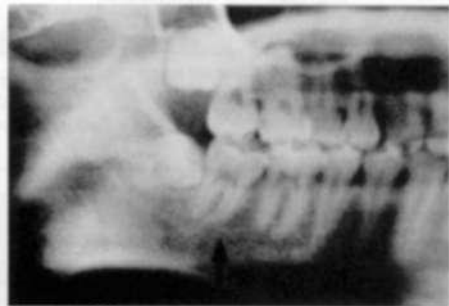
Могут сформироваться киста и костный



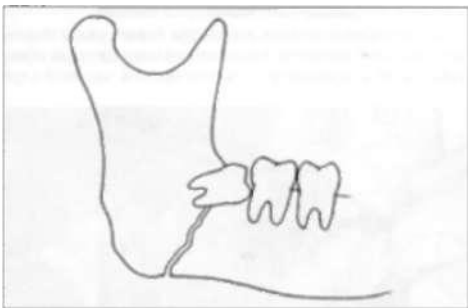
Произошло патологическое прорастание второго моляра



В результате происходит смещение остальных зубов с формированием патологического прикуса



Рентгенограмма того же пациента



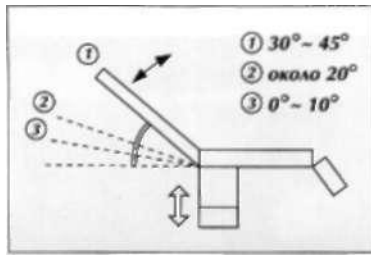
В области угла нижней челюсти легко происходит перелом



* По международной классификации естественных зубов верхний правый третий моляр имеет N0 1, нижний правый третий моляр - № 32. По Европейской классификации 1в 18 и 48 соответственно.

Положение оператора

Положение стоматолога во время удаления зуба должно способствовать проведению вмешательства. Лучше всего занять удобное положение, которое снижает утомляемость, позволяет избежать лишних усилий в ходе операции и облегчает позиционирование инструмента. Ниже представлены основные принципы.



Л



Встаньте в положение 8 часов, кресло наклонено под углом 20°, голова пациента наклонена слегка вправо.



Кончик элеватора должен контактировать с зубом. Проводите вывихивание зуба по часовой стрелке после введения элеватора глубоко в пародонтальную щель в области медиального щечного корня.

В



Альтернативное положение описанному на рис. А. Встаньте в положение 10 часов, кресло наклонено больше, чем в положении на рис. А, ближе к горизонтальному, но слегка приподнято.



Стабилизируйте зубы **№ 18** и **17** указательным пальцем левой руки и стабилизируйте элеватор большим пальцем левой руки. Проведите экстракцию, «чувствуя» пальцами, и не пытайтесь увидеть область вмешательства.



Встаньте в положение 8 часов, кресло наклонено под углом 30-45°.



Стабилизируйте кончик элеватора левым указательным пальцем, введите элеватор вдоль медиально-щечной поверхности зуба **№ 48** и вращайте элеватор против часовой стрелки.

№48



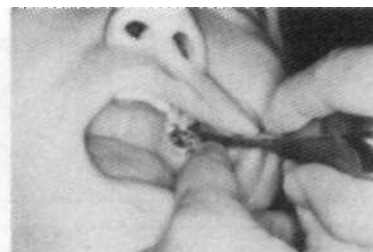
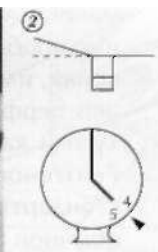
Альтернативный описанному на рис. С метод. Встаньте в положение 10 часов, положение кресла почти горизонтальное, слегка приподнятое. Голову пациента удерживайте левой рукой.



Стабилизируйте зубы **№ 47** и **48** левым большим пальцем и стабилизируйте элеватор левым указательным пальцем. Используйте остальные пальцы левой руки для стабилизации нижней челюсти.

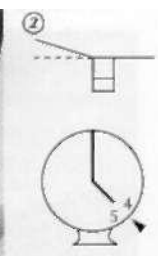
1. Держите правую руку согнутой в локте под углом 90°, одновременно прижимая ее к телу. Опустите или приподнимите кресло пациента, так, чтобы вам было удобно удерживать свою позицию и (или) адаптируйте спинку своего кресла. Рука, удерживающая элеватор, должна находиться в стабильном фиксированном положении, что облегчает контроль элеватора, даже если он соскальзывает с зуба.

2. Обычно при использовании элеватора клиницист должен располагаться со стороны удаляемого зуба. Несмотря на использование положения стоя при удалении зубов, то же правило относится и при расположении пациента лежа, когда его голова расположена горизонтально или наклонена влево или вправо.



Встаньте между 4 и 5 часами, кресло наклонено под углом 20°, голова пациента немного наклонена влево.

•изируйте I N1. элеватор левым указательным пальцем в области медиального щечного корня и поверните элеватор против часовой стрелки

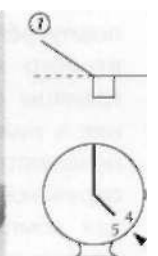


Альтернативный описанному на рис. Г метод. Положение то же, что и на рис. Е

Установите указательный палец левой руки с небной стороны зубов № 27 и 28. Введите элеватор в пространство пародонтальной связки и поверните против часовой стрелки.

№28

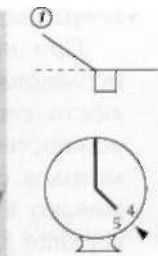
№38



Встаньте между 4 и 5 часами, голова пациента немного наклонена влево.

Стабилизируйте зуб № 37 и элеватор левым указательным пальцем. Поместите средний палец левой руки под нижнюю челюсть, стабилизируя ее по типу ножниц с помощью указательного пальца.

С



Альтернативный описанному на рис. С метод. Положение то же, что и на рис. С.

Поместите указательный палец левой руки на язычные поверхности зубов № 38 и 37, что позволит избежать вывихивания зуба № 37. Поверните элеватор по часовой стрелке.

Н

1



Рентгенограммы

Рентгенографические методы исследования и интерпретация данных

Перед проведением экстракции зубов всегда необходимо проводить рентгенологическое исследование. Встречаются случаи, когда экстракция сначала кажется простой, но на самом деле оказывается исключительно сложной. Кроме того, в ходе манипуляции могут возникать неожиданные проблемы, такие, как перелом кончика корня, или оказывается, что верхушки корней перфорируют верхнечелюстную пазуху или канал нижнего луночкового нерва. Рентгенографические методы включают стандартную методику с использованием обычной стоматологической пленки и прикусную методику, когда пациент накусывает позиционер с пленкой (рис. 76-4, 16-5). Кроме того, в тех случаях, когда ретинированные зубы нельзя визуализировать с помощью стандартных методик или когда необходимо оценить положение зуба по отношению к нижнечелюстному каналу или верхнечелюстной пазухе, целесообразно использовать панорамную рентгенографию.

При анализе рентгенограмм перед проведением хирургического вмешательства важно отметить глубину расположения и наклон зуба, длину и количество корней, наличие спаянных, увеличенных или изогнутых корней, степени выраженности поднутрения 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 для оценки сложности экстракции повышает эффективность и безопасность операции (рис. 1-1).

При проведении рентгенологического исследования третьих моляров нижней челюсти следует соблюдать ряд предосторожностей. Один из наиболее надежных методов состоит в том, что пленку удерживают в специальном зажиме, наклоняя верхний дистальный край немного вперед (рис. 1-2). Если при проведении рентгенографии дистальный край пленки будет установлен посередине первого моляра,

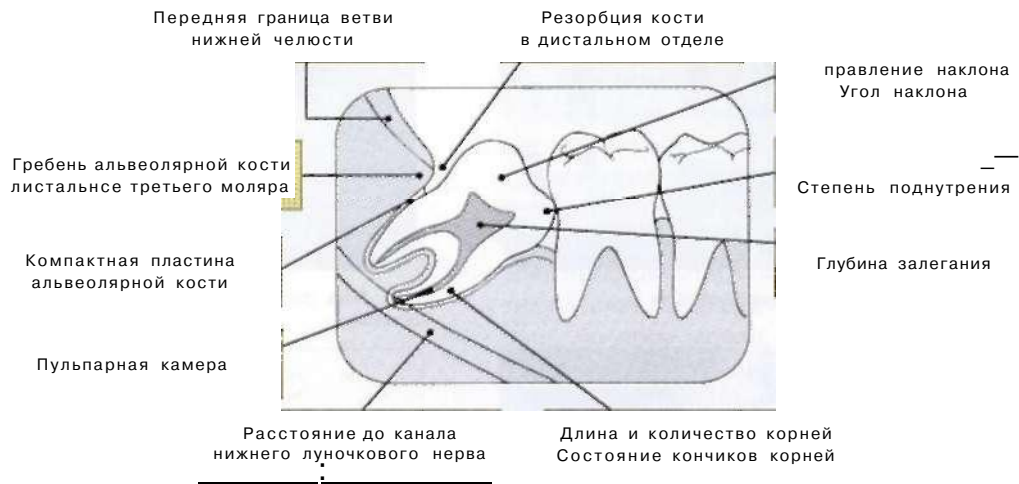


Рис. 1-1. Параметры, определяющие степень сложности предполагаемой экстракции

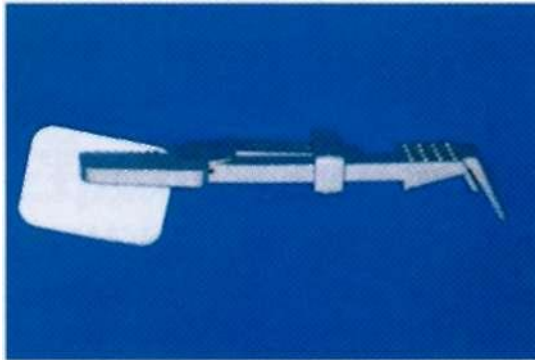


Рис. 1-2. Дистальный край рентгеновской пленки немного поднят вверх

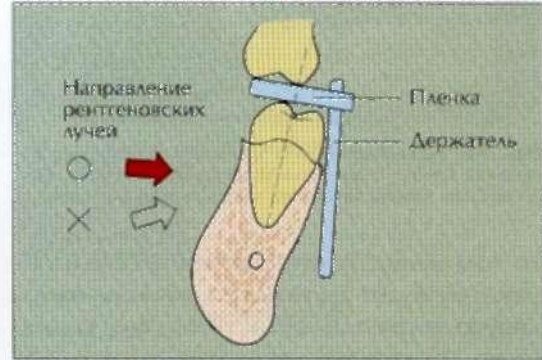


Рис. 1-3. Не следует делать снимки, направляя лучевую трубку снизу вверх, поскольку длинная ось моляра нижней челюсти наклонена язычно

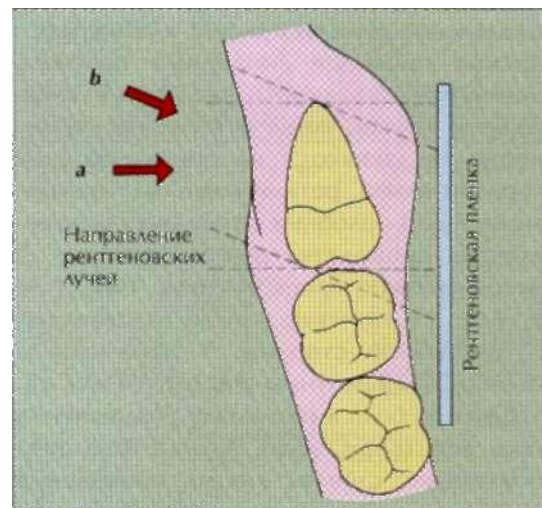


Рис. 1-4. а; Ортографическая проекция с использованием методики параллельных лучей.
 б: Эксцентрическая проекция с дистальной стороны



Рис. 1-5а. Ортографическая проекция

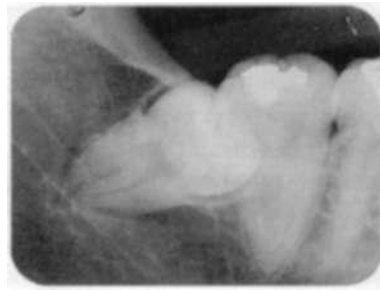


Рис. 1-5б. Эксцентрическая проекция с дистальной стороны

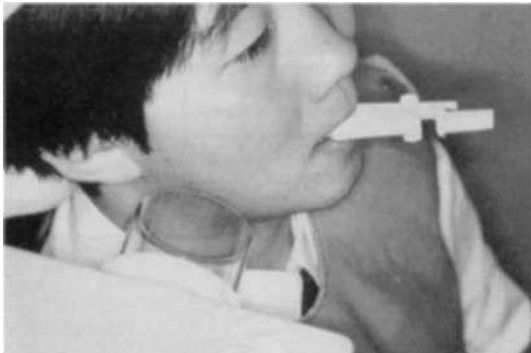


Рис. 7-6. Эксцентрическую проекцию используют направляя трубку с дистальной стороны в случаях, когда область кончиков корней четко не визуализируется

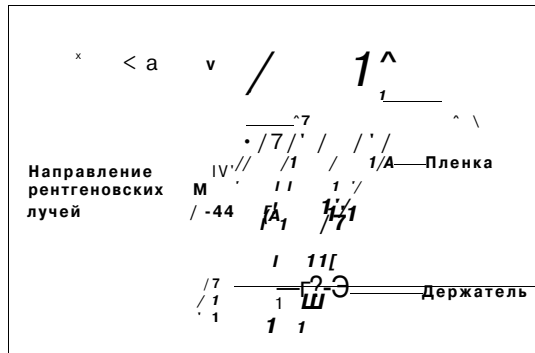
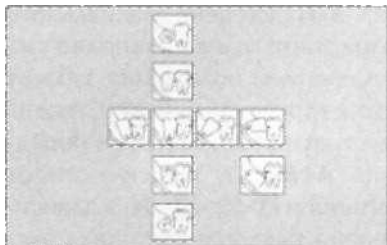


Рис. 1-7. Очень важно как можно лучше ограничить зуб и пленку. У пациентов с мелким преддверием постарайтесь согнуть верхний передний уголок пленки

то полученное рентгенографическое изображение будет захватывать область, выходящую за границы области кончика корня. Пучок рентгеновских лучей следует направлять всегда в горизонтальном направлении под прямым углом к пленке, и никогда снизу вверх (рис. 1-3). Несмотря на то что методики с использованием параллельной рентгенографии и ортографической проекции позволяют получить адекватные результаты (рис. 1-4а и 1-5а), бывают случаи, когда в таких проекциях корни наслаиваются на ствол зуба (при горизонтально ретинированных третьих молярах). В подобных ситуациях рекомендуется проводить рентгенографию в эксцентричной проекции (рис. /-46, 7-56 и 7-6), т.е. лучевую трубку направляют с дистальной стороны. У пациентов с повышенным рвотным рефлексом или жалобами на боль в результате раздражения под действием края пленки сделайте повторный снимок после проведения проводниковой анестезии перед удалением зуба.

Несмотря на то что в большинстве случаев стандартные стоматологические снимки достаточно информативны при проведении рентгенографического исследования третьих моляров верхней челюсти, при глубоком расположении зубов в толще кости или при отсутствии четкой картины в результате наложения скуловой кости рекомендуется сделать панорамный снимок. При проведении рентгенографии может быть использован держатель для пленки (рис. 7-7) или зажим для лоскута. С другой стороны, рентгенографическое исследование можно проводить с использованием стандартной методики, устанавливая с небной стороны клинических коронок ватные валики. Это позволяет ограничить зубы от пленки. При использовании данной методики удастся получить четкое изображение, поскольку не происходит наложения изображения скуловой кости, а информативность приближается к методике с применением параллельно направленных лучей. Нет необходимости направлять лучевую трубку сверху вниз.

2



Классификация положения третьих моляров нижней челюсти

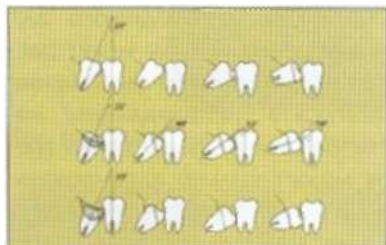
ровать минимальное количество кости, при экстракции третьих моляров нижней челюсти необходимо использовать правильную методику секционирования зуба. Это позволяет минимизировать вероятность развития в послеоперационном периоде таких осложнений, как инфицирование, отек и боль. Таким образом, прогноз успеха удаления зуба зависит от правильной оценки степени сложности экстракции до экстракции и выявления индивидуальных особенностей, которые могут привести к развитию проблем.

Третьи моляры нижней челюсти часто не прорезываются совсем или прорезываются не полностью. Это происходит из-за особенностей положения третьих моляров относительно соседних зубов или недостатка пространства, необходимого для прорастания. Кроме того, зубы могут располагаться в патологическом положении или прорезываться в "неправильном" направлении. Направление прорастания третьих моляров может сильно варьировать. Различают следующие варианты направления прорастания: медиальный наклон, что встречается наиболее часто; вертикальное положение, которое приводит к нормальному прорезыванию; горизонтальное положение; дистальный наклон; направление зуба в одну из сторон (язычную или щечную); реже всего встречается инверсивное положение зуба (рис. 2-7). Чтобы резеци-



Рис. 2-1. Классификация положения третьих моляров нижней челюсти

3



Медиально наклоненные ретинированные третьи моляры

Классификация

Классификация третьих моляров с медиальным наклоном основана на глубине залегания и степени наклона. Эта отличная классификация была разработана Пелл (Pe11), Грегори (Gregory), Уинтер (Winter) и другими (рис. 3-1). Степень медиального наклона возрастает слева направо на рис. 3-1 с изменением положения зуба от вертикального к горизонтальному. Степень сложности экстракции возрастает в порядке увеличения $A < B < C$ в зависимости от глубины залегания и $\phi < \textcircled{a} < \textcircled{b} < \textcircled{c}$ в зависимости от степени наклона. Методика экстракции может варьировать от удаления большего количества кости при более глубоком залегании зуба до секционирования большего объема зуба по мере возрастания степени медиального наклона. На основании классификации становится понятно, что уровень сложности экстракции возрастает по мере приближения к правому нижнему углу (рис. 3-1).

Степень сложности экстракции также зависит от наклона длинной оси второго моляра. По сравнению с нормальной схемой прорастания второго моляра (рис. 3-2-а) более легкую экстракцию можно ожидать при наличии медиального наклона, как показано на рис. 3-2-б. Однако при дистальном наклоне второго моляра более выраженное поднутрение создает трудности для удаления третьего моляра (рис. 3-2-в).

К другим факторам, влияющим на сложность экстракции, относятся щечный и язычный наклоны зуба (рис. 8-11), положение передней границы ветви нижней челюсти (рис. 8-1), количество и конфигурация корней (рис. 17-1), а также положение зуба относительно нижнечелюстного канала (с. 83).

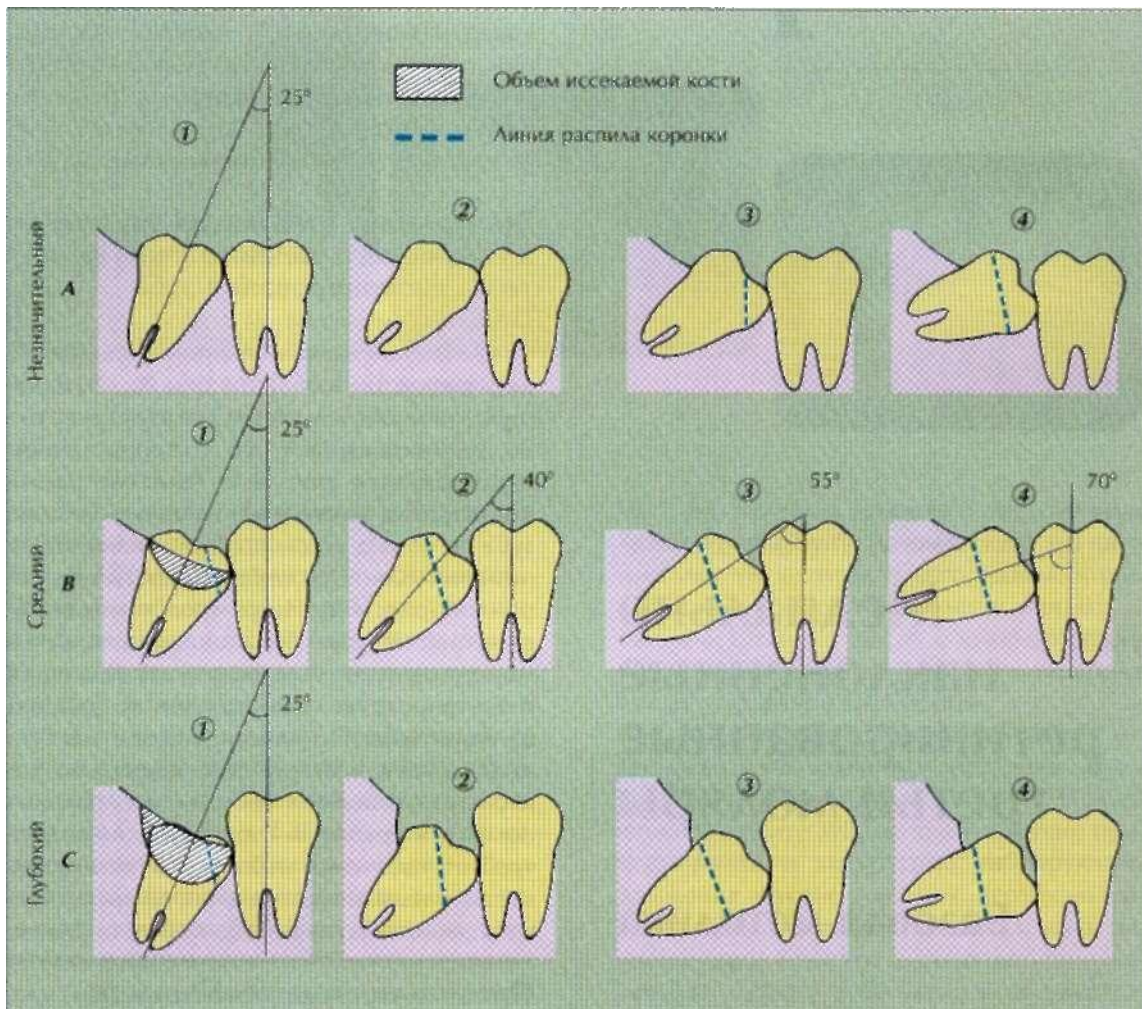


Рис. 3-1. Классификация ретинированных третьих моляров нижней челюсти по отношению к глубине расположения и степени медиального наклона

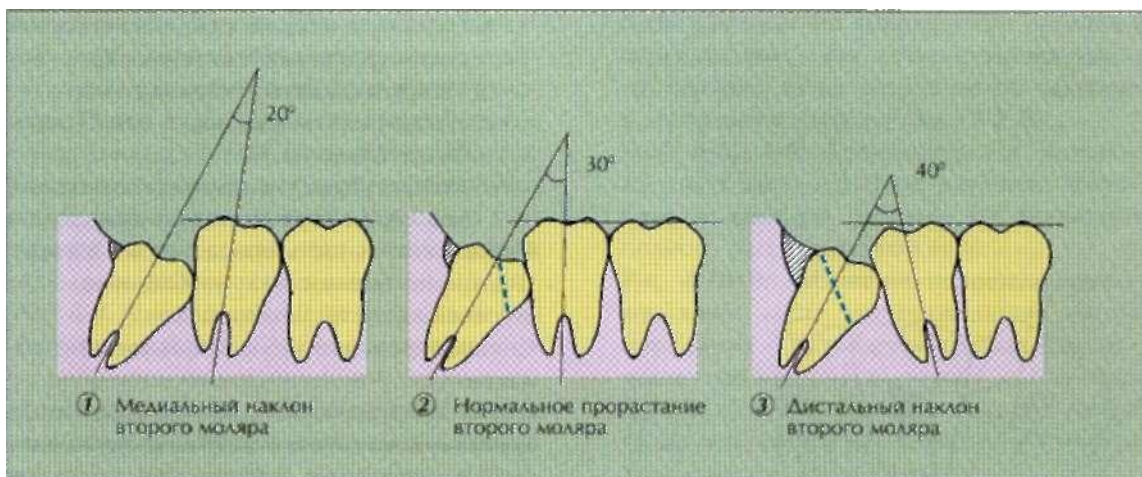
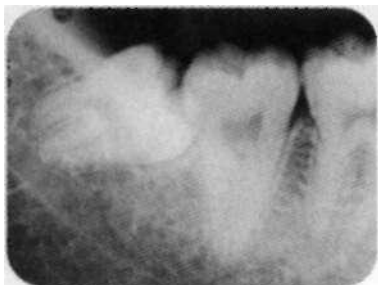


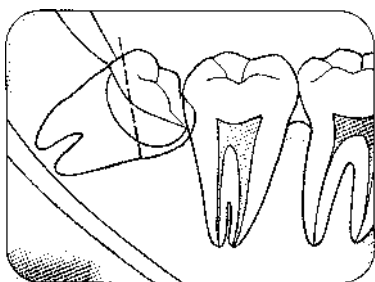
Рис. 3-2. Влияние наклона длинной оси третьего моляра на второй моляр

4



Медиально наклоненные ретинированные третьи моляры

Базовая методика



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 (рис. 4-1). Рентгенограмма подтвердила наличие медиального наклона зуба № 48 под углом приблизительно 70° с незначительной резорбцией кости над коронкой (рис. 4-2). Ниже представлены параметры, которые были определены с помощью рентгенологического исследования и внутриворотного осмотра для экстракции данного зуба. По классификации настоящий клинический случай с медиально наклоненным нижним третьим моляром относится к группе В-4 (рис. 3-1). Методика требует иссечения небольшого количества кости, в идеале план лечения должен включать секционирование зуба в области шейки.

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: высокая

- а. Глубина залегания: средняя, частично ретинированный третий моляр
- б. Покрытие костью: минимальное
- с. Наклон оси: медиальный наклон приблизительно на 70°
- о¹. 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

Рис. 4-1

Рис. 4-2

нижней челюсти. Ниже представлено описание вмешательства.

Рис. **4-3**. При иссечении кости исключительно важно обеспечить адекватное операционное поле. Брюшистым скальпелем (серповидное лезвие используют при наличии полностью ретинированных зубов, рис. **6-4**) 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.

Рис. **4-4**. 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.

Рис. **4-5**. Костным долотом с закругленным лезвием резецируйте покрывающий зуб щечный участок кости до такого уровня, чтобы избежать поднутрения в области коронки.

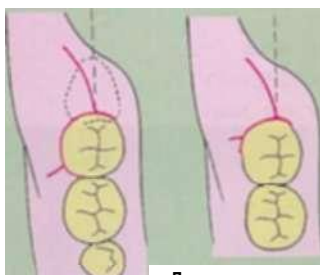
Рис. **4-6**. Откиньте десну с язычной стороны, чтобы не повредить ее бором во время секционирования зуба бором.

Рис. **4-7**. 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 (рис. 3-2-ф).

Рис. **4-8, 4-9**. Секционируйте нижнюю язычную часть коронки, наклоняя кончик бора в язычную сторону. Не проводите полного рассечения коронки.

Рис. **4-10**. 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 (рис. **20-22**).

Рис. **4-11**. Установите долото с прямым лезвием, направляя его медиально.



Линия основного разреза

Линия разреза при выполнении простой экстракции



Рис. 4-5

Рис. 4-3

Рис. 4-4



Рис. 4-6

Рис. 4-7

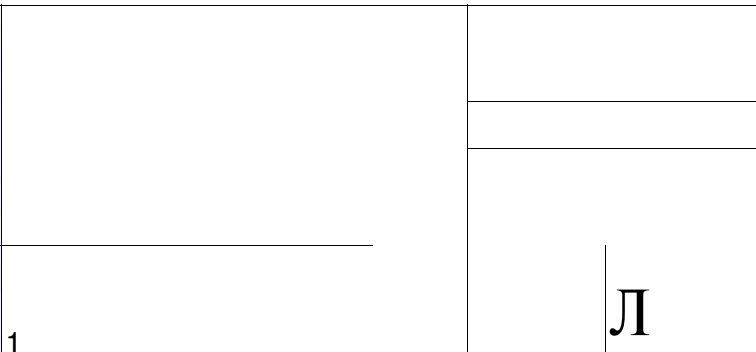


Рис. 4-8

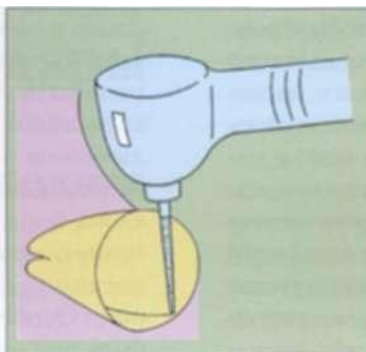


Рис. 4-9



Рис. 4-10

Рис. 4-12. Введите долото под отделенную часть коронки и удалите ее.

Рис. 4-73. 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 при-

нять 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. Рис. 4-74. При отсутствии достаточного пространства старайтесь не прилагать усилия при удалении корней. Вместо этого продолжайте проведение вмешательства



Рис. 4-12



Рис. 4-13



Рис. 4-14



Рис. 4-15



Рис. 4-16



Рис. 4-17



Рис. 4-18

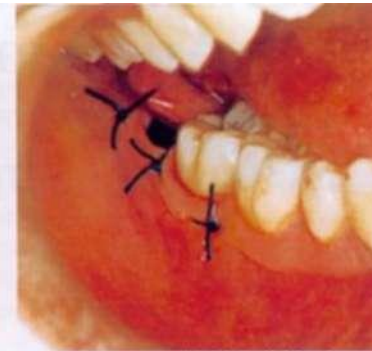
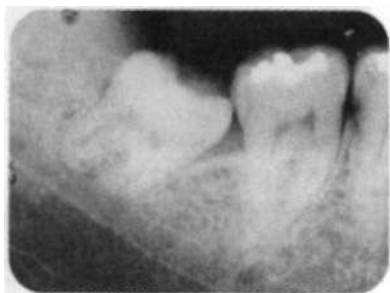


Рис. 4-19

либо после повторного секционирования с помощью турбины, либо после иссечения кости с дистальной поверхности (рис. 11-6). Рис. 4-15. Кюретой удалите грануляционную ткань с дистальной стороны зуба № 47. Рис. 4-16. Проведите альвеолопластику острых выступов кости с помощью костного рашпиля. После этого лунку промывают стерильным физиологическим раствором до полного удаления осколков. Рис. 4-17. Отслаивание надкостницы медиальнее вертикального послабляющего разреза приблизительно на 3 мм позволяет облегчить проведение иглы сквозь ткани.

Рис. 4-18. 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 (шелк 3-0), проводят репозицию слизисто-надкостничного лоскута. Налавливая 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.

5



Медиально наклоненные ретинированные третьи моляры

Простая экстракция

Ниже представлен клинический случай экстракции ретинированного третьего моляра с медиальным наклоном, которую относительно легко выполнить. Под легкими подразумевают экстракции, которые можно выполнить за короткое время и с минимальной травмой. В этих случаях достаточно небольшого разреза, минимального отслаивания лоскута, или его совсем не формируют, а также не иссекают кость.

На рис. 5-7 продемонстрирован частично ретинированный третий моляр. На основании опыта и данных рентгенографического исследования можно предположить, что экстракцию можно будет выполнить достаточно легко. Данное заключение подтверждает следующее:

1. Глубина погружения ретинированного зуба относительно небольшая.
2. Степень медиального наклона выражена незначительно.
3. Коронка третьего моляра не расположена в дистальном поднутрении второго моляра.
4. Корни относительно короткие без аномалии формы или размера.
5. В области коронки признаки резорбции кости.
6. Между передней границей ветви нижней челюсти и дистальной поверхностью второго моляра имеется пространство, которое обеспечивает довольно широкую зону для экстракции зуба.
7. Отсутствуют рентгенографические симптомы анкилоза.
8. Кончик корня не контактирует с нижнечелюстным каналом и не перфорирует канал.

Однако даже в самых простых случаях могут возникать ситуации, требующие изменения плана экстракции. Лучше всего

заранее выбрать альтернативный план на случай возникновения необходимости решения подобного рода проблем.

Ниже представлено описание реального клинического случая легкой экстракции.

Легкая экстракция с разрезом в дистальном отделе

Пациент: мужчина, 21 год.

Внутриротовое обследование позволило выявить наличие частично ретинированного моляра, часть коронки видна в полости рта (рис. 5-2). Перед экстракцией зуба № 48 проведено рентгенологическое исследование (рис. 5-3).

Данные рентгенологического исследования: глубина залегания зуба небольшая, медиальный наклон составляет 60°, медиальная поверхность зуба № 48 лишь немного попадает в область поднутрения на дистальной поверхности зуба № 47. Зуб № 48 имеет два коротких корня. У зуба нет патологии формы или размера, которая могла бы затруднить проведение экстракции. С медиальной стороны зуба № 48 отмечена полукруглая область резорбции кости; это позволяет предположить, что щечная поверхность зуба не прикрыта ко-

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: низкая

Продолжительность операции: приблизительно 15 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: не требуется

Секционирование зуба: не требуется

Степень хирургической травмы: минимальная

стью. Компактная пластина кости не выходит корональное пришеечной области, которая расположена на уровне гребня альвеолярной кости. Данный случай соответствует степени **A-φ** по классификации ретинированных третьих моляров с медиальным наклоном (рис. 3-1). Более того, в результате наличия только незначительного объема кости дистальнее третьего моляра нет необходимости проводить секционирование корня или иссекать кость.

Методика вмешательства

Рис. 5-4. Данные рентгенологического исследования указывают на отсутствие необходимости иссечения кости, поэтому длина разреза относительно небольшая. Дистальнее зуба № 48 с помощью серповидного скальпеля выполнен разрез длиной 0,5 см. Циркулярные волокна пародонтальной связки были рассечены в пришеечной области зубов № 47 и 48, что отмечено на рисунке красной линией.

Рис. 5-5. С щечной стороны откинут слизисто-надкостничный лоскут, обнажена коронка зуба № 48, после этого на небольшом протяжении откинут лоскут с язычной стороны.

Рис. 5-6. С медиально-щечной стороны введен элеватор и проведено вывихивание зуба.

Рис. 5-7. При наличии опасности вывихивания второго моляра в результате оказания нагрузки на медиальную поверхность зуба № 48, клиницист должен занять позицию на 10 часов и стабилизировать окклюзионную поверхность зуба № 47 большим пальцем левой руки.

Рис. 5-8. Выполнена простая экстракция. Однако плотное прикрепление грануляционной ткани или фолликула зуба к пришеечной

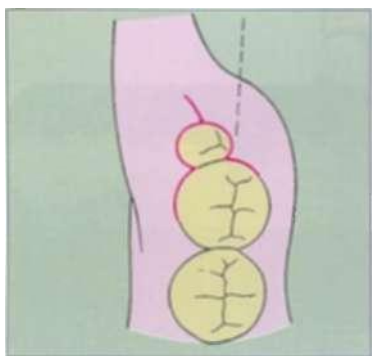


Рис. 5-4



Рис. 5-5



Рис. 5-6

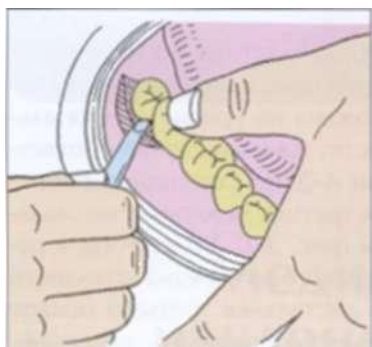


Рис. 5-7



Рис. 5-8



Рис. 5-9

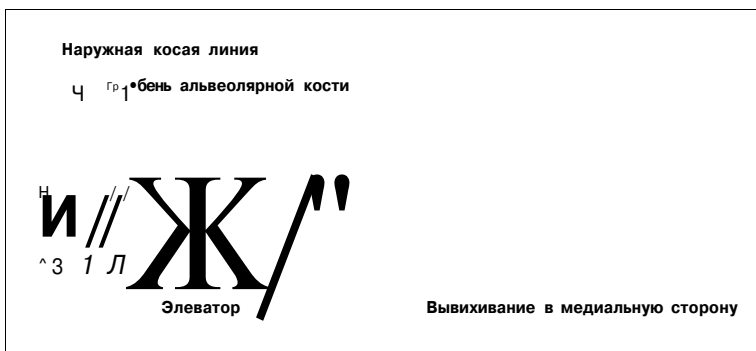


Рис. 5-10

области или язычной поверхности зуба может затруднить удаление зуба, поэтому необходимо отсечь ткани с помощью скальпеля. Старайтесь избегать разрыва язычной десны, что может произойти при оказании чрезмерного усилия и неаккуратном удалении зуба. Рис. 5-9. Удалите грануляционную ткань и фолликул зуба, проведите репозицию лоскута и наложите швы.

В данном случае зуб № 48 был расположен немного в поднутрении дистальной поверхности зуба № 47. Третий моляр имел один корень, дистальнее второго моляра было достаточно большое пространство, поскольку гребень альвеолярного от-

ростка дистальнее третьего моляра располагался на уровне шейки зуба. С помощью вывихивающих движений элеватора удалось увеличить ширину пародонтальной щели и легко удалить зуб (рис. 5-10).

Простота экстракции определяется уровнем расположения альвеолярного гребня относительно цементно-эмалевого соединения третьего моляра и другими важными параметрами.

Третий моляр - это самый дистально расположенный моляр, поэтому его удаление проводят в дистальном направлении. Исходя из этого, очень важно четко представлять себе положение дистальной час-



Гребень дистального участка альвеолярной кости

Экстракция:

сложная, если $a < b$

легкая, если $a \geq b$



Рис. 5-11. Степень сложности определяется локализацией дистального участка альвеолярного гребня:

Ф и © - уровни локализации передней границы (внутренняя косая линия) ветви нижней челюсти

Рис. 5-12

| высота контура дистальной поверхности отортого моляра
 . максимальное поднутрение на медиальной поверхности
 третьего моляра

г - пространство экстракции
 Б - ширина коронки третьего моляра



Рис. 5-13



Рис. 5-14



Рис. 5-15

ти альвеолярного гребня. Например, при наличии медиального наклона ретинированного моляра, как на рис. 5-11, когда дистальная часть альвеолярного гребня находится в положении ϕ , то "а" (пространство, необходимое для экстракции) меньше, чем "б" (ширина коронки третьего моляра). В подобной ситуации экстракцию выполнить нельзя. Поэтому возникает необходимость либо секционировать коронку, либо иссечь некоторую часть дистального участка альвеолярной кости. Однако в случае ©, когда "а" больше или равно "б", расширение пародонтальной щели позволяет провести легкую экстракцию. Такая ситуация напоминает случай с резорбцией кости в дистальном отделе. Часть альвеолярной кости дистальнее третьего моляра (как видно на рентгенограмме) может считаться важнейшим фактором, определяющим степень сложности экстракции. Каким образом может быть определена локализация участка альвеолярного гребня дистальнее третьего моляра?

Определение локализации гребня альвеолярного отростка дистальнее третьего моляра

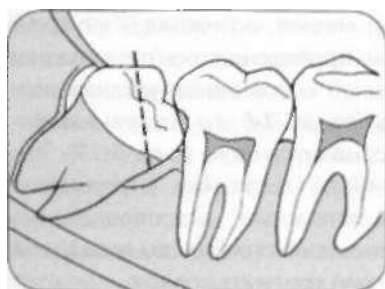
Обратите внимание на кончик дистального корня третьего моляра и положение внутренней кривой линии относительно передней границы ветви. Точка перекрещивания этих анатомических образований представляет собой гребень альвеолярной кости дистальнее третьего моляра (рис. 5-12). Сравните эту рентгенограмму с ситуацией, когда был откинут лоскут (рис. 5-13). Когда внутренняя и наружная кривые линии передней границы ветви представляют собой две линии на рентгенограмме, верхняя линия является наружной кривой линией, а нижняя - внутренней. Если при проведении рентгенографии вдоль внутренней кривой линии устанавливаются проволока (рис. 5-14), то внутренняя кривая линия оказывается ниже (рис. 5-15). Это необходимо знать, поскольку внутреннюю кривую линию используют для определения уровня расположения гребня альвеолярной кости дистальнее третьего моляра.

6



Медиально наклоненные ретинированные третьи моляры

Клинические случаи с распилом коронки



Простая экстракция: иссечение дистального отдела и секционирование коронки

Пациент: мужчина, 24 года.

Правый третий моляр нижней челюсти полностью ретинирован, избыточная десневая ткань на дистальной поверхности второго моляра (рис. 6-1). На рентгенограмме (рис. 6-2) подтверждено мелкое погружение зуба № 48 с медиальным наклоном на 60°. Медиальная часть коронки расположена неглубоко в поднутрении зуба № 47. Ситуация напоминает клинический случай, описанный в главе 5. Разница заключается в том, что рассматриваемый в главе 5 гребень альвеолярной кости расположен на уровне пришеечной области третьего моляра. Данный клинический случай соответствует классу **A-ф** по классификации третьих моляров с медиальным наклоном (рис. 3-1). При наличии возможности секционирования и удаления небольшой части медиальной поверхности коронки третьего моляра экстракцию такого зуба можно будет выполнить довольно легко.

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: низкая

Продолжительность операции: приблизительно 20 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: может понадобиться иссечение небольшого количества, но не обязательно

Секционирование зуба: необходимо

Степень хирургической травмы: минимальная

Методика вмешательства

Рис. 6-3, 6-4. Вблизи дистальной поверхности зуба № 47 проведен разрез слизистой длиной 1,5 см с последующим рассечением циркулярных волокон пародонтальной связки в пришеечной области зуба с вестибулярной и дистальной сторон.

Рис. 6-5. Откинут слизисто-надкостничный лоскут и с помощью элеватора вывихнут зуб. Однако экстракция зуба не удалась, поскольку произошло заклинивание медиальной поверхности зуба № 48 в поднутрении на дистальной поверхности зуба № 47. В дальнейшем попытки вывихнуть зуб № 48 не предпринимали из-за опасности вывихивания второго моляра.

Рис. 6-1



Рис. 6-2



Рис. 6-3



Рис. 6-4



Рис. 6-5



Рис. 6-6



Рис. 6-7

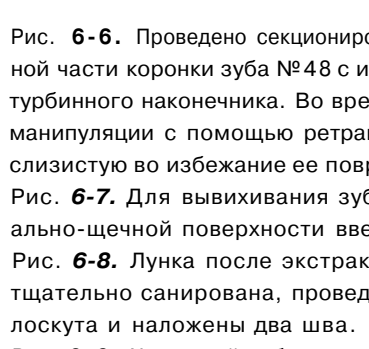


Рис. 6-8

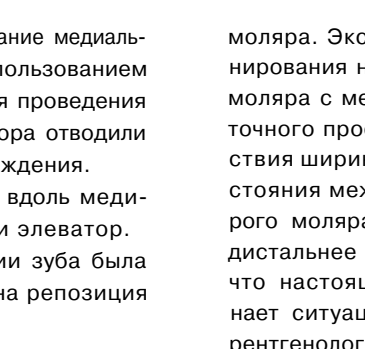


Рис. 6-9

Рис. 6-6. Проведено секционирование медиальной части коронки зуба №48 с использованием турбинного наконечника. Во время проведения манипуляции с помощью ретрактора отводили слизистую во избежание ее повреждения.

Рис. 6-7. Для вывихивания зуба вдоль медиально-щечной поверхности ввели элеватор.

Рис. 6-8. Лунка после экстракции зуба была тщательно санирована, проведена репозиция лоскута и наложены два шва.

Рис. 6-9. Удаленный зуб.

В данном клиническом случае медиальная поверхность коронки третьего моляра располагалась в дистальном поднутрении второго

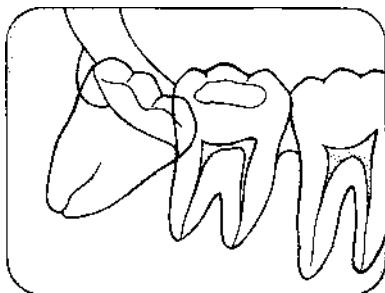
моляра. Экстракция выполнена после секционирования небольшой части коронки третьего моляра с медиальной стороны из-за недостаточного пространства в результате несоответствия ширины коронки третьего моляра и расстояния между дистальной поверхностью второго моляра и гребнем альвеолярной кости дистальнее третьего моляра. Несмотря на то что настоящий клинический случай напоминает ситуацию, описанную в главе 5, после рентгенологического исследования локализации гребня альвеолярной кости были внесены коррективы в оценку типа операции и продолжительность вмешательства (рис. 5-11-ф).

7



Медиально наклоненные ретинированные третьи моляры

Клинические случаи с иссечением дистального участка кости



Условия для проведения легкой экстракции третьих моляров с медиальным наклоном описаны в главе 5. Ниже представлен клинический случай, когда экстракция была проведена в течение короткого промежутка времени и без секционирования коронки.

Простая экстракция, включающая иссечение дистального участка альвеолярной кости

Пациент: женщина, 23 года.

Основная жалоба пациентки на боль в области зуба № 48. Диагностирована: перикоронит. Экстракция зуба была проведена после санации и приема противовоспалительных и антибактериальных средств в течение трех дней.

На рентгенограмме (рис. 7-1) подтверждено наличие глубоко ретинированного зуба № 48 с медиальным наклоном на 40°. Третий моляр имеет один корень, медиальная поверхность зуба расположена немного в поднутрении дистальной поверхности зуба № 47. Данная ситуация соответствует классу **B-@** по классификации ретинированных третьих моляров с медиальным наклоном (рис. 3-1). Для удаления зуба необходимо иссечь небольшое количество кости и секционировать медиальную часть коронки. Однако более тщательное обследование рентгенограммы позволило выявить резорбцию кости в области дистальной части третьего моляра. Это означает, что есть возможность выполнить экстракцию зуба без секционирования коронки.

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: низкая

Продолжительность операции: приблизительно 20 мин

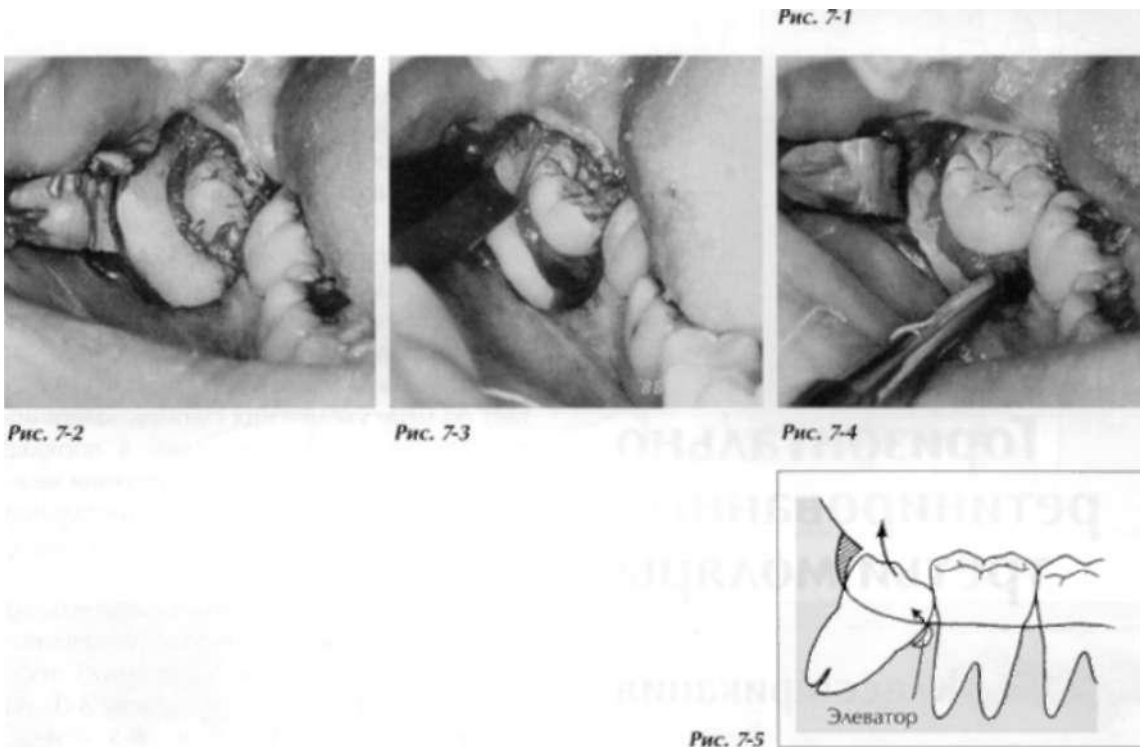
Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: необходимо

Секционирование зуба: нет необходимости

Степень хирургической травмы: минимальная

На основании полученных данных экстракция была выполнена с использованием проводниковой анестезии нижней челюсти 2%-ным раствором лидокаина.



Методика вмешательства

Рис. 7-2. Сформирован небольшой лоскут, поскольку необходимо удалить только малое количество кости. Разрез произведен дистальнее зуба № 47, в дистальной части второго моляра проведен поперечный разрез в дистально-щечном направлении. Рассечены циркулярные волокна пародонтальной связки в области шейки второго моляра.

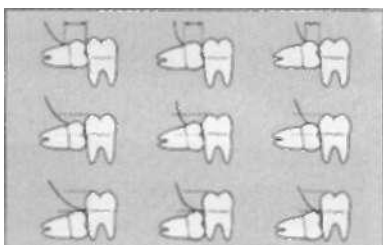
Откинут слизисто-надкостничный лоскут и после удаления надлежащей грануляционной ткани обнажена коронка зуба № 48.

Рис. 7-3. Проведена безуспешная попытка вывихивания третьего моляра с помощью элеватора, введенного вдоль медиально-щечной поверхности зуба. С помощью долота с округлым лезвием иссекли небольшое количество кости, затрудняющей удаление зуба в дистальном участке.

Рис. 7-4. Проведена легкая экстракция зуба посредством ротации элеватора против часовой стрелки и использования движения по типу рычага.

Рис. 7-5. Показаны объем иссечения дистальной кости и направление экстракции.

8



Горизонтально ретинированные третьи моляры

Классификация

Классификация основана на глубине погружения и локализации переднего края ветви нижней челюсти

Классификация горизонтально ретинированных третьих моляров, основанная на глубине погружения и локализации передней границы ветви нижней челюсти, позволяет определить степень сложности экстракции (рис. **8-1**).

Чем глубже погружение, тем больший массив кости покрывает зуб, а значит больше необходимость иссечения значительно-го 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 **A-φ**, на рис. **8-4** - классу **A-⊙**, рис. **8-5** - **A-⊗**, рис. **8-6** - **B-φ**, рис. **8-7** - **B-⊗** и рис. **8-8** - **C-⊕**.

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 № 48.

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**).

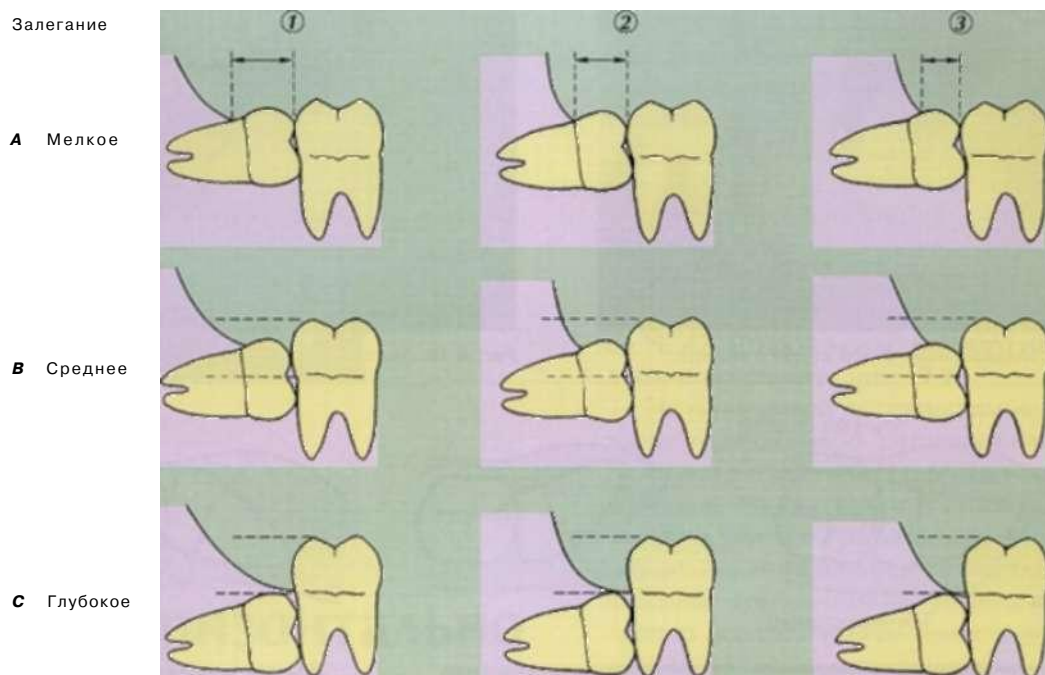


Рис. 8-7. Классификация горизонтально ретинированных третьих моляров в зависимости от глубины положения (залегания) и отношения к передней границе ветви нижней челюсти



Рис. 8-3 А-①

Рис. 8-4 А-②

Рис. 8-5 А-②



Рис. 8-6 В-ф

Рис. 8-7 В-⊙

Рис. 8-8 С - ⊙

Рис. 8-9. Медиальный наклон второго моляра

Рис. 8-10. Дистальный наклон второго моляра

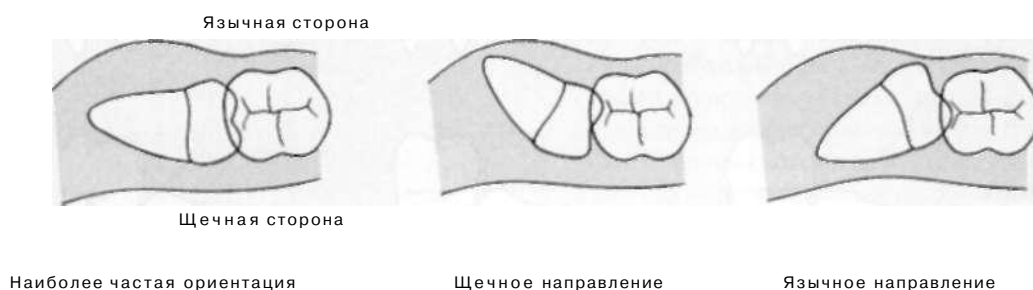


Рис. 8-11. Классификация горизонтально ретинированных третьих моляров (окклюзионный вид)

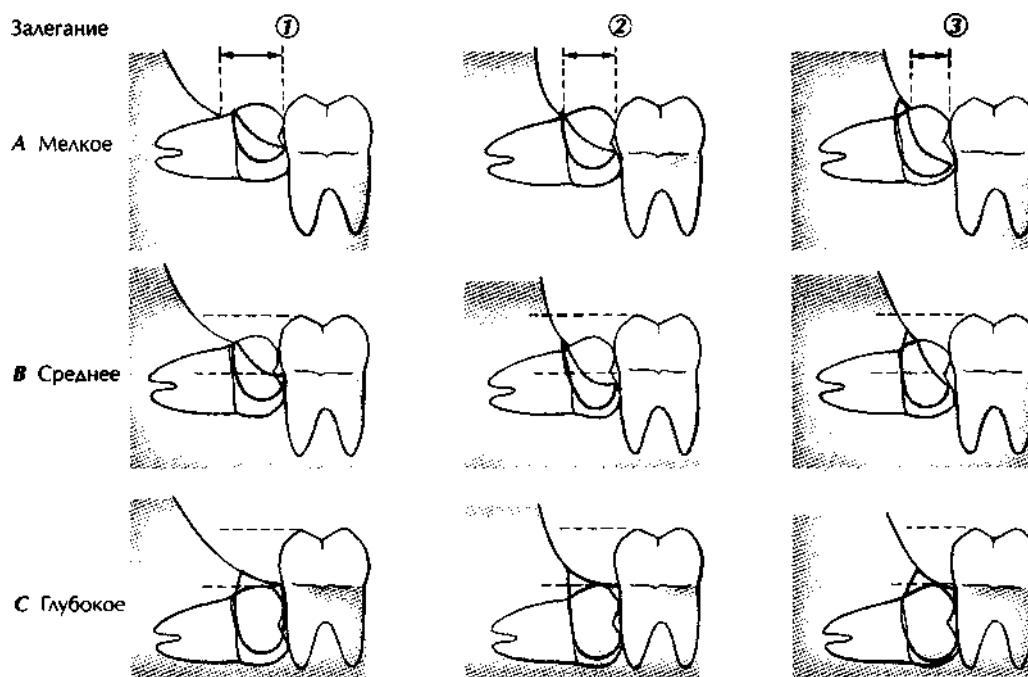
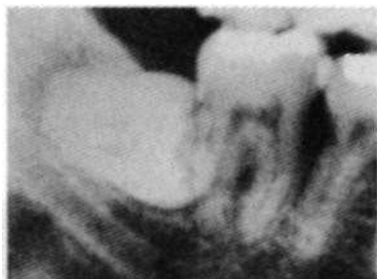


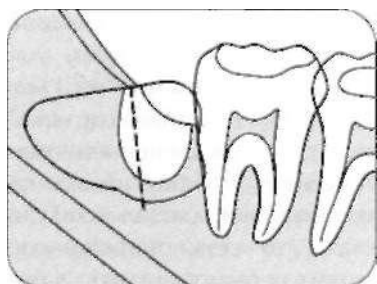
Рис. 8-2. Классификация горизонтально ретинированных третьих моляров нижней челюсти и объем необходимой резекции кости в момент экстракции зуба. - обозначает объем резецируемой кости

9



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 № 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 (рис. 9-1).

На панорамной рентгенограмме обнаружены горизонтально ретинированный зуб № 48 и незначительная резорбция кости под коронкой. На основании данных внутриротового и рентгенографического обследования зуб был отнесен к классу **В-ф** по классификации горизонтально ретинированных третьих моляров нижней челюсти (рис. 8-1).

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: очень высокая

- а. Глубина залегания: глубокая, зуб № 48 полностью погружен. Самая высокая точка ретинированного третьего моляра расположена посередине между окклюзионной поверхностью и шейкой второго моляра
- б. Покрытие костью: значительное
- с. Наклон оси: горизонтальный
- а¹. Конфигурация и количество корней: один корень без патологии
- е. 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.



Рис. 9-1



Рис. 9-2

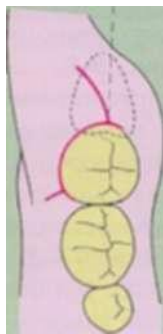


Рис. 9-3

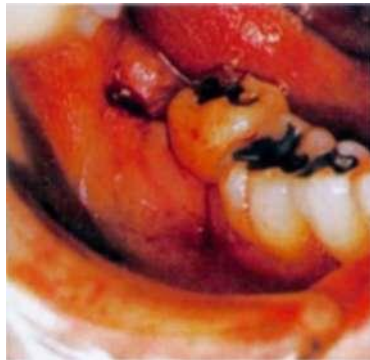


Рис. 9-4



Рис. 9-5



Рис. 9-6



Рис. 9-7

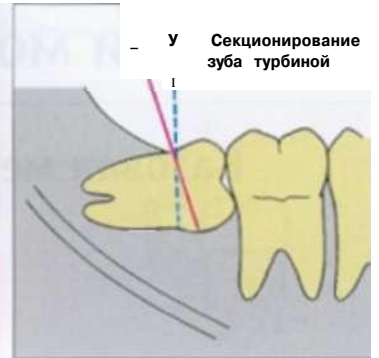


Рис. 9-8

Методика вмешательства

Рис. 9-3, 9-4. 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.

Рис. 9-5. Прижимая распатор к поверхности кости и используя скребущие движе-

ния, сформировали слизисто-надкостничный лоскут.

Рис. 9-6. Щечный и дистальный участки кости, закрывающие коронку, иссекли с помощью долота с округлым лезвием.

Рис. 9-7, 9-8. 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 кончи-



Рис. 9-9



Рис. 9-10



Рис. 9-11



Рис. 9-12



Рис. 9-13

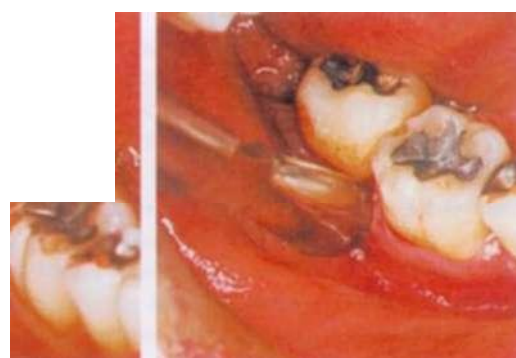


Рис. 9-14



Рис. 9-15



Рис. 9-16

ком 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. Рис. 9-9. Кончик бора наклонили язычно, и аккуратно секционировали нижнюю

язычную часть зуба в пришеечной области.

Рис. 9-10. По долоту с прямым лезвием, введенному с щечной стороны распила, ударили молоточком и раскололи коронку. Рис. 9-11. Сепарированную коронку легко удалили, заведя под нее элеватор.

Рис. 9-12. Поскольку отсутствовало достаточное пространство в области мародонтальной связки с щечной стороны оставшегося корня, пространство было создано удалением небольшого количества кости с помощью бора в прямом наконечнике.



Рис. 9-17

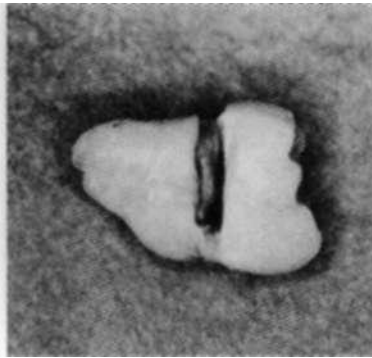


Рис. 9-18

Рис. 9-13. 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.

Рис. 9-14. Провели репозицию слизисто-надкостничного лоскута, после того как сместили участок надкостницы шириной 3 мм медиальнее поперечного разреза.

Рис. 9-15. 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.

Рис. 9-16. Черным хирургическим шелком 3-0 наложили четыре шва. Сначала ушивают вертикальный послабляющий разрез, затем - дистальный. Нельзя располагать узлы на линии разреза.

Рис. 9-17. 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.

Рис. 9-18. Удаленный зуб.

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.

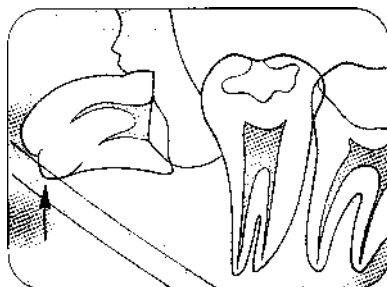
Выше было проведено обсуждение базовой методики экстракции горизонтально ретинированного третьего моляра. Перед вмешательством для минимизации травмы тканей необходимо проводить тщательное рентгенографическое исследование. Исключительно важно правильно диагностировать тип ретинированного зуба, для чего могут быть использованы не только прицельные снимки, но и панорамные, прикусные и другие.

10



Горизонтально ретинированные третьи моляры

Сложная экстракция, связанная с язычным наклоном зуба



Несмотря на то что анализ предоперационных рентгенограмм указывает на возможность проведения относительно легкой экстракции, могут возникать неожиданные задержки и затруднения. Ниже представлен пример очень сложной экстракции зуба с наклоном в язычную сторону, хотя на рентгенограмме этот зуб казался обычным горизонтально ретинированным третьим моляром нижней челюсти.

Экстракция с развитием неожиданных осложнений

Пациент: женщина, 37 лет.

Пациентка была направлена стоматологом, который начал выполнять экстракцию зуба № 48, но не смог завершить вмешательства. В момент приема у пациентки нет признаков инфекции в области третьего моляра, поскольку ей была назначена адекватная антибиотикотерапия и проведена тщательная санация заинтересованного участка. На предоперационной рентгенограмме виден горизонтальный, полностью ретинированный зуб № 48, с утолщенным кончиком корня (рис. 10-1). Для более детальной оценки зуба была выполнена повторная рентгенограмма. Однако, поскольку область кончика корня не может быть захвачена при проведении стандартной параллельной проекции, снимок сделали в несколько смещенной проекции, наклонив лучевую трубку немного дистально (см. с. 18).

Данные рентгенограммы (рис. 10-2 и 10-3) подтвердили наличие глубоко погруженного горизонтально ретинированного третьего моляра, соответствующего классу **B-®** по классификации горизонтально ретинированных третьих моляров нижней челюсти (рис. 8-1). Несмотря на наличие только одного корня, рентгенограмма показала небольшое увеличение корня и его медиальный изгиб.

Перед экстракцией был проведен тщательный анализ данных рентгенографического исследования (рис. 10-2) и интравитального осмотра (рис. 70-4).



Рис. 10-1



Рис. 10-2

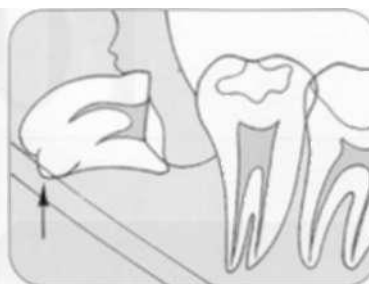


Рис. 10-3



Рис. 10-4

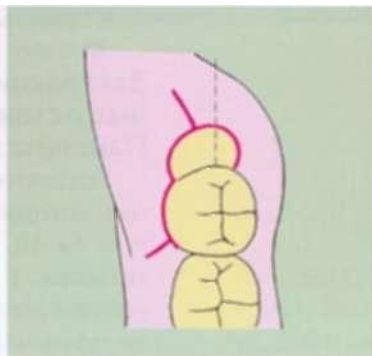


Рис. 10-5



Рис. 10-6



Рис. 10-7



Рис. 10-11



Рис. 10-9

Предполагаемые особенности экстракции

- Степень сложности: достаточно высокая
- Продолжительность операции: приблизительно 30 мин
- Формирование лоскута: необходимо
- Иссечение кости: требуется иссечение небольшого объема кости
- Степень хирургической травмы: средняя

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

Методика вмешательства

Рис. 10-5. Дистальный разрез провели по середине между внутренней и наружной косыми линиями. В медиально-щечном отделе зуба № 47 провели поперечный разрез. Были рассечены циркулярные волокна пародонтальной связки.

Рис. 10-6. Сформировали и откинули лоскут. Удаление грануляционной ткани обеспечило доступ к оставшемуся кончику корня. В дистально-щечном отделе иссекли небольшой участок кости, ввели элеватор и предприняли попытку вывихнуть зуб, которая не принесла успеха.

Рис. 10-7. Несмотря на иссечение покрывающей зуб кости в дистальном участке с по-

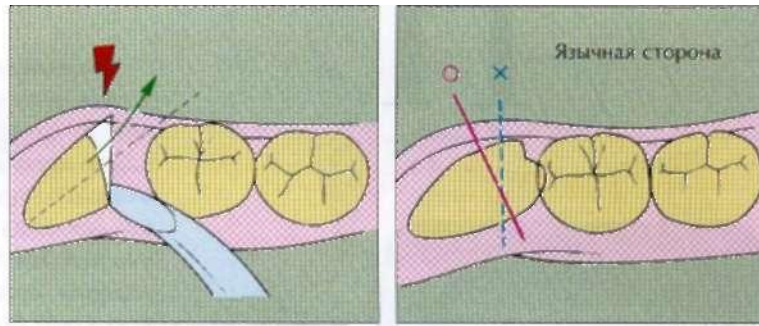


Рис. 10-10

Рис. 10-11

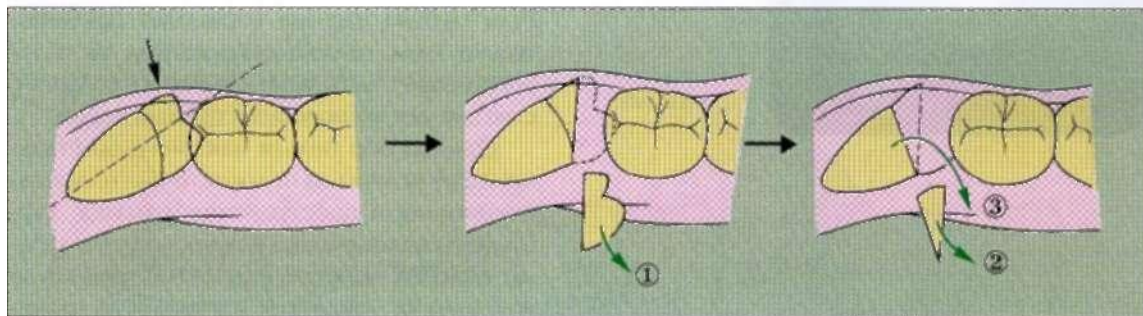


Рис. 10-12

мощью долота с округлым лезвием, вывихивание зуба снова не удалось. В случаях безуспешного вывихивания зуба, несмотря на адекватное секционирование и удаление коронки, следует предполагать патологию корней (рис. 17-1) или наклон оси зуба (наиболее часто встречается медиальный наклон). После отсепаровывания язычной десны и тщательного обследования обнаружили, что зуб имел наклон в язычную сторону. В результате язычного наклона зуба вывихивание было невозможно из-за вклинивания части коронки в язычную стенку альвеолы. Экстракция зуба была легко выполнена с помощью элеватора после секционирования язычной части коронки бором в турбинном наконечнике. Из области лунки удалили грануляции и рашпилем выровняли острые костные выступы. Рану промыли физиологическим раствором, провели репозицию лоскута и наложили швы.

Рис. 10-8. Щечный вид удаленного зуба. Нижний кончик корня увеличен.

Рис. 10-9. Из-за неполного секционирования (линия распила обозначена черным) осталась часть язычной поверхности коронки.

Экстракция горизонтально ретинированного третьего моляра с язычным накло-

ном может быть очень сложной. При использовании чрезмерной нагрузки и недостаточном секционировании коронки возможен перелом язычной костной стенки лунки, а зуб может вклиниться между костью нижней челюсти и надкостницей с язычной стороны (рис. 10-10). В подобных случаях необходимо соблюдать крайнюю осторожность. С другой стороны, экстракция горизонтально ретинированного третьего моляра с щечным наклоном относительно проста при использовании щечного доступа.

При секционировании язычно наклоненного горизонтально ретинированного третьего моляра нижней челюсти (рис. 10-11) лучше всего проводить распил язычной поверхности коронки больше, чем обычно (глава 9. Базовая методика). В случае глубокого погружения и закрытия части коронки язычной поверхности кости, может быть, безопаснее разделить зуб на три сегмента (рис. 10-12).

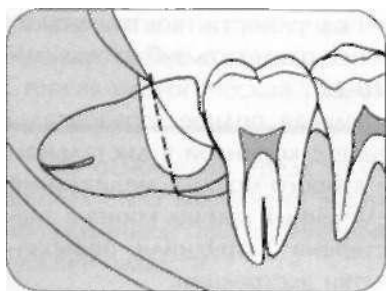
В данном случае полное горизонтальное погружение с коронкой в дистальном поднутрении второго моляра, медиальный наклон и увеличенный кончик корня в значительной степени затруднили первоначальные попытки экстракции.

11



Горизонтально ретинированные третьи моляры

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 сторону от дистального участка, как показано на рис. **11-1**. При проведении распила необходимо использовать всю длину бора, а не только его кончик. Распил в области шейки проводят не до конца. Если глубина распила составляет приблизительно 3 мм, то секционированная часть коронки может быть легко удалена и в большинстве случаев возможна экстракция корня.

Однако бор нельзя наклонять дистально, даже если из-за недостаточного межкклюзионного пространства головка турбинного наконечника контактирует с зубами верхней челюсти (рис. **11-2**), или когда наконечник упирается в переднюю границу ветви нижней челюсти в результате недостаточного пространства в области дистальной поверхности второго моляра. Экстракция может быть сильно затруднена, если коронка третьего моляра располагается в поднутрении второго моляра, или второй моляр наклонен дистально (рис. **3-2**).

Клинические случаи, включающие сложное удаление секционированной коронки

После проведения распила с помощью турбинного наконечника окончательное отделение коронки выполняют долотом с округлым лезвием. Попробуйте удалить секционированную часть коронки. Оказание чрезмерной нагрузки на коронку может привести к вывихиванию второго моляра или перелому язычной стенки альвеолярной кости.

При невозможности удалить коронку можно использовать несколько приемов:

1. Проверить качество секционирования можно с помощью зажима. Если коронка двигается вместе с корнем, то секционирование коронки долотом с прямым лезвием было проведено не до конца. В таком случае нужно повторить секционирование долотом.
2. Полностью удалить щечный участок кости, чтобы обнажить коронку по высоте.

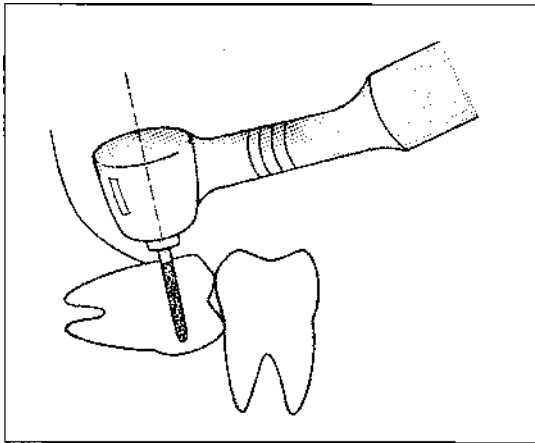


Рис. 11-1

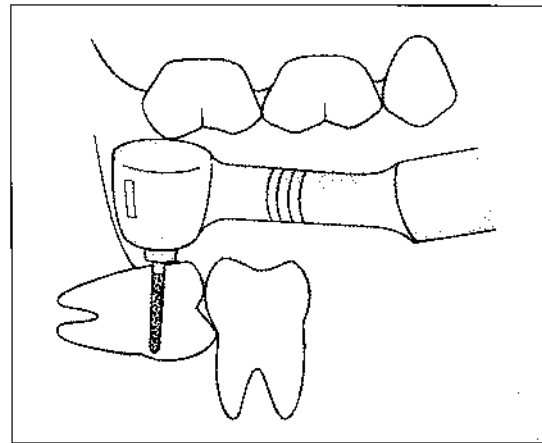


Рис. 11-2

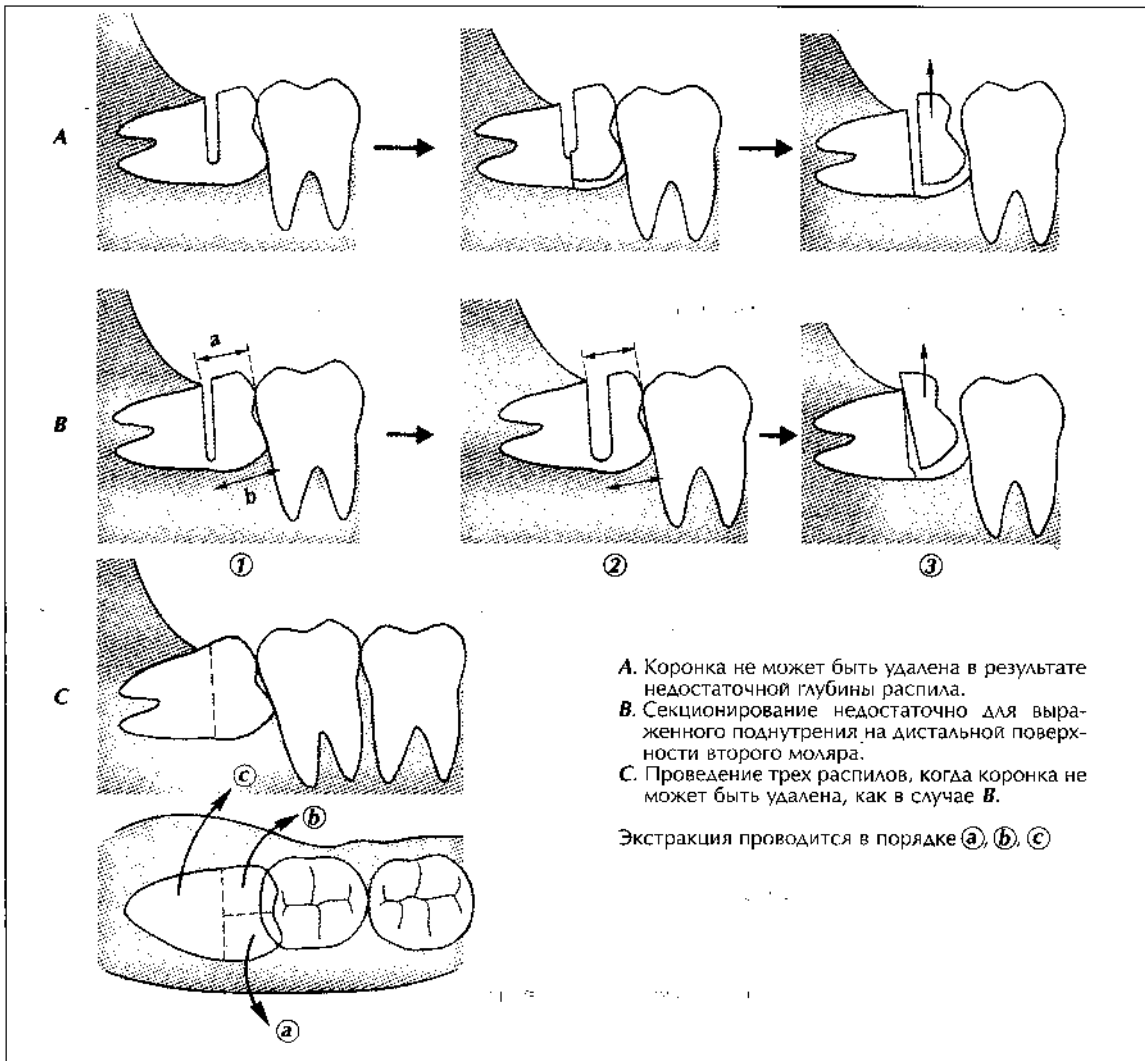


Рис. 11-3. Клинический случай, когда секционированная коронка не может быть удалена



Рис. 11-4

Рис. 11-5

Рис. 11-6



Рис. 11-7

Рис. 11-8

Рис. 11-9

3. Секционирование могло быть неадекватным при наличии большого количества остаточных структур зуба с язычной стороны или в подлежащей пришеечной части коронки. Если распил недостаточно глубок и нет возможности удалить коронку, то распил необходимо повторить (рис. 11-3-А).
4. Поднутрение на дистальной поверхности второго моляра может быть настолько большим, что секционирования избежать не удастся, как показано на рис. 11-2. Корректируйте секционирование бором в турбинном наконечнике, сделайте более глубокий распил, удалите коронку после создания большого пространства (рис. 11-3-В). Если даже несмотря на проведение вышеуказанных манипуляций коронка не может быть удалена из-за наличия выраженного поднутрения, то экстракция может быть выполнена с помощью дополнительного секционирования зуба в передне-заднем направлении на щечную и язычную части (рис. 11-3-0).

Клинический случай при расположении коронки третьего моляра глубоко в поднутрении на дистальной поверхности второго моляра

Пациент: мужчина, 25 лет.

Пациент жалуется на застревание пищи в области зуба № 48. Внутривитовое обследование показало частичное прорезывание зуба № 48 (рис. 11-4). Рентгенограмма подтвердила наличие горизонтально ретинированного третьего моляра, который был расположен глубоко в поднутрении дистальной поверхности зуба № 47 (рис. 11-5).

Самая высокая часть коронки ретинированного зуба располагается приблизительно на уровне окклюзионной плоскости второго моляра. Передняя граница ветви и дистальная поверхность зуба № 47 расположены близко друг от друга, а шейка зуба прикрыта костью. На основании перечисленных данных случай отнесли к классу А-ф по классификации горизонтально ретинированных третьих моляров нижней челюсти (рис. 8-1).



Рис. 11-10



Рис. 11-11



Рис. 11-12



Рис. 11-13



Рис. 11-14



Рис. 11-15

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

(Нормирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: требуется иссечение значительного объема кости

Секционирование зуба: необходимо

Степень хирургической травмы: значительная

На основании представленных выше данных была выполнена экстракция в условиях проводниковой анестезии нижней челюсти.

Методика вмешательства

Рис. 11-6. С щечной стороны зуба № 48 откинут слизисто-надкостничный лоскут.

Рис. 11-7. Альвеолярную кость иссекают с щечной и дистальной сторон долотом с округлым лезвием. В области шейки зуба проведен распил бором с использованием турбинного наконечника. Бор не мог быть наклонен дистально, поскольку головка наконечника упиралась в переднюю границу ветви нижней челюсти, как показано на рис. 11-2.

Рис. 11-8. Зуб разделен ударом долота с прямым лезвием, что привело к раскалыванию оставшихся структур зуба. Несмотря на некоторую подвижность коронки с помощью введенного вдоль медиально-щечной поверхности элеватора, ее удалить не удалось. Рис. 11-9. Распилив бором коронку в передне-заднем направлении, зуб разделили на три части. Манипуляцию нужно прово-

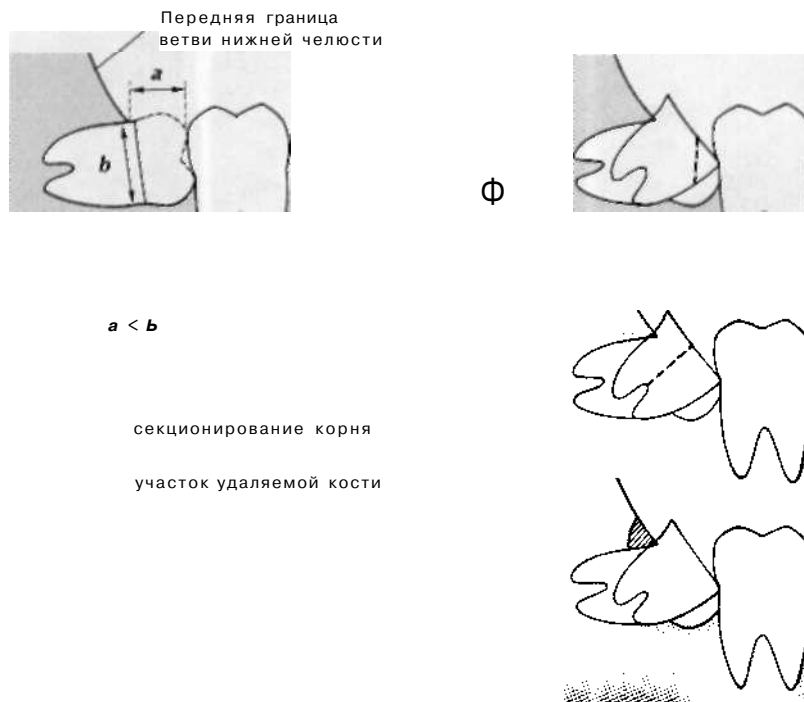


Рис. 11-16. Методика экстракции корня

дить как можно более аккуратно во избежание повреждения дистальной поверхности второго моляра.

Рис. 11-10. Окончательное разделение коронки было проведено долотом с прямым лезвием.

Рис. 11-11. С помощью элеватора сначала удалили щечную, а затем и язычную часть коронки.

Рис. 11-12. Удалили оставшуюся часть корня.

Рис. 11-13. Наложили четыре шва.

Рис. 11-14. Оклюзионный вид удаленного зуба, который был разделен на три части.

Рис. 11-15. Щечный вид удаленного зуба. Нижняя часть больше, чем верхняя.

Довольно часто встречаются ситуации, когда зубы не удается удалить, несмотря на кажущуюся простоту предполагаемой экстракции.

Такое может произойти, если корень третьего моляра относительно длинный

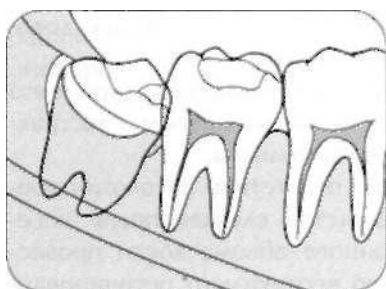
или недостаточно пространства между дистальной поверхностью второго моляра и передней границей ветви нижней челюсти. Попытка удаления с использованием чрезмерного усилия может привести к вывихиванию второго моляра. В таких случаях удаление ретинированного зуба может быть достигнуто с помощью распила медиальной части корня (рис. 11-16-Ф), разделения множественных корней (рис. 11-16-Ф) или иссечения дистального участка альвеолярной кости (рис. 11-16-Ф). До начала проведения вмешательства рекомендуется четко определить положение передней границы ветви нижней челюсти с помощью рентгенограмм или внутриротовой пальпации, чтобы отвести достаточное время, которое может понадобиться для экстракции при наличии минимального пространства позади дистальной поверхности второго моляра.

12



Вертикально ретинированные третьи моляры

Классификация и клинический случай простой экстракции



Чаще всего вертикально ретинированные третьи моляры нижней челюсти с частично проросшими коронками имеют одиночные конические корни. Даже при наличии нескольких корней их форма приближается к конической. Изогнутые корни встречаются крайне редко. В основном методика экстракции вертикально ретинированных третьих моляров не отличается от удаления других третьих моляров нижней челюсти. Во многих случаях проведение экстракции не вызывает трудностей. В подобной ситуации для удаления третьих моляров нижней челюсти вполне достаточно щипцов с длинными щечками (рис. 12-1).

Классификация, основанная на глубине залегания и локализации передней границы ветви нижней челюсти

Для определения степени сложности экстракции вертикально ретинированных третьих моляров последние классифицируют по глубине залегания и локализации передней границы ветви нижней челюсти (рис. 12-2). Чем глубже залегает зуб и ближе расположена передняя граница ветви, тем больший объем кости покрывает зуб, а значит большее ее количество необходимо иссечь для обеспечения доступа к зубу во время экстракции. Степень сложности экстракции возрастает (сверху вниз) в порядке $A < B < C$ и (справа налево) в порядке $\textcircled{A} < \textcircled{B} < \textcircled{C}$.

Клинический случай с легкой экстракцией и иссечением минимального объема кости

Пациент: женщина, 22 года.

Основная жалоба пациентки на дискомфорт при жевании. Обнаженная коронка зуба № 48 не визуализировалась при внутриротовом осмотре (рис. 12-3), рент-

Рис. 12-1.
Щипцы для удаления третьих моляров



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

генограмма подтвердила наличие вертикально ретинированного третьего моляра (рис. 12-4). Данный случай соответствует классу **B-®** по классификации (рис. 12-2). Экстракцию зуба можно провести с иссечением небольшого объема кости.

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: низкая

- а. Глубина залегания: глубокая; полностью ретинирован
- б. Покрытие костью: минимальное
- с. Наклон оси: вертикальный
- а¹. Конфигурация и количество корней: два коротких корня

Продолжительность операции: приблизительно 20 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: необходимо

Секционирование зуба: нет необходимости

Степень хирургической травмы: минимальная

Успешная экстракция подтвердила предполагаемые данные.

Методика вмешательства

Рис. 12-5. С дистальной стороны зуба № 47 проведен разрез и рассечены циркулярные волокна пародонтальной связки. После откидывания слизисто-надкостничного лоскута и обнажения зуба № 48 обнаружили, что коронка покрыта костью до уровня окклюзионной поверхности. Для улучшения визуализации на щечной поверхности в проекции зуба № 47 провели вертикальный послабляющий разрез.

Рис. 12-6. Небольшой объем кости, покрывающей зуб, был иссечен с помощью долота с округлым лезвием.

Рис. 12-7. После введения элеватора и его поворота против часовой стрелки экстракция была легко выполнена.

Рис. 12-8. При отсутствии патологии корней в большинстве случаев после иссечения небольшого объема кости провести экстракцию вертикально ретинирован-



Рис. 12-3



Рис. 12-4



Рис. 12-5



Рис. 12-6



Рис. 12-7

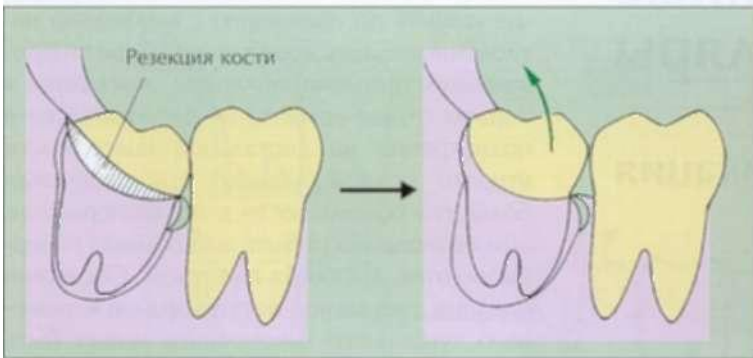


Рис. 12-8

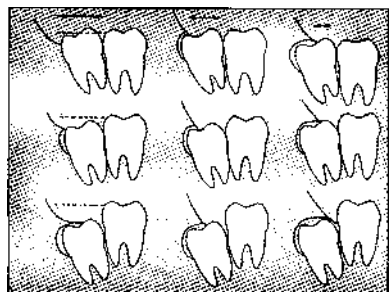


Рис. 12-9

ных третьих моляров относительно несложно.

Рис. 12-9. После использования костного рашпиля провели санацию раны, репозиционировали лоскут и наложили три шва.

13



Дистально наклоненные ретинированные третьи моляры

Классификация

Для определения степени сложности экстракции дистально наклоненных ретинированных третьих моляров последние классифицируют по глубине залегания и локализации передней границы ветви нижней челюсти (рис. 13-1). Методика экстракции аналогична удалению других третьих моляров нижней челюсти, когда необходимо иссечение большого объема кости при глубоком залегании и близком расположении передней границы ветви и дистальной поверхности второго моляра. Степень сложности экстракции возрастает в порядке $A < B < C$ и $\phi < \odot < @$.

Методика экстракции дистально наклоненных ретинированных третьих моляров нижней челюсти

Хирургическое вмешательство заключается в иссечении кости и секционировании коронки в дистальном отделе, так же как при экстракции медиально наклоненных ретинированных третьих моляров. Вертикально ретинированные зубы, может быть, проще удалить по сравнению с медиально наклоненными или горизонтально ретинированными третьими молярами, поскольку в первом случае коронка не располагается в поднутрении на дистальной поверхности второго моляра. Однако при иссечении большого объема кости в послеоперационном периоде могут быть выраженные геморагия, отек, дисфагия или тризм. Секционирование дистальной части коронки с помощью турбинного наконечника может быть затруднено, что может потребовать некоторой изобретательности при проведении вмешательства. Случаи со значительным дистальным наклоном встречаются редко, поэтому варианты методики в основном зависят от объема кости, покрывающей дистальную поверхность коронки (рис. 13-2).

Например, третий моляр, соответствующий классу $A-\odot$ по классификации (рис. 13-1), можно удалить довольно легко после иссечения незначительного объема кости в дистальном участке (рис. 13-2-а). Третьи моляры, соответствующие классу $A-\phi$, можно удалить, иссекая кость и секционируя дистальную часть коронки (рис. 13-2-б). Третьи моляры, соответствующие

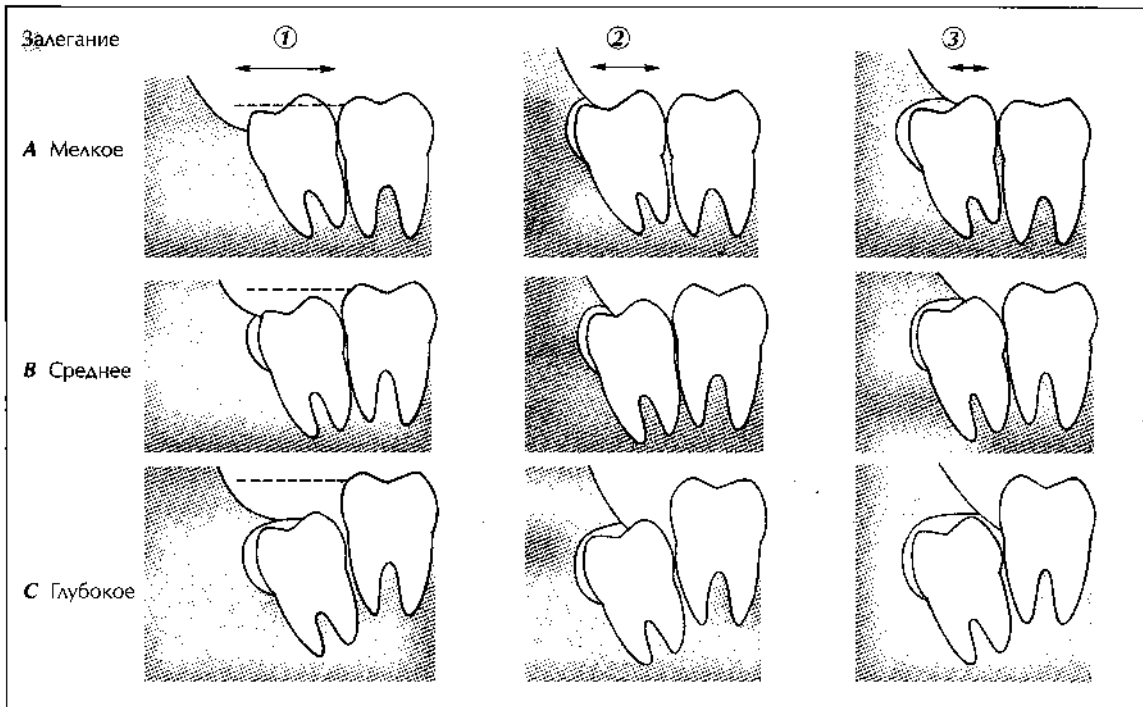


Рис. 13-1. Классификация дистально наклоненных третьих моляров нижней челюсти в зависимости от глубины залегания и локализации передней границы ветви

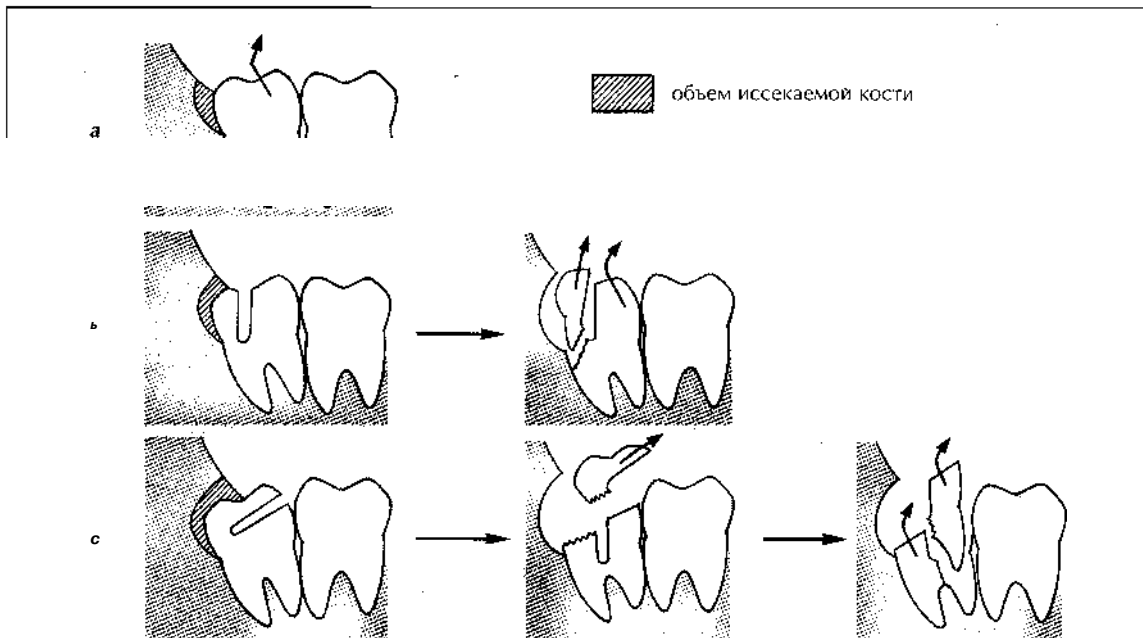


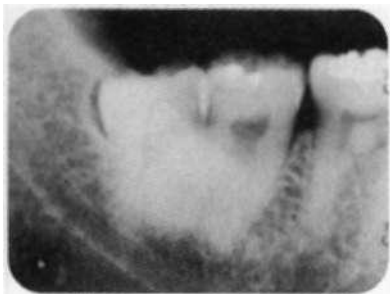
Рис. 13-2. Методика экстракции дистально наклоненных третьих моляров нижней челюсти

ющие классу **В-ф**, удаляют, отсекая кость и секционируя зуб на три части (рис. 13-2-с).

Несмотря на возможность экстракции зуба при иссечении большого объема дис-

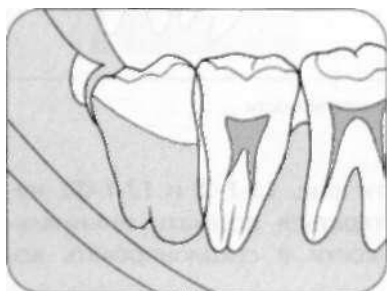
тальной кости (рис. 13-1-а и 13-1-б), необходимо стараться отсекал минимальный объем кости и секционировать коронку.

14



Дистально наклоненные ретинированные третьи моляры

Клинический случай, потребовавший резекции дистального участка кости



Дистально наклоненные ретинированные третьи моляры нижней челюсти встречаются довольно редко по сравнению с медиально наклоненными или горизонтально ретинированными молярами. Несмотря на то что в большинстве случаев выполнить экстракцию можно относительно просто, во время удаления следует соблюдать осторожность, поскольку ситуация может оказаться более сложной, чем казалось вначале.

Клинический случай экстракции после иссечения небольшого объема кости в дистальном участке

Пациент: женщина, 43 лет.

Основная жалоба пациентки на боль в области зуба № 48. При проведении внутривидеовизионного обследования обнаружен частично ретинированный зуб № 48 с обнаженной медиальной частью коронки. Дистальная часть коронки покрыта десной (рис. 14-1). На рентгенограмме обнаружены небольшой дистальный наклон зуба № 48 и крестообразная резорбция кости в дистальном участке (рис. 74-2). На основании данных внутривидеовизионного осмотра и рентгенологического исследования были определены условия экстракции. Настоящий третий моляр соответствует классу **A-ф** по классификации, представленной на рис. 13-1. Экстракция может быть выполнена с помощью иссечения небольшого объема прикрывающей коронку кости в дистальном отделе.

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: довольно высокая

- а. Глубина залегания: небольшая; зуб частично ретинирован и развернут
- б. Покрытие костью: минимальное
- с. Наклон оси: дистально на 10°
- о¹. Конфигурация и количество корней: два немного увеличенных корня

Продолжительность операции: приблизительно 30 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: необходимо в дистальном участке

Секционирование зуба: нет необходимости

Степень хирургической травмы: минимальная

Рис. 14-1



Рис. 14-3

Рис. 14-2



Рис. 14-4



Рис. 14-5



Рис. 14-6



Рис. 14-7

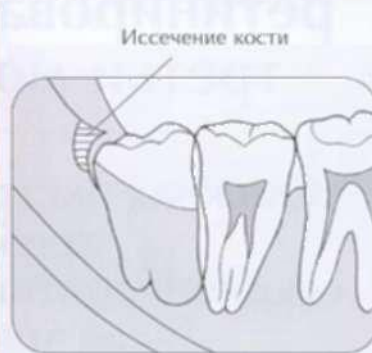


Рис. 14-8

На основании представленных выше данных была проведена успешная экстракция в условиях проводниковой анестезии нижней челюсти.

Методика вмешательства

Рис. 14-3. Серповидным скальпелем с дистальной стороны зуба № 48 проведен разрез и рассечены циркулярные волокна пародонтальной связки в области шейки зуба. Брюшистым скальпелем в дистально-шеечном отделе в проекции зуба № 47 проведен вертикальный послабляющий разрез и откинут слизисто-надкостничный лоскут. Рис. 74-4. С помощью долота с округлым

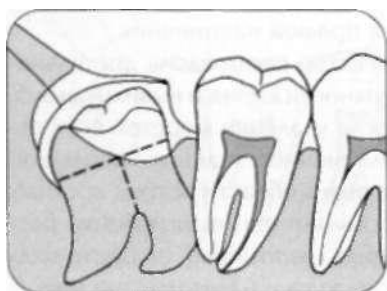
лезвием иссекли участок кости, прикрывающей дистальную часть коронки зуба № 48. Рис. 74-5. Для расширения пространства пародонтальной связки кость, окружающую шейку зуба № 48 с дистальной стороны, иссекли с помощью шаровидного бора, используя прямой наконечник. Рис. 74-6. Элеватор ввели вдоль дистально-шеечной поверхности корня и вывихнули зуб. Рис. 74-7. После удаления кюретой всех остатков грануляционной ткани и небольшой альвеолопластики в области острых костных краев рану промыли физиологическим раствором, провели репозицию слизисто-надкостничного лоскута и наложили три шва.

15



Дистально наклоненные ретинированные третьи моляры

Сложная экстракция, требующая секционирования зуба на три части



В некоторых случаях экстракцию дистально наклоненных зубов провести очень сложно. Часто приходится прибегать к секционированию корней в зависимости от их состояния после отделения коронки. Помните об этом при анализе рентгенограмм.

Клинический случай экстракции после иссечения кости, покрывающей зуб, и секционирования зуба на три части

Пациент: мужчина, 22 года.

Основная жалоба пациента на ощущение дискомфорта в области зуба № 48. При проведении внутриротового обследования обнаружена адентия в области зуба № 48, бугорок зуба № 1 контактирует с десной над зубом № 48 (рис. 15-1).

На рентгенограмме обнаружен дистально наклоненный полностью ретинированный зуб № 48 с заметной резорбцией кости в области коронки (рис. 15-2). Данный третий моляр соответствует классу **В-ф** по классификации, представленной на рис. 13-1. Было принято решение использовать методику экстракции, аналогичную показанной на рис. 13-2-с.

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: очень высокая

- а. Глубина залегания: глубокая; полностью ретинирован
- б. Покрытие костью: значительное
- с. Наклон оси: дистально, приблизительно на 30°
- а¹. Конфигурация и количество корней: два отдельных корня с дистальным изгибом

Продолжительность операции: приблизительно 60 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: необходимо иссечение большого объема

Секционирование зуба: на три части

Степень хирургической травмы: значительная

Методика вмешательства

Рис. 15-3. В области зуба № 48 откинули слизисто-надкостничный лоскут и долотом



Рис. 15-1



Рис. 15-2



Рис. 15-3



Рис. 15-4

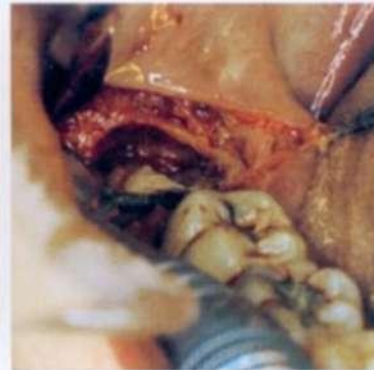


Рис. 15-5



Рис. 15-6



Рис. 15-7



Рис. 15-8

с округлым лезвием иссекли кость, покрывающую коронку зуба № 48.

Рис. 15-4. Для создания достаточного пространства с помощью шаровидного бора иссекли прилегающую кость в дистальнощечном отделе.

Рис. 15-5. Секционирование коронки проведено по горизонтали с использованием турбинного бора, как показано на рис. 15-11.

Рис. 75-6. Откальвание коронки проведено уларом долота с прямым лезвием, после чего коронку удалили.

Рис. 75-7. Оставшиеся медиальный и дистальный корни были секционированы с помощью турбины и долота с прямым лезвием.

Рис. 75-8. С помощью элеватора удалили сначала медиальный корень, а затем дистальный.

Рис. 75-9. В области вертикального послабляющего разреза наложен один шов и три шва - в области дистального разреза.

Рис. 75-70. Вид удаленного зуба, разделенного на три части.



Рис. 15-9

У
Я

Рис. 15-10

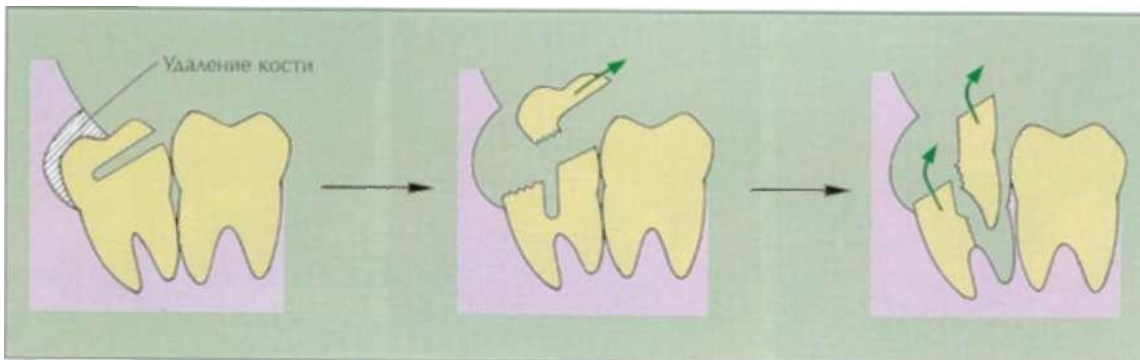


Рис. 15-11. Методика экстракции в настоящем случае включает иссечение дистальной кости и секционирование

Степень сложности экстракции дистально наклоненных ретинированных третьих моляров нижней челюсти определяют на основании глубины залегания зуба -

и более важными аспектами хирургического вмешательства. Однако при адекватном планировании и достаточной подготовке



Рис. 16-2

Рис. 16-3



Рис. 16-4

Рис. 16-5

решили в области правого моляра, для чего попросили пациентку сомкнуть зубы и откинуться назад, а тубус рентгеновского аппарата направили снизу нижней челюсти (рис. /6-4). Такой прикусной снимок подтвердил язычное направление коронки и неполное развитие корня (рис. 16-5).

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: довольно высокая

- а. Глубина залегания: глубокая; полностью ретинирован
- б. Покрытие костью: значительное
- с. Наклон оси: в сторону, коронка направлена язычно
- а'. Конфигурация и количество корней: сформированы не полностью

Продолжительность операции: приблизительно 30 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: необходимо

Секционирование зуба: поперечное отделение коронки

Степень хирургической травмы: значительная

На основании представленных данных была выполнена экстракция в условиях проводниковой анестезии нижней челюсти.

Методика вмешательства

Рис. 16-6. С дистальной и медиально-щечной сторон зуба № 47 провели разрезы, откинули слизисто-налкостничный лоскут и обнажили подлежащую кость.

Рис. 16-7. Используя обильную ирригацию с помощью шаровидного бора № 3 и прямого наконечника провели перфорацию кортикальной кости для обеспечения доступа к ретинированному зубу. При наличии толстой кортикальной пластины перелом кости может произойти непредсказуемо в различных направлениях - этого можно избежать, заранее проделав отверстия с помощью бора. Во время иссечения кости, прилегающей к шейке второго моляра, необходимо соблюдать крайнюю осторожность. Старайтесь избегать в послеоперационном периоде формирования пародонтального кармана с дистальной стороны второго моляра.

Рис. 16-8. После объединения отверстий с помощью долота с округлым лезвием уда-



Рис. 16-6



Рис. 16-7



Рис. 16-8

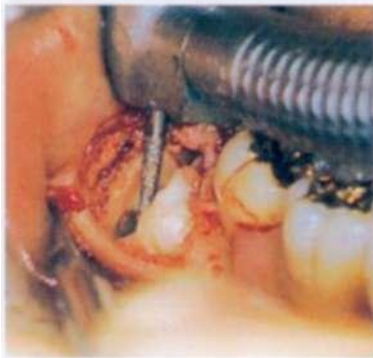


Рис. 16-9



Рис. 16-10

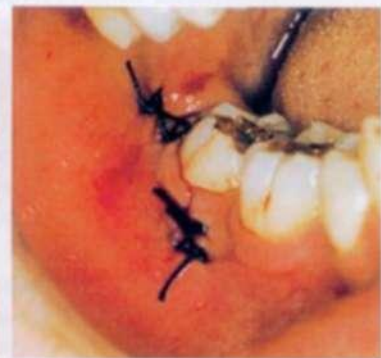


Рис. 16-11

лили цельный участок кости, создали доступ и обнажили коронку.

Рис. 76-9. С помощью турбинного бора провели поперечное секционирование коронки и откололи ее долотом с плоским лезвием. Сепарирование было достаточно простым, поскольку корень не был полностью сформирован.

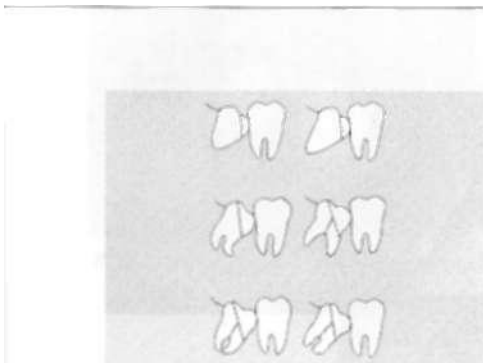
Рис. 76-70. Медиальную и дистальную части удалили с помощью элеватора. Остатки зубного фолликула и грануляционную ткань удалили острой кюретой. После сглаживания рапилом острых костных выступов лунку промыли физиологическим раствором.

Рис. 76-77. Провели репозицию и ушивание слизисто-надкостничного лоскута. В завер-

шение операции лоскут адаптировали к кости, надавливая пальцами.

В большинстве случаев щечно или язычно направленные ретинированные третьи моляры полностью погружены в кость. Экстракция может быть проведена при иссечении кости до уровня коронки. При правильном выполнении методики во время секционирования коронки удаление зуба проходит достаточно просто, с минимальной травматизацией пациента. Поскольку в большинстве случаев не происходит окончательного развития корней, необходимо иссечение лишь минимального объема кости.

17



В некоторых случаях не удается провести легкое вывихивание корня, несмотря на правильное секционирование коронки. Если это происходит, необходим повторный анализ рентгенограммы с целью обнаружения патологии развития корней (рис. 17-1). В тех случаях, когда кончик корня виден нечетко, необходимы новые снимки. Если медиальный наклон двух ретинированных третьих моляров одинаков, то степень сложности будет зависеть от количества и конфигурации корней (рис. 17-2). Короткие одиночные корни удалить проще всего, в то время как изогнутые и увеличенные корни, захватывающие кость, удалить очень сложно.

- Изогнутые корни
- Увеличенные корни
- Расходящиеся (дивергирующие) корни
- Корни, захватывающие кость (конвергирующие)
- Корни с адгезией к кости
- Множественные корни
- Длинные тонкие корни
- Уплощенные корни

Рис. 17-1. Аномалии корней, затрудняющие экстракцию

Аномалии корней

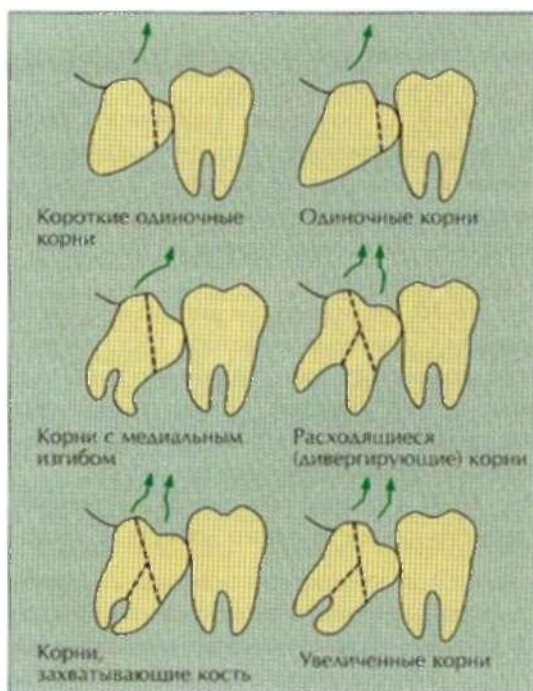
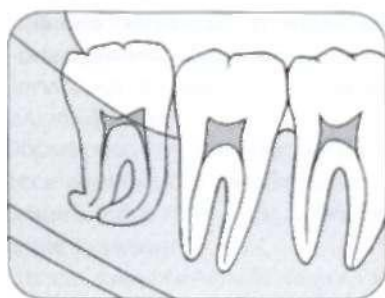


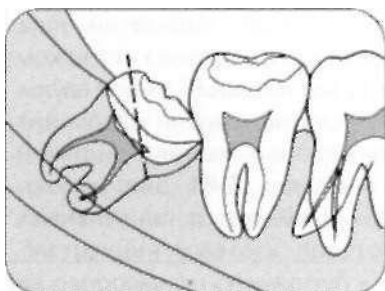
Рис. 17-2. Степень сложности экстракции зависит от конфигурации и количества корней

18



Аномалии корней

Изогнутые корни



Во многих случаях экстракция осложняется наличием изогнутых корней, поэтому очень важно перед проведением вмешательства сделать рентгеновские снимки, чтобы оценить степень изгиба, направление и количество корней. Иногда корень бывает изогнут на всем протяжении, а иногда изогнут только его кончик. В последнем случае кончик корня может сломаться, что приведет к более значительному усложнению экстракции.

Методика экстракции третьих моляров с изогнутыми корнями

Методика экстракции зависит от степени изгиба корней. При наличии слабо выраженной изогнутости элеватором вращают корень по направлению к изогнутой стороне, постепенно прилагая нагрузку в сторону меньшего сопротивления. Это позволяет увеличить лунку, вывихнуть и удалить зуб. При наличии выраженного изгиба корня удаление зуба выполняют иссечением большого объема кости в межкорневом и щечном участках. Экстракция зубов с несколькими корнями сложнее по сравнению с экстракцией зубов, имеющих одиночные корни. Необходимо принимать во внимание направление изгиба каждого из корней во время вывихивания; достаточно часто приходится прибегать к секционированию корня.

Типы изогнутых корней и метод экстракции медиально наклоненных ретинированных третьих моляров нижней челюсти представлены на рис. **18-1**. При наличии дистально изогнутых корней третьих моляров необходимо иссечь дистальный участок альвеолярной кости после секционирования и удаления коронки. Затем вводят элеватор в пародонтальную щель с медиально-щечной стороны зуба, отталкивают корень дистально и удаляют его (рис. **18-1-А**). При наличии медиально изогнутых корней третьих моляров секционируют значительную часть коронки, вводят элеватор с дистальной стороны, смещают коронку дистально и удаляют ее (рис. **18-1-В**). При наличии изгиба медиального и дистального корней в разные стороны проводят секционирование зуба на три части. Элеватор вводят

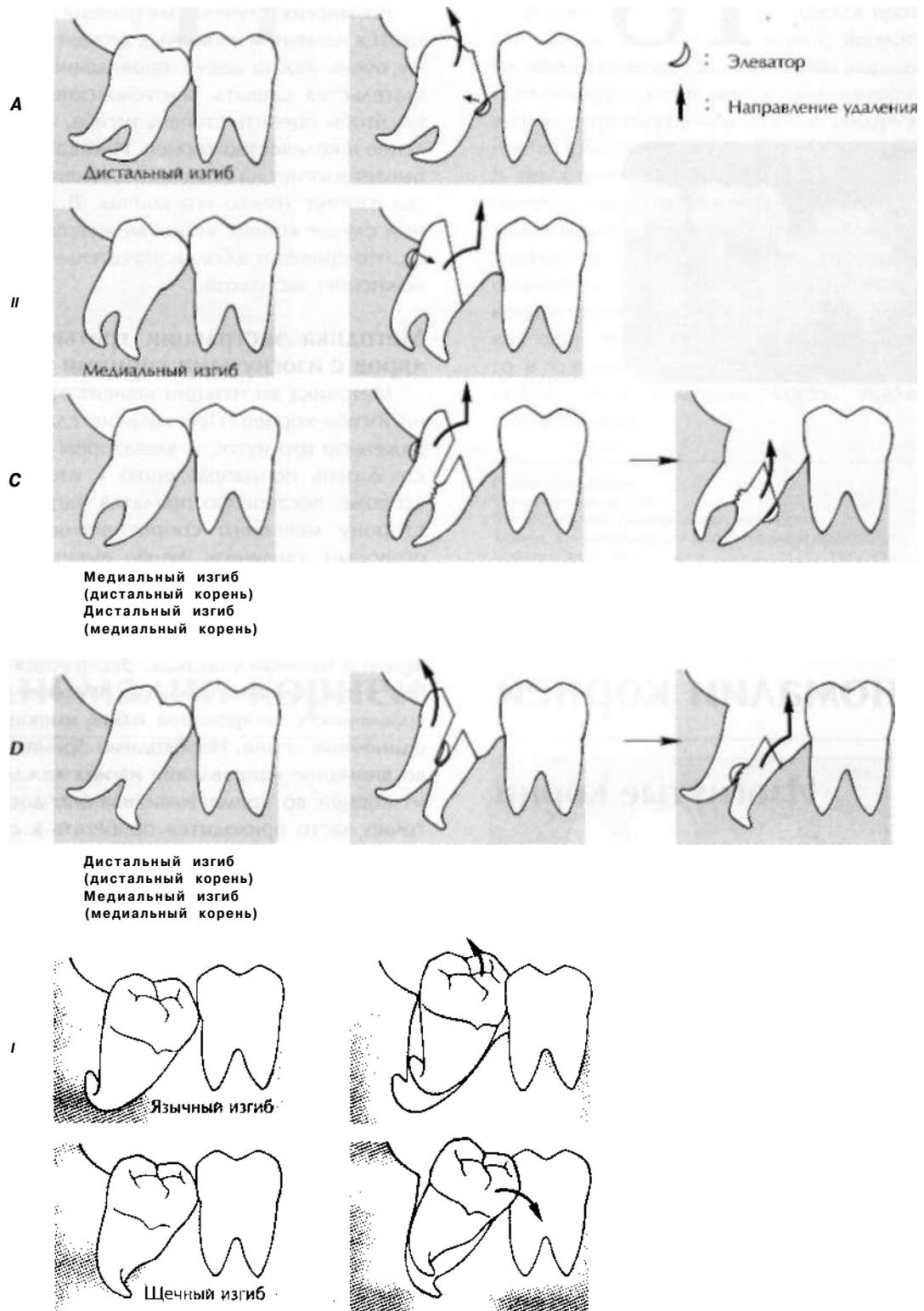


Рис. 18-1



Рис. 18-2



Рис. 18-3

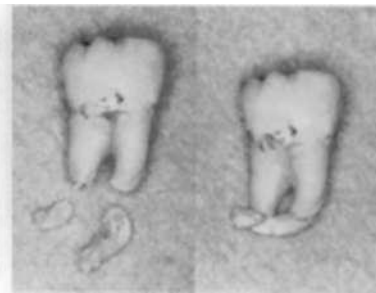


Рис. 18-4

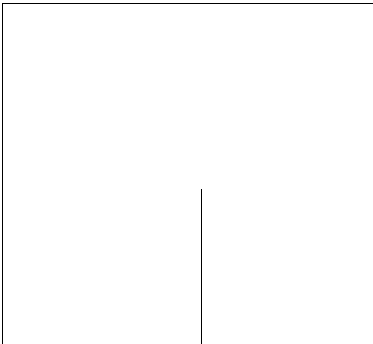


Рис. 18-5



Рис. 18-6

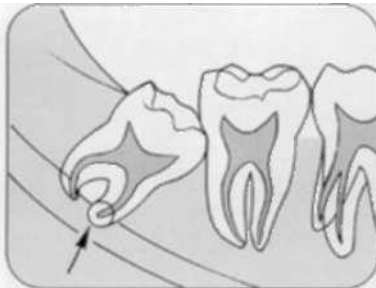


Рис. 18-7

с противоположной стороны от соответствующего корня и смещают сначала дистальный, а затем медиальный корень в направлении изгиба и удаляют их (рис. 18-1-С, О). Если корень зуба изогнут в щечном или язычном направлении, то проводят постепенное расширение пародонтальной щели в направлении изгиба и удаляют корень (рис. 18-1-Е, Г).

Предосторожности, которые необходимо соблюдать при экстракции зубов с изогнутыми корнями

1. Убедитесь в состоянии кончика корня на рентгенограмме.

Часто перед экстракцией выполняют панорамную рентгенограмму, однако это не позволяет получить четкого изображения корня. Исключительно важно иметь дополнительные снимки, чтобы была возможность своевременно обнаружить патологию корня. Попытки удалить правый третий моляр нижней челюсти только на основании данных панорамной рентгенограммы (рис. 18-2) привели к затруднению вывихивания и перелому кончика корня. Экстракция казалась простой, поскольку на панорамном снимке зуб кажется верти-

кальным, частично ретинированным. После проведения повторной прицельной рентгенографии оказалось, что и медиальный, и дистальный корни имели выраженный дистальный изгиб (рис. 18-3). Сломанные корни были аккуратно удалены с помощью экскаватора в виде ложки (рис. 18-4). 2. Соблюдайте осторожность при экстракции медиально и щечно изогнутых корней.

Базовая методика экстракции третьих моляров предполагает вывихивание и экстракцию зуба посредством введения элеватора в пародонтальную щель вдоль медиально-щечной поверхности зуба. Перелом или переломы альвеолярной кости могут произойти в случае наличия медиально или щечно-изогнутых корней, когда нагрузка, оказываемая на элеватор, концентрируется в области кончиков корней (рис. 18-5).

Клинический случай экстракции ретинированного третьего моляра при наличии щечного изгиба корня, что привело к перелому кончика корня Пациент: мужчина, 19 лет.

Основная жалоба пациента на тупую боль в области зуба № 48. Несмотря на от-



Рис. 18-8



Рис. 18-9



Рис. 18-10



Рис. 18-11



Рис. 18-12



Рис. 18-13

существование визуализации коронки корня при проведении внутриворотного осмотра, на прицельной рентгенограмме обнаружен ретинированный третий моляр с медиальным наклоном на 45° (рис. 18-6). Обратите внимание на состояние кончика медиального корня на рентгенограмме. Кончик корня виден неотчетливо, имеет округлую форму, а камера пульпы близко прилежит к кончику. Такое изображение позволяет заподозрить щечный или язычный наклон корня.

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: высокая

- а. Глубина залегания: глубокая; полностью ретинированный третий моляр
- б. Покрытие костью: минимальное
- с. Наклон оси: медиальный наклон
6. Конфигурация и количество корней: два корня, дистальный корень изогнут медиально, медиальный корень изогнут либо щечно, либо язычно
- е. Отношение к каналу: близкое расположение

Продолжительность операции: 40-60 мин
 Формирование лоскута: необходимо
 Иссечение кости: необходимо
 Секционирование зуба: секционирование коронки в пришеечной области
 Степень хирургической травмы: значительная

На основании представленных данных была выполнена успешная экстракция в условиях проводниковой анестезии нижней челюсти.

Методика вмешательства

Рис. 18-8. Изогнутым серповидным скальпелем провели разрез в области зуба № 48 и рассекли циркулярные волокна пародонтальной связки зуба № 47.

Рис. 18-9. В медиально-щечной проекции зуба № 47 брюшистым скальпелем сделали вертикальный послабляющий разрез и откинули слизисто-надкостничный лоскут.

Рис. 18-10. Долотом с округлым лезвием иссекли щечный участок кости, прикрывающий пришеечную часть коронки.

Рис. 18-11. Секционирование коронки в



Рис 18-14

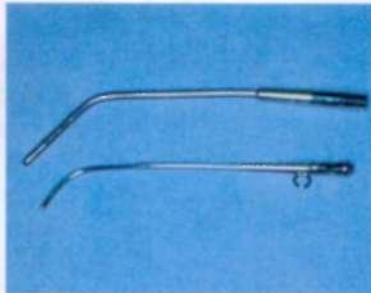


Рис. 111-111

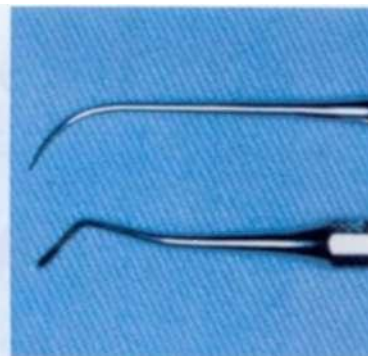


Рис. 111-111,

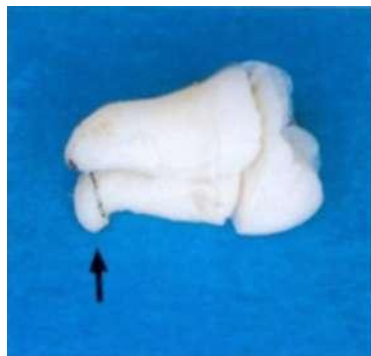


Рис. 18-17

Рис. 111-111

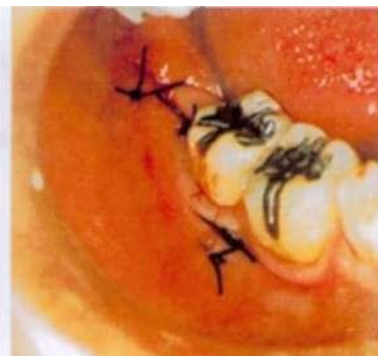


Рис. 18-14

пришеечной области провели турбинным бором.

Рис. 18-12. Подлежащую несекционированную часть коронки раскололи долотом с плоским лезвием, и удалили коронку с помощью элеватора.

Рис. 18-13. Элеватор ввели в пародонтальную щель в щечно-дистальной области корня для вывихивания оставшейся части.

Рис. 18-14. Несмотря на некоторую подвижность части корня, его вывихнуть не удалось, а удаление сопровождалось щелчком. При осмотре медиального корня удаленного зуба был обнаружен перелом, что означало наличие в лунке кончика корня. В основании дистальной части лунки визуализировались нижний луночковый нерв и сосуды. Сначала лунку тщательно промыли физиологическим раствором, чтобы обес-

печатить четкий обзор операционного поля. Затем с помощью хирургического отсоса с тонким наконечником очистили лунку (рис. 18-15). Сломанный кончик корня аккуратно удалили с помощью экскаватора в виде ложки или тонкого остроконечного зонда, стараясь избежать проталкивания отломка в просвет нижнечелюстного канала. Для обеспечения гемостаза в подобных случаях можно использовать оксидированную целлюлозу (Биг^1се1) или пенообразный гель (Се1(оат), смоченные в тромбине.

Рис. 18-17. Вид удаленного зуба и сломанного кончика корня.

Рис. 18-18. Сломанный кончик корня был изогнут в щечную сторону.

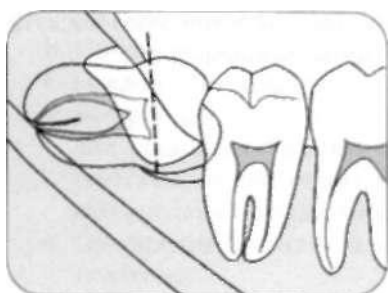
Рис. 18-19. Операция завершена после репозиции слизисго-надкостничного лоскута и наложения четырех швов.

19



Аномалии корней

Увеличенные корни



Увеличение корней может быть врожденным или приобретенным. В первом случае это может произойти в результате гиперплазии дентина. Приобретенное увеличение корней часто обнаруживают у ретинированных зубов, третьих моляров или зубов, которые не имеют антагонистов. Это происходит в результате пролиферации вторичного цемента. Перелом корня или альвеолярной кости может произойти при оказании чрезмерной нагрузки во время экстракции, когда выполняющий манипуляцию специалист не знает о наличии увеличенных корней. Во избежание осложнений перед экстракцией необходимо тщательное рентгенографическое исследование зуба.

Методика экстракции ретинированных третьих моляров с увеличенными корнями

Увеличенные корни бывают двух видов: увеличение всего корня (рис. 19-1) или увеличение кончика корня (рис. 19-2). В любом случае при выполнении экстракции необходимо иссекать кость, чтобы создать достаточное пространство для удаления увеличенной части корня.

Например, ретинированный третий моляр с увеличенным корнем удаляют после создания пространства путем иссечения



Рис. 19-1

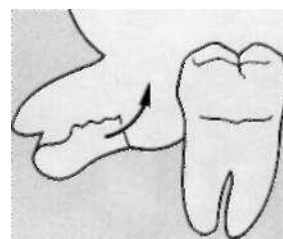
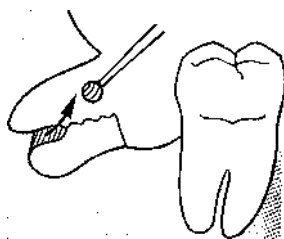
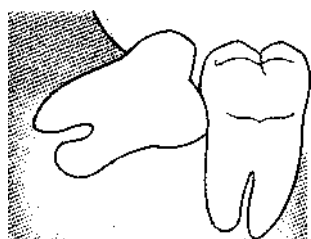


Рис. 19-2

Увеличение всего корня

Иссечение кости

Рис. 19-3



Увеличение кончика корня

Иссечение кости

Рис. 19-4

значительного объема кости. Иссечение кости необходимо проводить до уровня увеличенной части на щечной и дистальной поверхностях после секционирования и удаления коронки (рис. 19-3). При экстракции ретинированных третьих моляров, у которых увеличены только кончики корней, коронку и корень нормального размера удаляют после секционирования зуба на три части. После этого иссекают межкорневой участок кости и удаляют оставшийся корень (рис. 19-4).

Клинический случай экстракции горизонтально ретинированного третьего моляра с помощью иссечения щечного и дистального участков кости до уровня увеличенного корня

Пациент: мужчина, 31 год.

Основная жалоба пациента на тупую боль в области зуба № 48. Во время внутривидеоскопического осмотра обнаружена коронка зуба № 48 (рис. 19-5). На рентгенограмме - горизонтально ретинированный зуб № 48 (рис. 19-6) с резорбцией кости под коронкой.

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: очень высокая

- а. Глубина залегания: незначительная; высоко расположенный частично ретинированный третий моляр
- б. Покрытие костью: минимальное
- с. Наклон оси: горизонтальный
- е1. Конфигурация и количество корней: два увеличенных корня
- е. Отношение к каналу: непосредственный контакт

Продолжительность операции: приблизительно 60 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: необходимо иссечение большого объема кости

Секционирование зуба: секционирование коронки в пришеечной области

Степень хирургической травмы: значительная

На основании представленных данных была выполнена успешная экстракция в условиях проводниковой анестезии нижней челюсти.

Рис. 19-5

Рис. 19-6

Рис. 19-7



Рис. 19-11



Рис. 19-9



Рис. 19-10



Рис. 19-11



Рис. 19-12



Рис. 19-13

Методика вмешательства

Рис. 19-7. Брюшистым скальпелем провели разрезы с дистальной стороны зуба № 48 и вестибулярной зуба № 47. Серповидным скальпелем рассекли циркулярные волокна пародонтальной связки. Откинули слизисто-налкостничный лоскут и обнажили кость. После иссечения надлежащей кости в щечном и дистальном отделах с помощью долота с округлым лезвием секционировали коронку в пришеечной области бором в турбинном наконечнике.

Рис. 19-8. С щечной стороны в распил ввели долото с плоским лезвием, и ударом молоточка отделили коронку. После этого элеватором коронку удалили.

Рис. 19-9. Элеватор ввели в пространство пародонтальной связки с дистальной стороны зуба и предприняли безуспешные попытки вывихивания корня.

Рис. 19-10. С помощью прямого наконечника и шаровилного бора № 3 с ирригацией физиологическим раствором иссекли дистальный и щечный участки кости.

Рис. 19-11. Для создания дополнительного пространства в пародонтальной щели использовали бор меньшего диаметра (№ 2) и иссекли кость до уровня увеличенной части корня.

Рис. 19-12. Экстракция была проведена без каких-либо затруднений с помощью вывихивания элеватором.

После экстракции острые выступы кости сгладили костным рашпилем, промыли лунку физиологическим раствором, затем провели репозицию слизисто-надкостничного лоскута и наложили швы.

Рис. 19-13. Представлен удаленный зуб с увеличенным корнем.

Клинический случай с секционированием увеличенного корня



Рис. 19-14

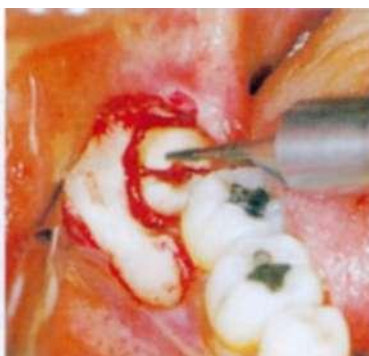


Рис. 19-15



Рис. 19-16



Рис. 19-17



Рис. 19-18



Рис. 19-14. Обратите внимание на увеличенный дистальный корень.

Рис. 19-15. Корень не был подвижен, даже несмотря на попытки вывихивания его с помощью элеватора после секционирования и удаления коронки, как в предыдущем случае. Секционирование корня было проведено с помощью наконечника и фиссурного бора № 701 с обильной ирригацией.

Рис. 19-16. Корень был разделен на две части долотом с плоским лезвием.

Рис. 19-17. Элеватор ввели между корнями и сначала удалили дистальный корень.

Рис. 19-18. Затем удалили медальный корень.

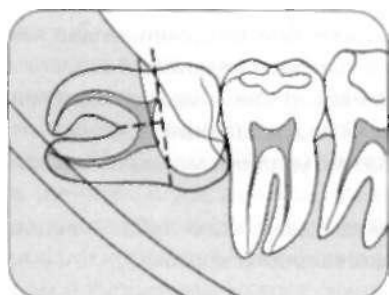
Рис. 19-19. Вид удаленного зуба - явное увеличение дистального корня.

20



Аномалии корней

Корни, окружающие кость



В некоторых случаях медиальный и (или) дистальный корни изогнуты настолько сильно по направлению друг к другу, что формируют своеобразное кольцо, которое окружает межкорневой участок кости. Хотя подобная деформация корней встречается достаточно редко, она в значительной степени усложняет экстракцию зуба. Вне зависимости от доступа к корню при проведении вывихивания практически не удастся сместить зуб. В подобных случаях крайне трудно определить, из-за чего происходит затруднение вывихивания, поэтому стоматолог, выполняющий манипуляцию, не может своевременно принять правильное решение и напрасно тратит время. В результате можно сломать корень зуба или альвеолярную кость, что потребует еще больших затрат времени для устранения повреждения. Вот почему так важно для своевременного выявления окружающих кость корней тщательное рентгенологическое обследование до операции.

Рентгенографические признаки окружения кости корнями

На рис. 20-1 представлен горизонтально ретинированный третий моляр, дистальный контур которого изогнут и контактирует с медиальным корнем, окружая межкорневой участок кости.

На рис. 20-3 представлена панорамная рентгенограмма, на которой виден медиально наклоненный ретинированный третий моляр. Медиальный корень изогнут в дистальную сторону, его кончик контактирует с дистальным корнем. Кроме того, на снимке видно, что корни окружают кость. Важно определить с помощью рентгенограммы форму пульпарной камеры, поскольку это позволяет определить конфи-



Рис. 20-1

Рис. 20-2. Вид удаленного зуба, показанного на рис. 20-1. Обратите внимание, что кость окружена корнями (стрелка).

Рис. 20-4. Вид удаленного зуба, показанного на рис. 20-3. Обратите внимание, что кость окружена корнями (стрелка).

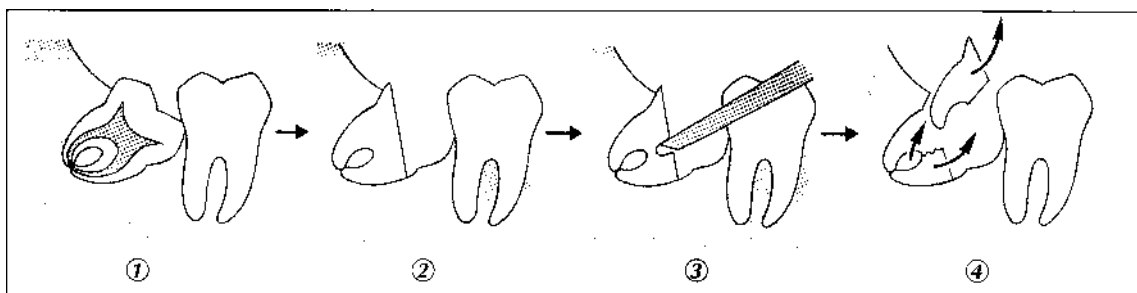


Рис. 20-5. Базовая методика экстракции ретинированных третьих моляров с окружающими кость корнями

гурацию корней при отсутствии их четкого изображения.

Третьи моляры, представленные на рис. 20-1 и 20-3, были удалены после перелома окруженной корнями кости при проведении вывихивания элеватором. На рис. 20-2 и 20-4 показаны удаленные зубы и кость между корнями.

Методика экстракции

При расположении между корнями небольшого количества кости зубы могут быть удалены с помощью выламывания кости при выполнении обычной экстракции. Однако, в тех случаях, когда вывихивание невозможно после секционирования коронки, расщепляют корень долотом с прямым лезвием через распил, проведенный фиссурным бором и понижающим накопечником (рис. 20-5-®). Затем удаляют сначала медиальный, а потом и дистальный корни. В этот момент может возникнуть необходимость иссечь окруженную корнями кость (рис. 20-5-®).

Экстракция третьего моляра нижней челюсти с окружающими кость корнями, что привело к перелому альвеолярной кости

Пациент: женщина, 23 года.

Основная жалоба пациентки на дискомфорт в области зуба № 48. При внутриворотном обследовании обнаружен частично ретинированный зуб № 48 с частичной визуализацией коронки (рис. 20-6). На рентгенограмме - горизонтально ретинированный зуб № 48 (рис. 20-7), два корня которого почти контактируют друг с другом. Обычно при наличии подобной рентгенологической картины предполагается простое удаление, поскольку кажется, что зуб имеет один корень. Однако необходимо внимательно оценить форму полости зуба на рентгенограмме. На данном снимке четко визуализируется полость зуба и медиального и дистального корней. Кончики корней контактируют друг с другом (рис. 20-8). Будьте внимательны: иногда такая рентгенографическая картина соответствует примерам,



Рис. 20-7

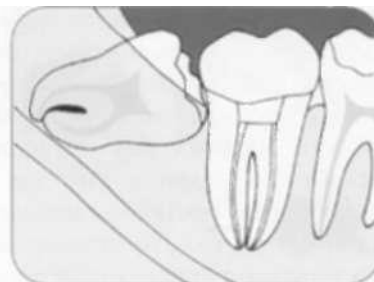


Рис. 20-Я



Рис. 20-9



Рис. 20-10

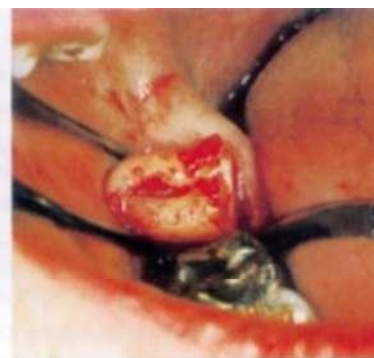


Рис. 20-11

представленным на рис. 20-1 и 20-3, когда корни полностью окружают кость.

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: высокая

- а. Глубина залегания: незначительная
- б. Покрытие костью: минимальное
- с. Наклон оси: горизонтальный
- д. Конфигурация и количество корней: два корня, возможно окружающих кость

Продолжительность операции: приблизительно 40 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: необходимо иссечение небольшого объема кости

Секционирование зуба: секционирование коронки

Степень хирургической травмы: значительная

На основании представленных выше данных была выполнена успешная экстракция в условиях проводниковой анестезии нижней челюсти.

Методика вмешательства

Рис. 20-9. Брюшистым скальпелем провели разрезы с дистальной стороны зуба № 48 и вестибулярной зуба № 47. Серповидным скальпелем рассекли циркулярные волокна пародонтальной связки. Секционировали коронку бором в турбинном наконечнике, долотом с округлым лезвием иссекли щечную часть кости, закрывающую пришеечную область, и удалили коронку.

Рис. 20-10. Ввели элеватор в пародонтальную щель и попробовали вывихнуть оставшуюся часть корня. Однако при смещении корня возникли затруднения. Вывихивание сопровождалось треском - произошел перелом альвеолярной кости.

Рис. 20-11. Если к сломанному участку кости прикреплена челюстно-подъязычная или внутренняя крыловидная мышца, отсекаете прикрепление серповидным скальпелем, одновременно удерживая кость зажимом, чтобы избежать натягивания или разрыва мышцы.

Рис. 20-12. После обследования щечной поверхности удаленного зуба обнаружили кольцевидную форму корней. Корни окружали кость.

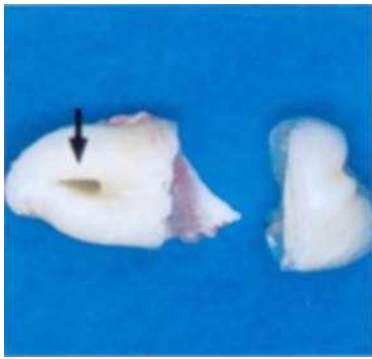


Рис. 20-12. Обратите внимание на межкорневую перегородку (стрелка)

Рис. 20-13

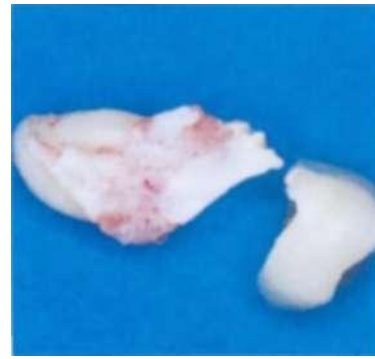


Рис. 20-14



Рис. 20-15. Обратите внимание на участок кости, который был окружен корнями (стрелка)

Рис. 20-16



Рис. 20-17



Рис. 20-18



Рис. 20-19



Рис. 20-13. При виде сверху язычный участок кости очень тонкий.

Рис. 20-14. Язычный вид удаленного зуба.

Рис. 20-15. Язычный вид. Несмотря на попытки отделить кость от поверхности корня, это удалось только после перелома кости в просвете между корнями.

Рис. 20-16. Вид лунки после удаления зуба.

Рис. 20-17. При случайном переломе или повреждении кости альвеолярного отростка во время экстракции, перед тем как ока-

зывать нагрузку, убедитесь в отсутствии острых костных выступов с помощью пальпации гребня указательным пальцем.

Рис. 20-18. Наложили четыре шва, как можно ближе сводя края раны. При наличии повреждения язычной части альвеолярного отростка в послеоперационном периоде могут развиваться тризм, дисфагия и гематома в результате инвазивного вмешательства в области челюстно-подъязычной или внутренней крыловидной мышцы.

Рис. 20-20

Рис. 20-19. Пациент в послеоперационном периоде во время контрольного визита для санации области раны. Несмотря на отсутствие спонтанной боли, были обнаружены тризм и отек в нижней боковой части лица справа, а также подкожный экхимоз (синяк). Впоследствии через три-четыре дня цвет кровоподтека изменился с синего на желтый, через десять дней произошло полное восстановление цвета. Хотя нормальный цвет кожи полностью восстанавливается несмотря на отсутствие лечения, целесообразно назначить гемостатические средства, если пациент высказывает озабоченность относительно косметического результата вмешательства (чаще это касается молодых женщин). Пациентов следует предупреждать о возможности возникновения кровоподтеков, которые со временем исчезают.

Рис. 20-20. В данном случае экстракция может показаться сначала очень легкой, однако оказывается исключительно трудной. Кроме того, эту ситуацию достаточно

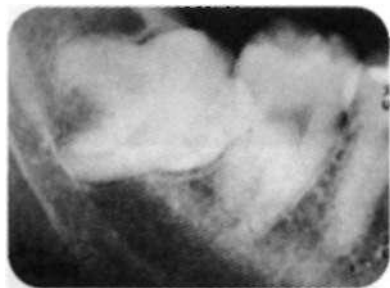
Рис. 20-21

сложно объяснить пациенту. Возможно, зуб располагается между костью нижней челюсти и надкостницей с язычной стороны в области глотки. По данным рентгенограммы, часть правого третьего моляра нижней челюсти осталась в лунке после секционирования. Произошли перелом язычной части альвеолярного отростка и вклинивание зуба в результате использования чрезмерной нагрузки и недостатка пространства.

Рис. 20-21. Твердосплавный бор сломался и застрял в дне полости рта во время секционирования зуба. Твердосплавные боры эффективно режут, но легко ломаются, поэтому они не подходят для секционирования зубов.

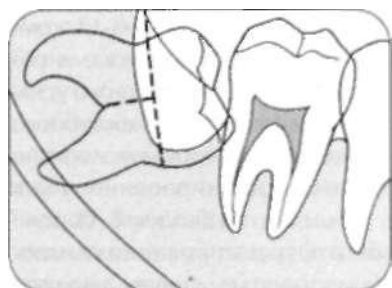
Рис. 20-22. Кончик элеватора сломался и застрял в лунке при попытке удалить части секционированного зуба. Существует способ секционирования элеватором, но в качестве общего правила нужно помнить, что обычно для этого используют долото с прямым лезвием.

21



Аномалии корней

Разделенные корни



Экстракция с секционированием зуба на три части

Пациент: мужчина, 22 года.

Основная жалоба пациента на боль в области зуба № 48. Надавливание на десну в области зуба № 48 приводит к боли. Эксплорером (остроконечным зондом. - *Примеч. пер.*) можно нащупать коронку зуба (рис. **21-1**). На рентгенограмме определяется горизонтально ретинированный третий моляр с разделенными корнями (рис. **21-2**). Снимок был сделан с дистальной стороны в эксцентричной проекции, поскольку в параллельной проекции кончик корня не будет визуализирован.

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: высокая

- а. Глубина залегания: глубокая; зуб № 48 расположен в поднутрении на дистальной поверхности в пришеечной области зуба № 47
- б. Покрытие костью: выраженное
- с. Наклон оси: горизонтальный
- а¹. Конфигурация и количество корней: два четко разделенных корня
- е. Отношение к каналу: медиальный корень почти контактирует с каналом

Продолжительность операции: приблизительно 40-60 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: необходимо иссечение большого объема кости

Секционирование зуба: необходимо

Степень хирургической травмы: значительная

На основании представленных данных была выполнена успешная экстракция в условиях проводниковой анестезии нижней челюсти.

Методика вмешательства

Рис. **21-3**. Разрез с дистальной стороны был проведен немного в щечную сторону между внутренней и наружной косыми линиями, после этого - в дистально-щечной проекции зуба № 47. Серповидным скальпелем рассекли циркулярные волокна пародонтальной связки в области зуба № 47.

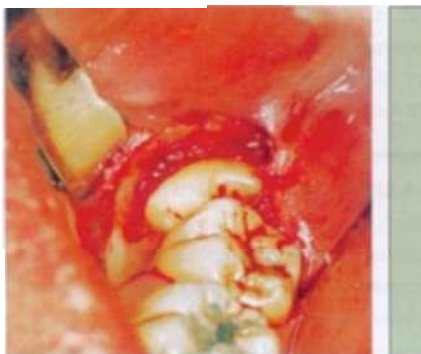


Рис. 21-4

Рис



Рис. 21-6

Рис. 21-7

Рис. 21-8

После формирования и откидывания слизисто-надкостничного лоскута оказалось, что большая часть коронки покрыта альвеолярной костью.

Рис. 21-4. Долотом с округлым лезвием иссекли дистальную и шечную части кости, закрывающей пришеечную область. Во избежание поднатурений в области коронки кость иссекли до уровня контура. Целесообразно иссекать кость цельным куском, а не маленькими порциями.

Рис. 21-5. При иссечении кости старайтесь избегать удаления чрезмерно большого объема костной ткани. Нужно быть особенно

осторожным при использовании долота, поскольку участок кости дистальнее второго моляра часто тонкий и легко ломается. Следует соблюдать крайнюю осторожность при иссечении кости, так как чрезмерное ее удаление может привести к увеличению дискомфорта в послеоперационном периоде и подвижности второго моляра, пародонтиту, гиперчувствительности и потере межзубного контакта между первым и вторым молярами. Рис. 21-6. Провели секционирование зуба в пришеечной области турбинным бором. Старались избегать травмирования слизистой. Распил был проведен очень аккурат-

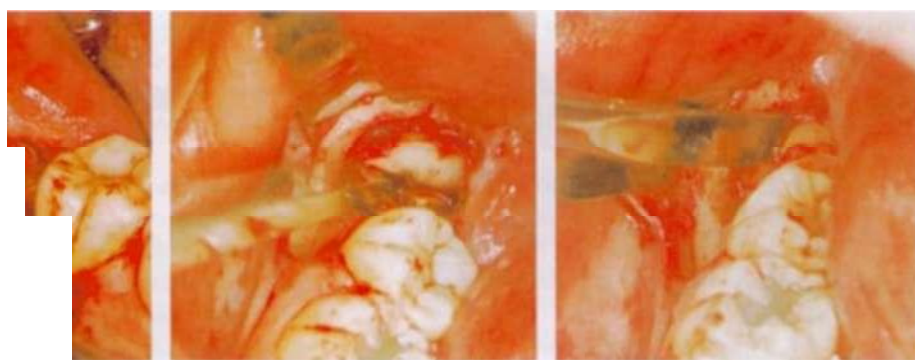


Рис. 21-9

Рис. 21-10

Рис. 21-11



Рис. 21-12

Рис. 21-13

Рис. 21-14



Рис. 21-15

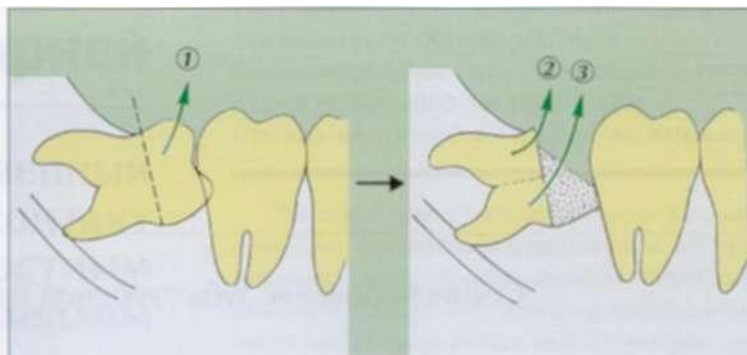


Рис. 21-16. Экстракцию проводить в последовательности ф - ® - ©

но, не доходя до нижнего края коронки на 1-2 мм. Очень часто секционирование нижежающей части зуба с язычной стороны проводится недостаточно, что в значительной степени затрудняет экстракцию. Рис. 21-7. При секционировании коронки бором в турбинном наконечнике старайтесь избегать повреждения нижнечелюстного канала. С помощью предоперационной рентгенограммы проверьте положение кончика корня относительно канала. Рис. 21-8. Коронку отделили, расколос нижележащий участок зуба ударом долота с прямым лезвием с щечной стороны.

Рис. 21-9. Элеватором удалили коронку, но попытка вывихивания корня не увенчалась успехом. Разделили корни в области межзубной перегородки с помощью прямого наконечника и сриссурного бора. Рис. 21-10. Полное разделение корней провели с помощью долота с прямым лезвием. Кончик лезвия направляли медиально. Рис. 21-11. Элеватор ввели в разделенную часть корня или в пространство пародонтальной связки, после чего вывихнули и удалили дистальный корень. Медиальный корень легко удалили после введения элеватора с медиально-щечной стороны, по-

скольку в верхней части корня было достаточное пространство.

Рис. **21-12**. Удалили грануляционную ткань на дистальной поверхности зуба № 47 и проверили лунку.

Рис. **21-13**. С помощью костного рашпиля провели незначительную остеопластику в области острых выступов кости. Промыли лунку физиологическим раствором и удалили осколки зуба.

Рис. **21-14**. Провели репозицию слизисто-надкостничного лоскута и ушили края раны. Если немного откинуть лоскут медиальнее вертикального послабляющего разреза, то наложить швы будет легче.

Рис. **21-15**. Вид удаленного зуба, разделенного на три части.

Рис. **21-16**. Методика секционирования горизонтально ретинированного третьего

моляра с разделенными корнями. Сначала отсекают коронку ®, затем выше расположенный корень © и в последнюю очередь ниже расположенный корень φ.

Полностью ретинированные третьи моляры (как в описанном выше случае) могут быть достаточно легко удалены при правильном иссечении кости и секционировании зуба. Однако необходимо соблюдать крайнюю осторожность, поскольку при неправильном, недостаточном или неполном секционировании возможно возникновение неожиданных осложнений. Необходимость секционирования зуба можно рассматривать в качестве критерия возможности выполнения экстракции стоматологом общей практики или специалистом в области стоматологической хирургии.

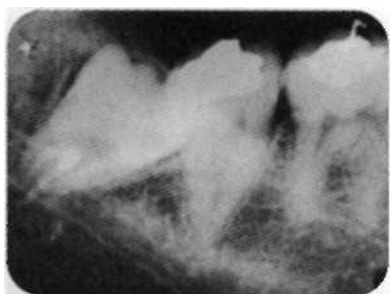
Секционирование зуба турбиной или долотом

Хотя полностью избежать отека щеки в послеоперационном периоде в результате реактивного воспаления невозможно, иногда этот отек столь выражен, что напоминает паротит. Причина этого - геморрагия в результате откидывания слизисто-надкостничного лоскута или иссечения кости. Кроме того, может произойти перелом или пневматоз в результате использования воздушной турбины. Старайтесь избежать удаления третьих моляров, используя только одно долото без тур-

бинного наконечника, поскольку даже у высококвалифицированного специалиста могут возникнуть такие проблемы, как перелом альвеолярной кости, неправильное направление секционирования коронки и страх пациента.

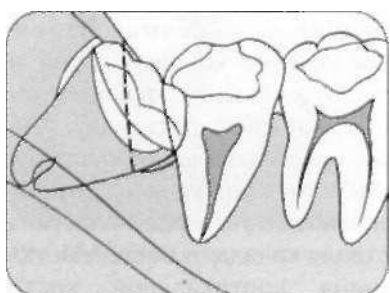
Вместо того чтобы совершенствоваться в использовании долота, стоматолог общей практики для безопасной и аккуратной экстракции третьих моляров должен широко использовать турбинный бор.

22



Аномалии корней

Непосредственный контакт с нижнечелюстным каналом



Клинический случай с наличием зуба, контактирующего с нижнечелюстным каналом

Пациент: женщина, 31 год.

На рентгенограмме показан полностью ретинированный третий моляр нижней челюсти с медиальным наклоном и кончиком корня, почти контактирующим с нижнечелюстным каналом (рис. 22-1).

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: высокая

- а. Глубина залегания: глубокая
- б. Покрытие костью: выраженное
- с. Наклон оси: медиальный
- с). Конфигурация и количество корней: два корня, кончики которых почти контактируют друг с другом
- е. Отношение к каналу: почти контактирует с каналом

Продолжительность операции: 40-60 мин
Формирование лоскута: необходимо
Иссечение кости: необходимо иссечение значительного объема кости
Секционирование зуба: необходима сепарация медиальной части коронки
Степень хирургической травмы: значительная

Учитывая представленные выше данные, откинули слизисто-надкостничный лоскут, иссекли кость альвеолярного отростка, секционировали зуб, удалили медиальную часть коронки и остальные структуры зуба. В области язычной стенки лунки визуализирован нижний альвеолярный нерв (рис. 22-2).

Старайтесь избегать повреждения нижнего альвеолярного нерва. После удаления грануляций и промывания лунки было проведено ушивание краев раны.

При расположении кончика корня третьего моляра в непосредственной близости от нижнечелюстного канала во время экстракции или кюретажа могут быть повреждены нижний альвеолярный нерв и (или) кровеносные сосуды. Кроме того, могут возникнуть парестезия, напоминающая невралгию, боль или кровотечение. Во избежание повреждения сосудисто-нервного



Рис. 22-1. Кончик корня правого нижнего третьего моляра почти контактирует с нижнечелюстным каналом

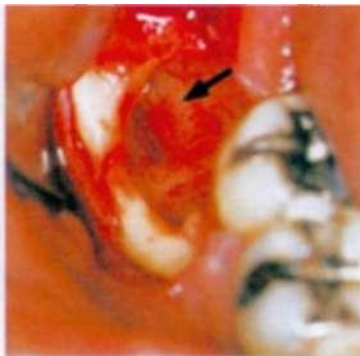


Рис. 22-2. При осмотре лунки после экстракции зуба визуализируется нижний альвеолярный нерв. Стрелка указывает на нижний альвеолярный нерв



Рис. 22-3. Нижний альвеолярный нерв и кровеносные сосуды



Рис. 22-4. Нижний альвеолярный нерв не виден в области лунки

Рис. 22-5. Контур компактного слоя альвеолярной кости четко не визуализируется, а в области кончика корня обнаружено рентгенологическое разрезание



Рис. 22-6. В области язычной стенки лунки после экстракции зуба, представленного на рис. 22-5, виден нижний луночковый нерв (указан стрелкой)



Рис. 22-7

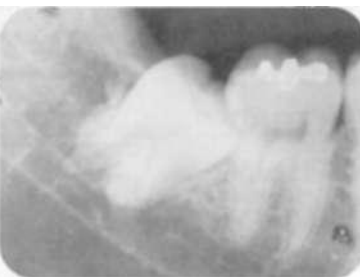


Рис. 22-8

Рис. 22-7. В области кончика корня третьего моляра обнаружено рентгенологическое разрезание. В данном клиническом случае нижний альвеолярный нерв занимает большую часть дна лунки

Рис. 22-8. Твердая пластина, которая формирует стенку нижнечелюстного канала, кажетя размытой или нечеткой

пучка в процессе экстракции изучите и проанализируйте конфигурацию корней, положение нижнечелюстного канала и состояние альвеолярной кости на предоперационной рентгенограмме.

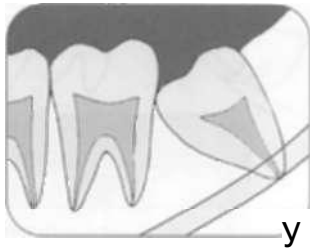
На рис. 22-3 показаны нижний альвеолярный нерв и кровеносные сосуды, которые были обнажены после экстракции зуба и удаления радикулярной кисты большого размера. Несмотря на развитие незначительной парестезии после операции, через три месяца ситуация постепенно улучшилась.

Положение кончика корня относительно нижнечелюстного канала

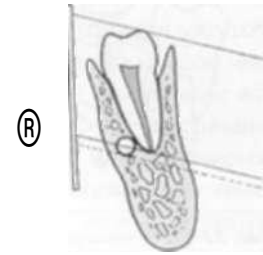
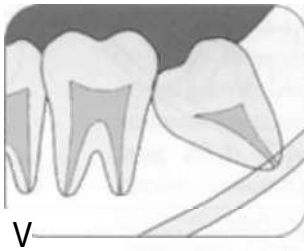
1. Какова рентгенологическая картина при перфорации канала?

В том случае, когда на рентгенограмме происходит наложение кончика корня и нижнечелюстного канала, перфорация канала обычно отсутствует, поскольку кончик расположен либо язычно, либо щечно. Правильнее было бы предположить отсутствие перфорации, если твердая пластина формирует стенку канала, и определяется четкая граница кортикальной кости

Параллельная проекция



Эксцентрическая проекция под углом 15° по горизонтали



Положение нижнечелюстного канала определяют на основании данных двух рентгенограмм.

- а. Нижняя граница нижнечелюстного канала на уровне кончика корня третьего моляра.
- б. Нижняя граница нижнечелюстного канала проецируется ниже кончика корня. Это указывает на то, что нижнечелюстной канал расположен язычно относительно кончика корня.
- в. Нижняя граница нижнечелюстного канала проецируется выше кончика корня. Это указывает на то, что нижнечелюстной канал расположен щечно относительно кончика корня.
- д. Отсутствует разница между уровнем нижней границы нижнечелюстного канала и кончика корня. Это означает, что кончик расположен в канале.

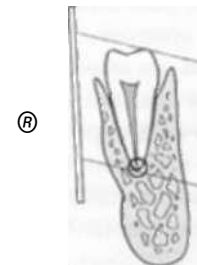
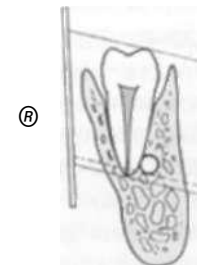
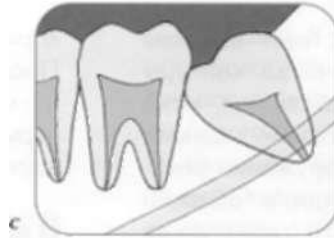


Рис. 22-9. Положение кончика корня относительно нижнечелюстного канала определяют на основании данных двух рентгенограмм



Рис. 22-70. Параллельная проекция

Рис. 22-11. Эксцентрическая проекция, лучевая трубка направлена снизу вверх

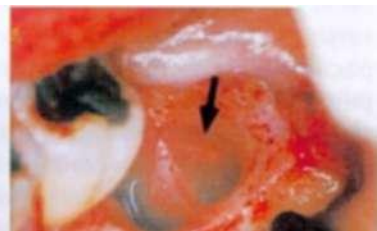


Рис. 22-12. Нижний альвеолярный нерв визуализируется с язычной стороны лунки (указан стрелкой)

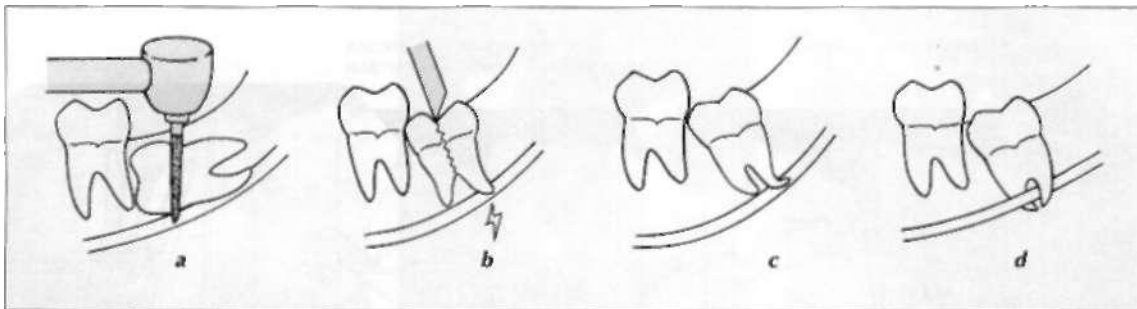


Рис. 22-13. Различные ситуации, при которых может произойти повреждение сосудисто-нервного пучка

(рис. 22-4). Однако существует высокая вероятность перфорации, когда контуры компактной пластины размыты или четко не визуализируются вблизи канала (рис. 22-5 и 22-6), при обнаружении рентгенологического разрежения в области кончика корня (рис. 22-7), а также когда твердая пластина, формирующая стенку канала, размыта (рис. 22-8), неровная или имеет прерывистый контур.

2. Если нижнечелюстной канал расположен язычно или щечно относительно кончика корня?

Во избежание повреждения нижнечелюстного канала важно точно знать расположение канала относительно кончика корня. Положение канала можно определить, учитывая разницу между двумя рентгенограммами, одна из которых сделана в параллельной проекции, а другая - в эксцентрической под углом 15° снизу вверх (рис. 22-9). С помощью данной методики можно определить, что если кончик корня наслаивается на нижнечелюстной канал (как на рис. 22-9-ф) и находится язычнее канала, то на эксцентрическом рентгеновском снимке кончик корня будет располагаться выше канала. Если кончик корня располагается щечнее канала (как на рис. 22-9-@), то на снимке в эксцентрической проекции кончик будет находиться ниже канала. Если кончик корня располагается в канале (рис. 22-9-@), то положение кончика корня относительно канала не изменится.

Сравните рентгенограммы, сделанные в параллельной (рис. 22-10) и эксцентрической проекциях (рис. 22-11). Изменение взаимоотношения канала и кончика корня соответствует ситуации, описанной на рис. 22-9-ф, когда канал располагается язычнее кончика

корня ретинированного третьего моляра. После сравнения снимков по описанной выше методике провели экстракцию зуба и обнаружили нижний альвеолярный нерв в области язычной стенки лунки (рис. 22-12).

В каких ситуациях может произойти повреждение нижнечелюстного канала?

- А. Слишком глубокое введение турбинного бора при секционировании зуба вблизи нижнечелюстного канала (рис. 22-13-а).
- В. Чрезмерная нагрузка долотом на кончик корня может привести к повреждению стенки нижнечелюстного канала (рис. 22-13-б).
- С. Тонкий и изогнутый кончик корня может сломаться и сместиться в просвет канала при вывихивании зуба (рис. 22-13-с).
- О. Хотя и редко, но встречаются ситуации, когда корни окружают нижнечелюстной канал (рис. 22-13-ф).

Парестезия, которая возникает в послеоперационном периоде, в большинстве случаев проходит в период от нескольких недель до трех месяцев, за исключением тех случаев, когда происходит нарушение целостности нерва при случайной травме кюретой во время санации лунки или бором во время секционирования зуба. Существуют различные лекарственные средства, которые позволяют сократить период восстановления нормальной чувствительности, такие, как нейротропные витамины (Матеатп, МегНусоБа!) или препараты на основе АТШ (Ааерпо5-1г1рг105паfe 0|50с1шт), а также физиотерапия с использованием низкоэнергетического лазера, тепла и низкочастотные волны.

23



Устранение патологического кровотечения в послеоперационном периоде

В нашем отделении всегда присутствует дежурный врач, поэтому прием пациентов в экстренных случаях ведется круглосуточно и без выходных. Довольно большое число пациентов возвращается в клинику с жалобами на кровотечение после экстракции (рис. 23-1). В ряде случаев патологической кровоточивости иногда с помощью гемограммы удается выявить миелоцитарную лейкемию. Однако кровотечения, связанные с системными заболеваниями, встречаются очень редко. В большинстве случаев обильное кровотечение в течение нескольких часов после экстракции является осложнением самого оперативного вмешательства.

Каждый практикующий специалист должен владеть методами устранения кровотечения. Небольшое кровотечение может быть остановлено накусыванием пациентом сложенной в несколько слоев марлевой салфетки в течение 20-30 мин. Однако при развитии выраженного кровотечения важно не только оказывать давление с помощью салфетки, но и проверять качество гемостаза, аккуратно снимая салфетку и проверяя лунку и десну на предмет обнаружения продолжающегося кровотечения.

Клинический случай патологического кровотечения из нижнечелюстного канала после экстракции

Пациент: мужчина, 22 года.

Основная жалоба пациента на дискомфорт в результате застревания пищи. Зуб № 48 частично ретинирован (рис. 23-2). Рентгенограмма подтвердила наличие ретинированного третьего моляра с медиальным наклоном на 45° (рис. 23-3). Данное состояние соответствует классу **B-@** по классификации медиально наклоненных ретинированных третьих моляров (рис. 3-1). Экстракцию зуба можно выполнить с помощью иссечения небольшого количества кости и секционирования коронки.

Хотя данные внутривидеовидеоскопического осмотра зуба № 48 не дают оснований предполагать трудности при экстракции, обратите внимание на состояние корней на рентгенограмме. Третьи моляры нижней челюсти обычно имеют один или два корня, однако

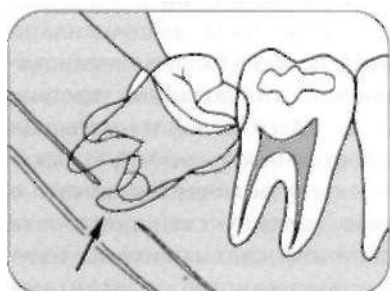




Рис. 23-1. Число пациентов, которые обратились за экстренной помощью в отделение стоматологической хирургии клиники университета Кейо вне рабочего времени. Звездочка (*) обозначает число пациентов



Рис. 23-2



Рис. 23-3



Рис. 23-4

на снимке определяются четыре корня, кончики которых, возможно, изогнуты.

В области кончика медиального корня наблюдается разрыв компактной кости, формирующей нижнечелюстной канал, а в области дистального корня разрыва компактной пластины нет. Исходя из этого можно предположить, что кончик медиального корня перфорирует нижнечелюстной канал (рис. 23-4).

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: высокая

- а. Глубина залегания: глубокая; частично ретинированный зуб
- б. Покрытие костью: минимальное
- с. Наклон оси: медиальный
- о¹. Конфигурация и количество корней: возможно четыре корня с изогнутыми кончиками
- е. Отношение к каналу: медиальный корень, возможно, перфорирует канал

Продолжительность операции: приблизительно 40-60 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: необходимо

Секционирование зуба: необходимо

Степень хирургической травмы: значительная

На основании представленных выше данных была проведена успешная экстракция в условиях проводниковой анестезии нижней челюсти. Перед удалением зуба пациента предупредили о возможности развития кровотечения и парестезии нижней губы, поскольку в данном случае ретинированный третий моляр почти контактирует с нижнечелюстным каналом.

Методика вмешательства

Рис. 23-5. Операция была выполнена по стандартной методике удаления медиально наклоненных ретинированных третьих моляров (см. с. 24). После откидывания слизисто-надкостничного лоскута и иссечения небольшого количества кости в щечном отделе коронку секционировали бором в турбинном наконечнике. С щечной стороны в пространство пародонталь-

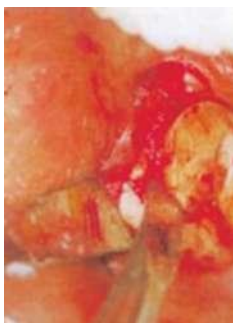


Рис. 23-5



Рис. 23-7



Рис. 23-11



Рис. 23-9

Рис. 23-9. Стрелка указывает на кончик корня, который перфорировал нижнечелюстной канал



Рис. 23-10



Рис. 23-11

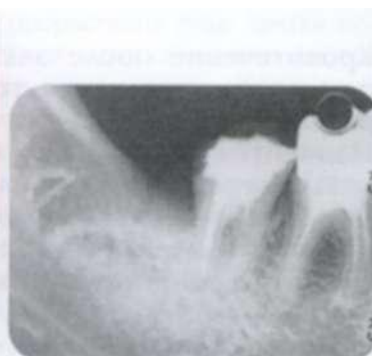


Рис. 23-12

ной связки ввели элеватор и вывихнули зуб.

Рис. 23-6. Сразу после удаления корня в области лунки было отмечено обильное артериальное кровотечение. Пациента попросили накусить на марлевую салфетку, чтобы обеспечить гемостаз в результате надавливания. В это время подготовили материалы, которые использовали для гемостаза.

Рис. 23-7. Поскольку отсутствовали признаки остановки кровотечения с дистальной поверхности второго моляра удалили грануляционную ткань и после промывания лунки вновь оказали давление с помо-

щью установки в лунку окисированной целлюлозы или пенообразного геля (СеМоат) с тромбином.

Рис. 23-8. Провели репозицию лоскута и наложили четыре шва, как можно плотнее сопоставляя края раны. После этого пациента попросили накусить на марлевую салфетку в течение некоторого времени. Через четыре дня под местной анестезией сняли швы. После подтверждения гемостаза провели репозицию лоскута и наложили швы.

Рис. 23-9. Удаленный зуб. Стрелка указывает на кончик медиального корня, который перфорировал нижнечелюстной канал.

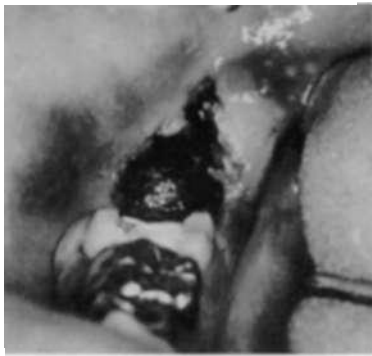


Рис. 23-13



Рис. 23-14



Рис. 23-15



Рис. 23-16

Кровотечение после экстракции в результате нарушения топографии разреза

Пациент: мужчина, 25 лет.

Пациент обратился в клинику с кровотечением через 6 часов после экстракции зуба № 48 в другой клинике. Несмотря на попытку пациента остановить кровотечение после экстракции накусыванием на марлевую салфетку, геморрагия не позволяла пациенту употреблять пищу или пить. Кроме того, у пациента отмечались тризм и отек в области правой щеки, а также повышение температуры до 38°C.

Рис. 23-10. При внутриротовом обследовании была обнаружена выраженная геморрагия в области зуба № 48. Кровотечение было настолько выраженным, что приводило к наполнению полости рта кровью в течение нескольких секунд. Данная ситуация представляется опасной и требует экстренных мероприятий. Первичный гемостаз был обеспечен за счет накусывания пациентом на марлевую салфетку. В это время были быстро подготовлены инструменты для проведения анестезии и наложения швов.

Рис. 23-11. Кровотечение было временно остановлено после инфильтрации участка 2 %-ным раствором ксилокаина за счет гемостатика, содержащегося в препарате. После тщательного обследования оказалось, что при ушивании края раны не были адекватно сопоставлены.

Рис. 23-12. На рентгенограмме не была выявлена патология в области лунки.

Рис. 23-13. После снятия швов и откидывания лоскута обнаружена гематома.

Рис. 23-14. Гематома удалена. Лунку санировали с помощью кюрет и промыли физиологическим раствором. При тщательном обследовании выявили, что кровотечение было со стороны дистального разреза, а не лунки.

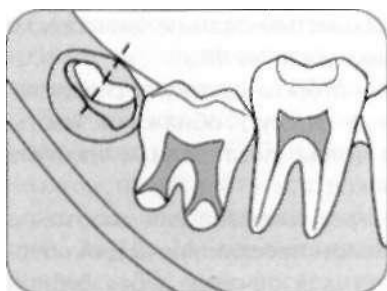
Рис. 23-15. Линия дистального разреза проходила по линии, соединяющей центральные ямки первого и второго моляров. Поскольку разрез проходил медиальнее внутренней косой линии ветви, скорее всего были повреждены сосуды язычной поверхности, что и привело к выраженной геморрагии. Дистальный разрез должен всегда проводиться после пальпации кости. Проводите разрез либо посередине между наружной и внутренней косыми линиями, либо немного щечнее.

Рис. 23-16. С глубоким захватом слизистой были наложены четыре шва (шелк 3-0). Пациента попросили накусить марлевую салфетку приблизительно в течение 30 мин и убрать ее при устранении признаков кровотечения.

24



Гермэктомия



Существует большое количество ситуаций, когда третьи моляры нижней челюсти остаются частично или полностью ретинированными в результате недостаточного пространства для роста. Практически все ретинированные моляры удаляют приблизительно в двадцатилетнем возрасте, когда развиваются осложнения, ассоциированные с прорастанием, такие, как инфекция, отек или боль. Однако экстракция в этот момент приводит к значительной травме или необратимым осложнениям, таким, как резорбция корня или кариес на дистальной поверхности второго моляра, скучивание фронтальных зубов, щечному или язычному наклону второго моляра. Можно ли удалить третьи моляры нижней челюсти раньше, чем разовьются такие осложнения?

Что такое гермэктомия?

Гермэктомией называют удаление кюретой зуба на стадии зачатка или стадии первичной кальцификации, когда есть все основания предполагать недостаток пространства для прорастания зуба. Третьи моляры на стадии зачатка располагаются близко к поверхности кости, что в значительной степени облегчает экстракцию и уменьшает хирургическую травму по сравнению с удалением ретинированных третьих моляров у взрослых. Оптимальным для выполнения гермэктомии является возраст от 7 до 11 лет.

Можно ли диагностировать ретинированные третьи моляры на стадии зачатка?

Доктор Рикеттс (К.М. **K1СкеN®**) установил, что можно предполагать вероятность того, прорастут ли третьи моляры, или останутся ретинированными с высокой степенью вероятности, и прогнозировать ситуацию более чем на 10 лет вперед. Метод доктора Рикеттса состоит в определении соотношения скорости роста зубной дуги и нижней челюсти и предполагает использование цефалометрической рентгенограммы.

При дальнейшем развитии данной теории доктор Турли (Р. ТиНеу) установил, что наиболее важным определяющим факто-

Рис. 24-7. Точка XI

Рис. 24-2

Рис. 24-3



Рис. 24-4

Рис. 24-5

Рис. 24-6

ром является расстояние от точки X|* (рис. 24-1) до дистальной поверхности второго моляра. Турли продемонстрировал наблюдения за 10 лет и показал высокую надежность метода (достоверность 90% случаев совпали с фактическим результатом).

Клинический случай гермэктомии

Пациент: девочка, 11 лет.

В возрасте 8 лет пациентке было проведено ортодонтическое лечение для исправления скелетной формы обратного резцового перекрытия. Пациентка была направлена в клинику ортодонтом для проведения гермэктомии, поскольку он отметил тенденцию к рецидиву. На панорамной рентгенограмме выявлен зачаток зуба № 48 на стадии кальцификации (рис. 24-2).

На основании представленных ниже данных была выполнена экстракция в условиях инфльтрационной анестезии.

* Точка XI располагается по середине ветви нижней челюсти (рис. 24-7) и соответствует нижнечелюстному отверстию. Считается центральной точкой роста нижней челюсти.

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: низкая

- а. Глубина залегания: в ветви
- б. Покрытие костью: минимальное
- с. Конфигурация и количество корней: корни не сформированы

Продолжительность операции: 30 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: необходимо иссечение небольшого объема

Секционирование зуба: необходимо

Степень хирургической травмы: минимальная

Методика вмешательства

Рис. 24-3. Брюшистым скальпелем иссекли слизистую над зубом 48.

Рис. 24-4. Распатором откинули слизисто-надкостничный лоскут, обнажили кость. С помощью зонда подтвердили наличие тонкого слоя кости.

Рис. 24-5. Острой кюретой или долотом с округлым лезвием иссекли кость для обеспечения доступа к зачатку зуба. Зубной

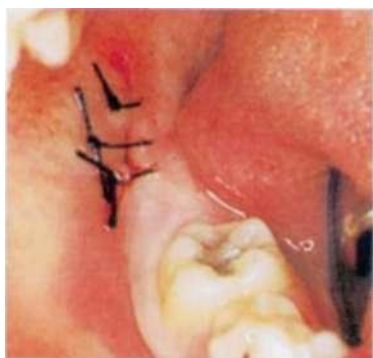


Рис. 24-7

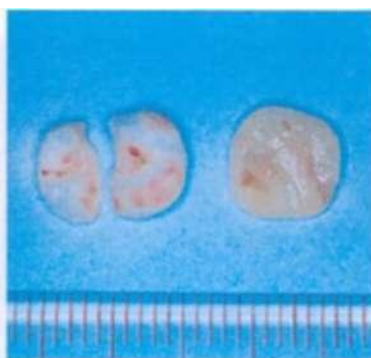


Рис. 24-8



Рис. 24-9



Рис. 24-10

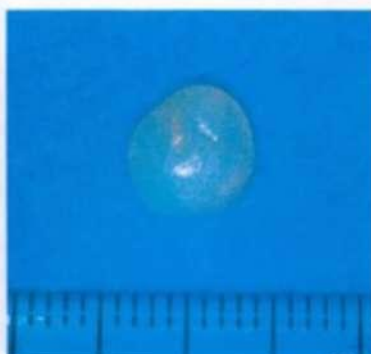


Рис. 24-11

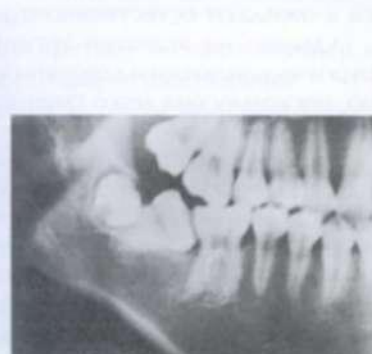


Рис. 24-12

фолликул и сосочек удалили с помощью острой кюреты, после чего попробовали удалить коронковую часть зуба. Однако этого сделать не удалось из-за недостаточного размера костного доступа. Долотом с прямым лезвием коронковую часть секционировали на две части.

Рис. 24-6. Промыли лунку физиологическим раствором.

Рис. 24-7. Провели репозицию лоскута и наложили три шва.

Рис. 24-8. Коронковую часть секционировали на две части (слева) и удалили вместе с зубным сосочком (справа).

Следующий случай гермэктомии у девочки 8 лет со скелетной формой обратного резцового перекрытия. На рентгенограмме не определяется кальцификация третьего моляра (рис. 24-9).

Так же, как в описанном выше случае, выполнили разрез. Однако не было необходимости иссекать кость - зачаток зуба легко удалили с помощью острой кюреты (рис. 24-10). На все вмешательство потребовалось 15 мин, последствия операции

минимальны. Зачаток зуба показан на рис. 24-17.

С точки зрения улучшения долгосрочного прогноза ортодонтического лечения кажется целесообразным раннее удаление третьих моляров нижней челюсти, особенно в тех случаях, когда определяются помехи для роста со стороны второго моляра и недостаток пространства для прорезывания (рис. 24-12). Это особенно справедливо при проведении ортодонтического лечения патологии прикуса и наличии сомнений относительно необходимости экстракции других зубов, а также при опасности развития рецидива во время или после ортодонтического лечения скелетного перекрестного прикуса во фронтальном отделе.

Неправильное прорастание ретинированных третьих моляров может привести к щечному или язычному наклону вторых моляров. На основании проведенного выше обсуждения можно прийти к выводу о целесообразности выполнения гермэктомии.

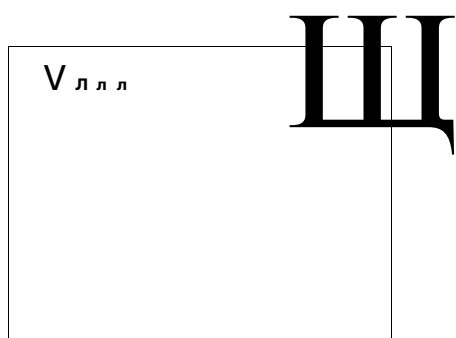
Лечение локального остейта (альвеолита)

Локальный остейт (сухая лунка) представляет собой некротизированный или недостаточный кровяной сгусток в области экстракции с обнажением поверхности кости, что приводит к неполному заживлению. Часто сопровождается интенсивной неослабевающей болью. Стандартный подход к лечению заключается в очищении лунки и иногда нанесении пасты, содержа-

2. Острой кюретой тщательно удалите некротизированный материал и еще раз промойте лунку физиологическим раствором.
3. Нанесите в лунку пасту, содержащую анестетик (пасты Анестезин (АпезГпезт) и Пронес (Ргопез), иодоформная салфетка, смоченная эвгенолом).
4. Поверх лунки нанесите Спонгель
| м п



25



Экстракция третьих моляров верхней челюсти

Классификация

Обычно методика экстракции третьих моляров верхней челюсти не отличается от удаления других верхних моляров. Более того, третьи моляры удалять даже проще из-за наличия коротких одиночных корней (рис. 25-1). Корни обычно прямые или немного изогнуты. Однако иногда корни могут иметь выраженный изгиб, который сложно определить на рентгенограмме, или сложную конфигурацию, например увеличенные, желобовидные или множественные корни.

Экстракция третьих моляров верхней и нижней челюсти имеет ряд отличий:

1. На верхней челюсти венечный отросток при открывании рта смещается кпереди и ухудшает доступ. Вследствие этого невозможно использовать инструменты нормальным способом. При небольшом раскрытии рта - всего на ширину одного пальца - можно обеспечить адекватный щечный доступ.
2. Кость в области бугров верхней челюсти очень тонкая и легко ломается при оказании чрезмерной нагрузки во время использования элеватора.
3. При наличии глубоко расположенных моляров верхней челюсти или пневматизации верхнечелюстной пазухи возможно проталкивание моляров в момент удаления в полость пазухи.

Количество корней	Частота % ш
1 корень	73,7 %
2 корня	13,1 %
3 корня	13,1 %

Рис. 25-1. Количество корней третьих моляров верхней челюсти

Классификация ретинированных третьих моляров верхней челюсти (рис. 25-2)

Ретинированные третьи моляры верхней челюсти можно классифицировать по следующим группам: вертикальные, дистально наклоненные, язычно наклоненные, поперечные, горизонтальные или перевернутые. Горизонтально ретинированные

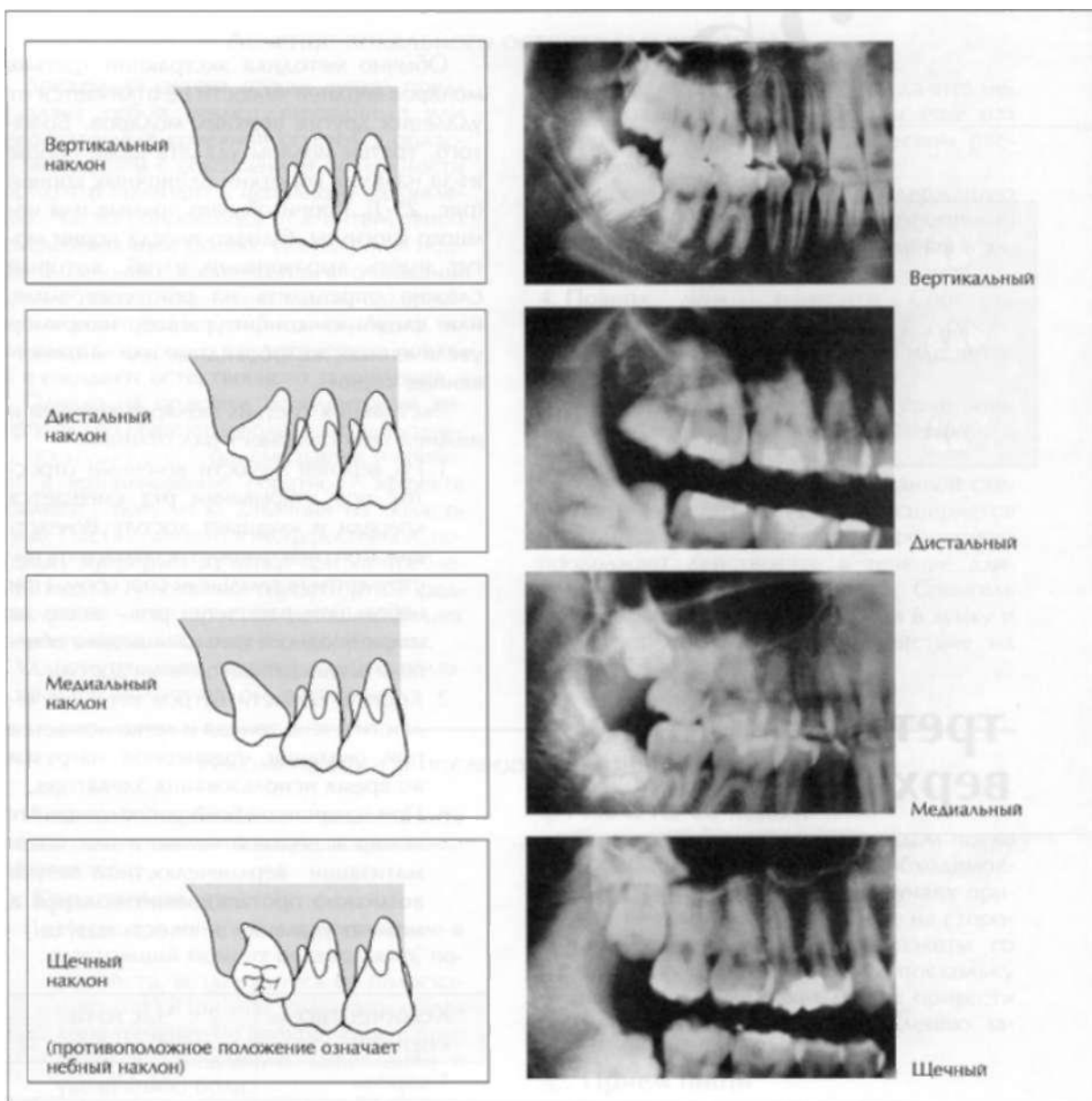


Рис. 25-2. Классификация ретинированных третьих моляров верхней челюсти

третьи моляры часто встречаются на нижней челюсти, но очень редко на верхней. Это происходит из-за недостатка пространства между буграми верхней челюсти и дистальной поверхностью второго моляра. Так же, как и на нижней челюсти, на верхней челюсти очень редко встречаются перевернутые зубы. Однако именно такие зу-

бы сложнее всего удалять. Ретинированные моляры можно классифицировать по глубине залегания следующим образом: мелкое, среднее и глубокое залегание. Чем глубже залегает зуб, тем толще слой кости над ним и больший объем кости требуется иссечь, а значит сложнее экстракция (рис. 25-3).

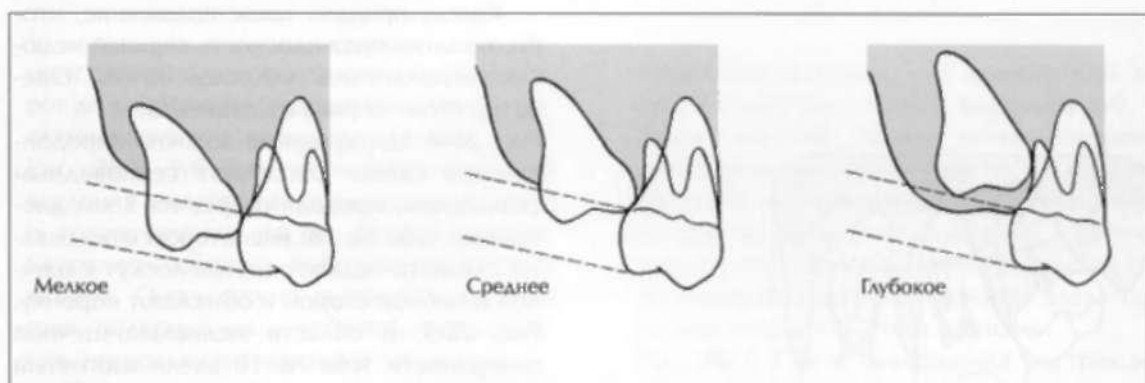
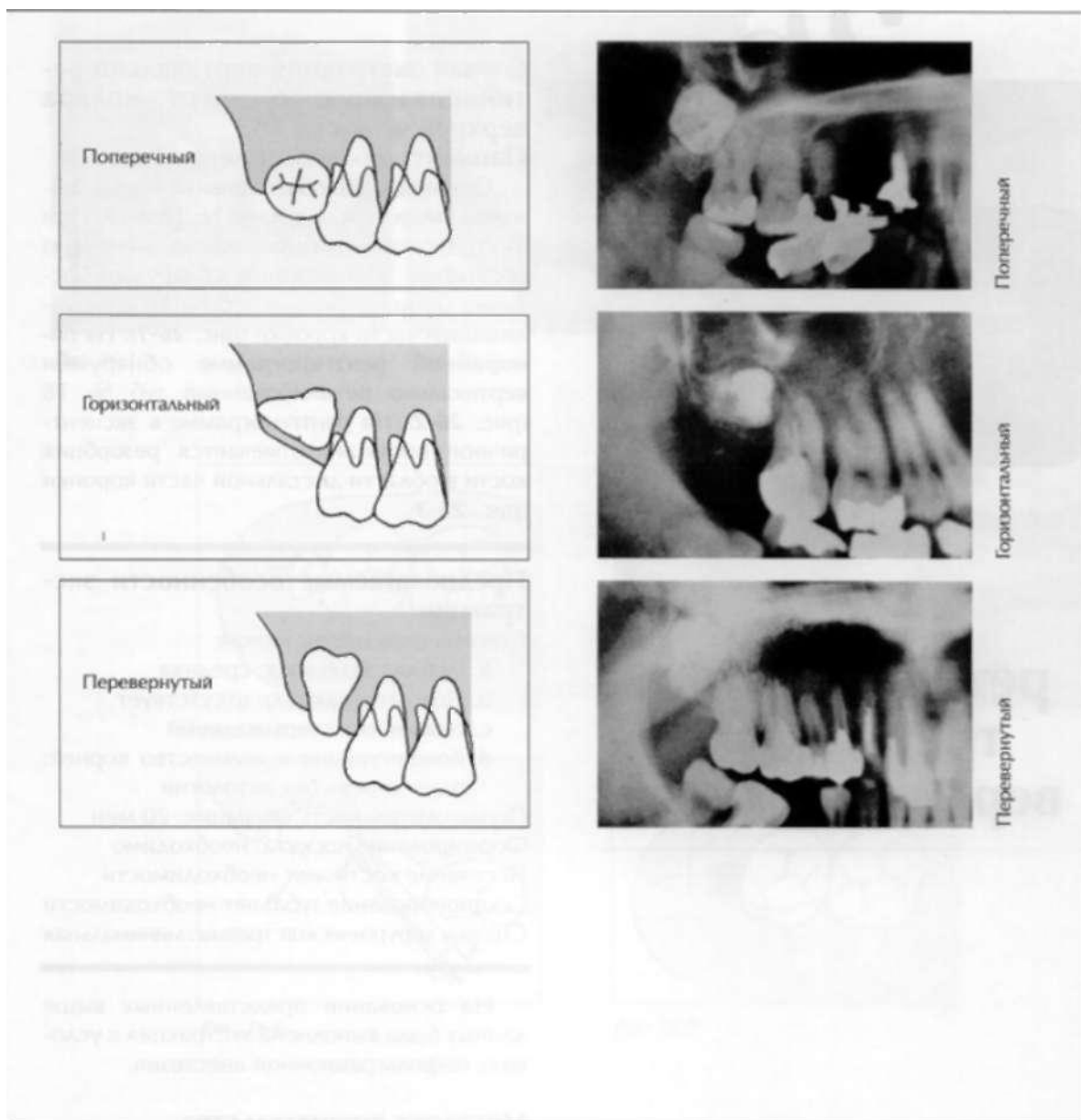
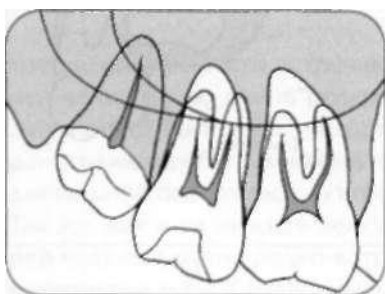


Рис. 25-3. Классификация по глубине залегания

26



Вертикально ретинированные третьи моляры верхней челюсти



Случай экстракции вертикально ретинированного третьего моляра верхней челюсти

Пациент: мужчина, 28 лет.

Основная жалоба пациента на застревание пищи между зубами № 18 и 17. При внутриротовом обследовании отмечено отсутствие воспаления и обнаружен частично ретинированный зуб № 18 с визуализацией части коронки (рис. 26-7). На панорамной рентгенограмме обнаружен вертикально ретинированный зуб № 18 (рис. 26-2). На рентгенограмме в эксцентричной проекции отмечается резорбция кости в области дистальной части коронки (рис. 26-3).

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: низкая

- а. Глубина залегания: средняя
- б. Покрытие костью: отсутствует
- с. Наклон оси: вертикальный
- а". Конфигурация и количество корней: один корень без патологии

Продолжительность операции: 20 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: нет необходимости

Секционирование зуба: нет необходимости

Степень хирургической травмы: минимальная

На основании представленных выше данных была выполнена экстракция в условиях инфильтрационной анестезии.

Методика вмешательства

Креслу придали такое положение, чтобы окклюзионная плоскость верхней челюсти располагалась под углом 45-90°. Оператор стоит справа от пациента.

Рис. 26-4. Циркулярные волокна пародонтальной связки рассекают серповидным скальпелем, проводя разрез на 5 мм дистальнее зуба № 18. Распатором откидывают слизисто-надкостничный лоскут с щечной и небной сторон и обнажают коронку. Рис. 26-5. В области медиально-щечной поверхности зуба № 18 ввели изогнутый элеватор, стабилизируя инструмент указательным пальцем левой руки. В этот мо-



Рис. 26-1



Рис. 26-2



Рис. 26-3

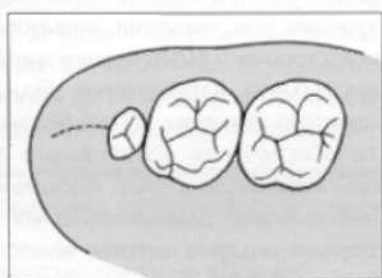


Рис. 26-4



Рис. 26-5

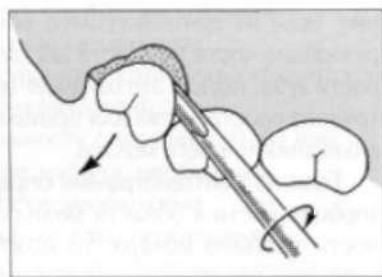


Рис. 26-6

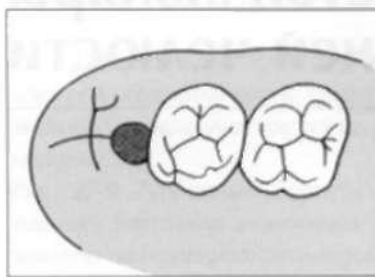


Рис. 26-7

мент пациента попросили немного прикрыть рот до достижения расстояния между челюстями, равного ширине двух пальцев.

Рис. 26-6. Зуб был легко вывихнут после введения элеватора в пародонтальную щель и поворачивания его по часовой стрелке. Старались избежать вывихивания второго моляра. Очень важно выполнить экстракцию, полагаясь на чувствительность пальцев, поскольку визуализация затруднена.

После вывихивания плотно захватили коронку зуба щипцами и удалили зуб. При

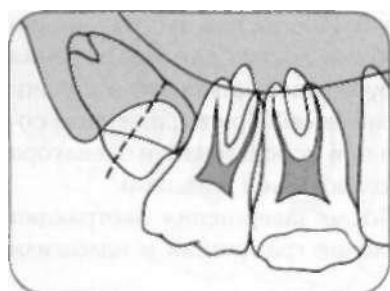
отсутствии плотного или правильного захвата стоматолог может выронить зуб. В такой ситуации пациент может случайно проглотить зуб. Иногда при экстракции используют небный доступ для вывихивания и удаления зуба, раскачивая зуб в щечно-небном направлении. При выраженном сопротивлении при использовании элеватора можно воспользоваться щипцами.

Рис. 26-7. После завершения экстракции провели удаление грануляций и наложили один шов.

27



Медиально наклоненные ретинированные третьи моляры верхней челюсти



Медиально наклоненные ретинированные третьи моляры верхней челюсти встречаются весьма часто.

Как интерпретировать рентгенографические данные?

Какие важные параметры позволяют прогнозировать степень сложности экстракции?

Ниже приведены рентгенограммы и представлен их подробный анализ.

Рис. **27-1**. Зубы с небольшим медиальным наклоном, с короткими одиночными корнями и тонкой костной пластиной с дистальной стороны третьего моляра легко поддаются экстракции при введении элеватора с медиальной стороны и вывихивании третьего моляра в дистальном направлении. Одна из причин простого удаления заключается в возможности обеспечения достаточного пространства при вывихивании зуба, поскольку кортикальная пластина альвеолярной кости в области третьих моляров верхней челюсти очень тонкая, а губчатая кость пористая и эластичная. Рис. **27-2**. Можно предполагать легкое удаление, если на рентгенограмме обнаруживается резорбция кости в области дистальной поверхности зуба, так как это означает наличие достаточного пространства для проталкивания и вывихивания третьего моляра.

Если на рентгенограмме определяется резорбция кости в области медиальной поверхности третьего моляра, то можно предположить, что кость не покрывает коронку зуба.

Рис. **27-3**. На данной рентгенограмме представлен зуб с несколькими корнями и более толстой костью в области третьего моляра по сравнению с рис. **27-1**. В данном случае сложнее протолкнуть третий моляр дистально и, возможно, понадобится провести секционирование коронки.

Рис. **27-4**. Выраженный медиальный наклон третьего моляра, а его коронка расположена глубоко на уровне дистальной части пришеечной области второго моляра. В данном случае экстракцию проводят после иссечения большого объема кости с щечной стороны и секционирования коронки в области шейки.

Случай экстракции медиально наклоненного третьего моляра верхней челюсти

Пациент: мужчина, 22 года.

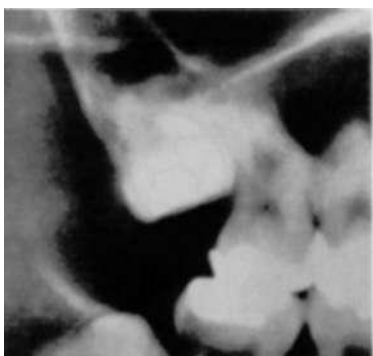


Рис. 27-1

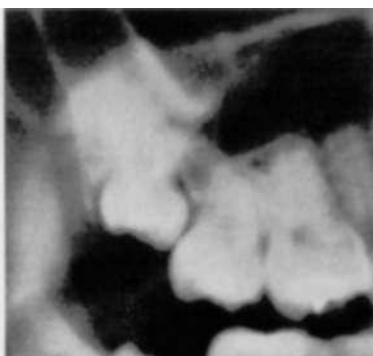


Рис. 27-2

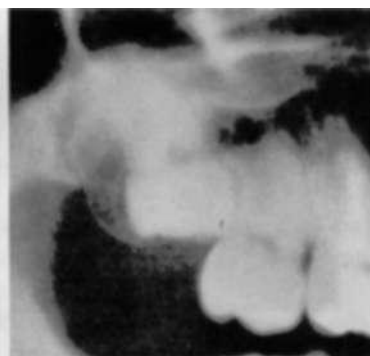


Рис. 27-3

На панорамной рентгенограмме определяется ретинированный правый верхний моляр (рис. 27-5 и 27-6). Принимая во внимание возможность развития различных осложнений из-за влияния зуба № 18 на второй моляр, было принято решение удалить третий моляр.

Предполагаемые особенности экстракции

Степень сложности: довольно высокая

а. Глубина залегания: очень глубокая

б. Покрытие костью: выраженное

с. Наклон оси: медиальный

а¹. Конфигурация и количество корней: три корня без патологии

Продолжительность операции: 40-60 мин

Формирование лоскута: необходимо

Иссечение кости: необходимо

Секционирование зуба: необходимо

Степень хирургической травмы: минимальная

На основании представленных выше данных была выполнена экстракция в условиях инфльтрационной анестезии.

Методика вмешательства

Перед началом операции придайте креслу такое положение, чтобы пациент располагался горизонтально. Оператор стоит справа от пациента.

Рис. 27-7. С дистальной и медиально-щечной стороны зуба № 17 провели разрезы и рассекли циркулярные волокна пародонтальной связки. Поскольку рассечь циркулярные волокна с дистальной стороны зуба № 17 даже с помощью серповидного скальпеля затруднительно, то рассечение в данном участке проводят с помощью остроконечного изогнутого зонда (эксплорера).



Рис. 27-4

Рис. 27-8. Откинули слизисто-надкостничный лоскут и обнажили кость. Долотом с округлым лезвием иссекли участок кости, покрывающий коронку.

Рис. 27-9. Турбинным бором секционировали коронку. Методика аналогична экстракции медиально наклоненных ретинированных третьих моляров нижней челюсти, однако при работе на верхней челюсти целесообразно использовать более длинные боры (№ 5А-10, 1.-26). В начале секционирования проверьте направление распилы с помощью внутриротового зеркала.

Рис. 27-10. Раскол зуба и полное отделение коронки были произведены ударом долота с прямым лезвием. Отломки зуба были удалены.

Рис. 27-11. Оператор занимает положение 10 часов относительно пациента. Подголовник и спинка кресла были установлены вертикально, чтобы руки стоматолога могли быть согнуты в локтевых суставах под углом 90° и прижаты к телу. В области медиально-щечной поверхности зуба № 18 ввели изогнутый элеватор, указательный палец левой руки опирается на небные поверхности зубов № 18 и 17. Элеватор стабилизирован большим пальцем левой руки.

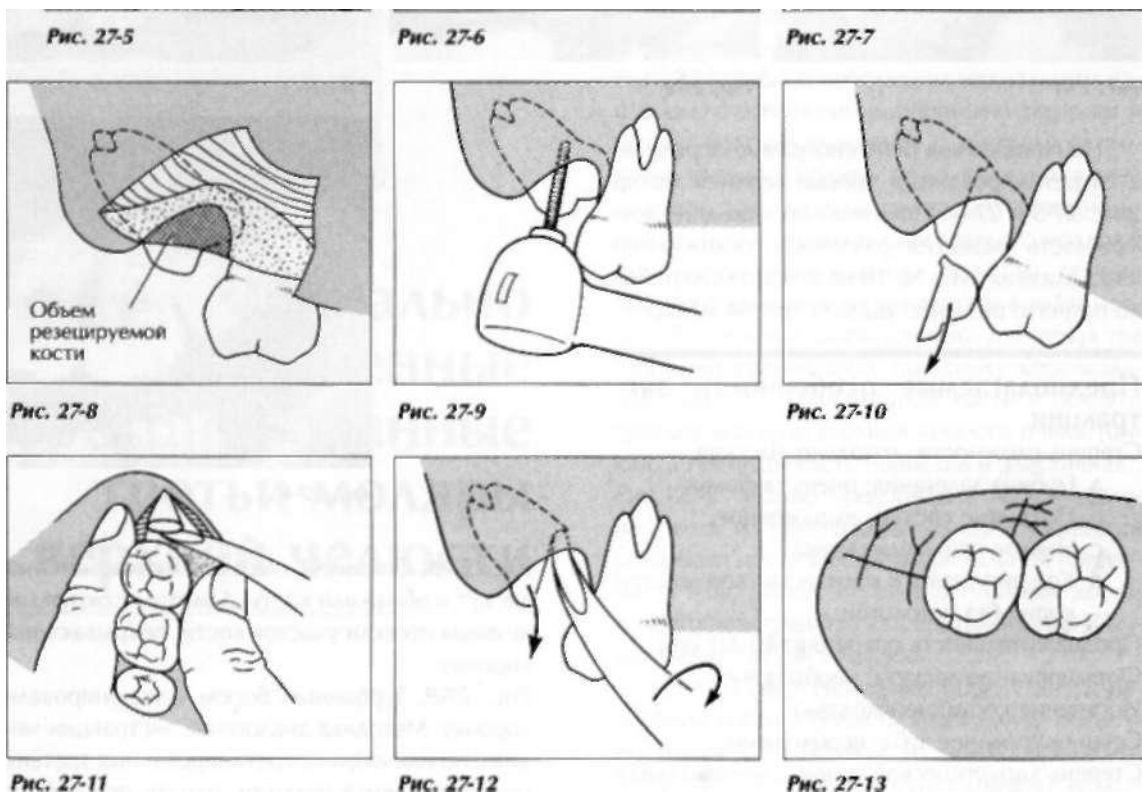
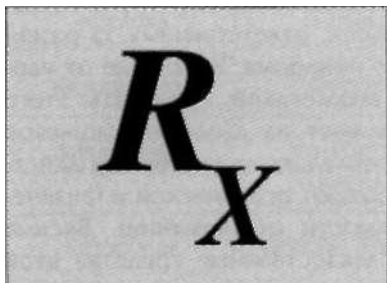


Рис. 27-12. Пациента попросили немного прикрыть рот до достижения расстояния между челюстями, равного ширине одного пальца.

Элеватор ввели в пародонтальную щель и легко вывихнули зуб, поворачивая элеватор по часовой стрелке в дистальном направлении. При ограниченной визуализации области операции при удалении третьего моляра очень важно осуществлять тактильный контроль указательным пальцем не только положения третьего моляра, но и прилегающих к нему зубов. Избегайте оказания чрезмерной нагрузки на элеватор, которая может привести к вывихиванию соседнего зуба, перелому кости верхней челюсти в области бугров или соскальзыванию элеватора с зуба с повреждением мяг-

ких тканей в области неба. При откалывании небольшого участка кости в области бугров удалите его. Если же произошло откалывание большого куска кости, установите его на место и прижмите слизисто-надкостничным лоскутом за счет плотного наложения швов.

Рис. 27-13. Острые выступы кости иссекли костным рашпилем. Лунку промыли физиологическим раствором. Провели репозицию слизисто-надкостничного лоскута и ушили вертикальный послабляющий разрез. Ушивание в дистальном участке было сильно затруднено из-за недостатка визуализации. Накладывать швы необходимо с большой осторожностью, поскольку при отсутствии надежного удерживания тканей пинцетом во время введения иглы возможен разрыв тканей.



Применение аналгетиков и противовоспа- лительных лекар- ственных средств при удалении третьих моляров

Б.Р. Гельфанд

В связи с существенным различием фармакопеи США и Российской Федерации, а также необходимостью представить читателю современную информацию о физиологии и терапии болевого синдрома, переводчик и редактор сочли целесообразным переработать и дополнить эту главу монографии.

Болевой синдром после удаления третьих моляров существенно варьирует у разных пациентов.

Боль является чрезвычайно сложным субъективным ощущением, которое трудно с точностью и объективностью оценить, и тем более измерить. Боль представляет сенсорное восприятие стимуляции болевых (ноцицептивных) рецепторов, которое вовлекает эмоциональный компонент. Эмоциональный компонент может варьировать в зависимости от психологического состояния пациента. Международная ассоциация по изучению боли определяет ее как «неприятное ощущение, сочетанное с повреждением ткани».

Любое хирургическое вмешательство, в том числе удаление зуба, приводит к двухфазной болевой стимуляции. Во-первых, интраоперационная травма тканей сопровождается местной болевой импульсацией. Во-вторых, воспалительный процесс в поврежденных при операции тканях также поддерживает болевую импульсацию. Оба этих процесса приводят к активации путей проведения боли как на периферическом, так и центральном уровнях. Эта активность способствует увеличению интенсивности и продолжительности ответа на раздражители, что приводит к повышенной болевой чувствительности (гипералгезии) и увеличению размера зоны болевой чувствительности вокруг области раневого повреждения.

Кроме неприятных ощущений боль является причиной системных расстройств, нередко приводящих к серьезным осложнениям. Боль, особенно длительная и интенсивная, приводит к повышению активности симпатической нервномедиаторной системы, что проявляется такими симптомами, как тахикардия и повышение артериального давления. Симпатическая сти-

муляция является одним из факторов повышения коагуляции крови и, следовательно, увеличивает риск тромбообразования, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста. У пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца, болевой синдром способствует развитию острой ишемии миокарда.

В связи с изложенным становится понятной роль адекватной послеоперационной аналгезии при удалении третьего моляра.

Во многих случаях прогноз развития болевого синдрома и его интенсивности после экстракции зуба мудрости в большей степени определяется качественной оценкой психоэмоционального статуса пациента, чем непосредственно сложностями оперативного вмешательства. Восприятие боли пациентами зависит от психологического настроя, ощущений при ранее перенесенных болезненных манипуляциях и травм и волевых характеристик, определяющих способность переносить боль. Совершенно очевидно, что одни и те же болевые раздражители по-разному воспринимаются в зависимости от психоэмоциональных свойств пациента.

Для аналгезии могут быть использованы различные препараты центрального или периферического действия, а также их комбинации. Препараты центрального действия, в основном наркотические анальгетики, действуют на центры болевой чувствительности, расположенные в головном мозге, а также нейроны спинного мозга, ответственные за проведение болевой импульсации. Применение наркотических анальгетиков в амбулаторной стоматологии ограничено в связи с характерными для этих препаратов серьезными побочными эффектами. При удалении третьего моляра могут быть рекомендованы препараты, содержащие наркотический анальгетик кодеин, в частности пенталгин, седалгин, солпадеин, панадеин. Применение наркотических анальгетиков в чистом виде, таких, как морфин, промедол, пентазацин, стадол, возможно лишь при условии наблюдения за больным квалифицированным персоналом. Анальгетики периферического

действия в настоящее время следует рассматривать как одно из наиболее эффективных средств послеоперационного обезболивания в амбулаторной стоматологии. Эти препараты, относящиеся к классу нестероидных противовоспалительных (НПВС), подавляют синтез болевых и воспалительных медиаторов, ответственных за развитие болевого синдрома. В отличие от наркотических анальгетиков, препараты этого класса не влияют на дыхание, кашлевой рефлекс, не обладают психогенным действием, не вызывают психической и физической зависимости (наркомании). Весьма важно, что лекарственные средства этой группы кроме анальгетического обладают выраженным противовоспалительным действием. НПВС свое основное аналгетическое действие проявляют в месте возникновения болевых импульсов. В последние годы были созданы новые препараты этой группы, выделяющиеся своей мощной анальгетической активностью. К ним прежде всего относятся такие средства, как кетопрофен и кеторолак. Эти препараты, выпускающиеся в различных формах для парентерального и перорального введения, могут быть с успехом использованы даже для так называемой упреждающей аналгезии, т.е. их можно назначить до оперативного вмешательства для предупреждения болевого синдрома в послеоперационном периоде. Среди препаратов такого механизма действия особыми преимуществами обладает кетопрофен (Кетонал, Лек, Словения), который выпускается в разнообразных формах (таблетированная, инъекционная, в виде свечей). Препарат характеризуется быстрым и мощным анальгетическим эффектом, сравнимым с опиоидным, отличается коротким периодом полувыведения, исключая кумуляцию, минимальным повреждающим эффектом на слизистую желудка. Характеристика некоторых нестероидных противовоспалительных препаратов анальгетического действия представлена в табл. **28-1**. Подчеркнем, что использование ненаркотических анальгетиков при удалении третьего моляра является эффективным средством послеоперационной упреждающей аналгезии.

Табл. 28-1. Нестероидные противовоспалительные препараты, применяемые для послеоперационного обезболивания

Препарат	Синоним	Средняя разовая доза, г	Средняя суточная доза, г	Начало действия, мин
Ацетилсалициловая кислота	Аспирин, Аспизол	0,5	2	15
Кетопросрен	Кетонал	0,1	0,2-0,3	45
Диклосренак	Вольтарен, Клофенак	0,075	0,15	30
Кеторолак	Кеторол, Торadol	0,01-0,03	0,09	30
Метамизол	Анальгин	1-2	3	15-30
Лорноксикам	Ксефокам	0,008	0,024	30

Выбор препаратов зависит от тщательной оценки медикаментозного и аллергического анамнеза больного. Иногда при определении программы послеоперационного ведения пациентов следует учитывать риск развития у них синдрома послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР). Послеоперационные тошнота и рвота - эта проблема не только дискомфорта для больного. Тошнота может привести к весьма серьезным последствиям, особенно у пациентов, страдающих артериальной гипертензией и неврологическими заболеваниями.

При выявлении факторов риска развития ПОТР, а к ним относятся, в частности, лица женского пола, плохая переносимость езды на автомобиле, воздушном и водном транспорте, - может быть рекомендовано применение эффективных противорвотных средств, например зофрана или новобана. Внутримышечное введение этих препаратов за 20-30 мин до хирургического вмешательства эффективно защищает пациента от весьма опасного осложнения - синдрома ПОТР.

29

Антибиотики

Б.Р. Гельфанд

Антибиотики применяются в стоматологии по двум основным показаниям. Первое - лечение инспекций полости рта и челюстно-лицевой области. В этих случаях антимикробные препараты назначают по принципам, изложенным в соответствующих руководствах по лечению одонтогенной и пародонтальной инспекции. Читатель может использовать специальные руководства, изданные в последние годы в **РОССИЙСКОЙ Федерации** (Хирургические инспекции, руководство под редакцией И.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, СПб, 2003 г., Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии под редакцией Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова, Москва, 2002 г.). В этих руководствах есть специальные разделы, в которых с современных позиций изложены принципы и методология лечения инфекционных процессов полости рта и челюстно-лицевой области. Этому же вопросу посвящен труд Американской Академии Пародонтологии «Системное применение антибиотиков в пародонтологии», перевод которого был опубликован в нескольких российских стоматологических журналах.

Второе профилактическое назначение антибиотиков, т.е. применение антибиотиков для профилактики инфекционных осложнений в послеоперационном периоде. По мнению экспертов, в частности специалистов по стоматологии, хирургии, инфекционным болезням, в амбулаторной стоматологической практике такое применение антибиотиков целесообразно лишь у больных, перенесших трансплантацию крупных суставов (тазобедренный, коленный, локтевой, плечевой), и у больных, имеющих пороки сердца, в том числе пролапс митрального клапана, для профилактики бактериального эндокардита. При проведении профилактики антибиотиками целесообразно учитывать степень риска бактериемии, связанной со стоматологическими манипуляциями. Стратификация этого риска представлена в табл. **29-1**. У пациентов, перенесших замещение крупных суставов, профилактика антибиотиками абсолютна показана при высоком риске гематогенного инфицирования сустава (табл. **29-2**). Рекомендуемые режимы антибиотикопрофилактики в стоматоло-

гической практике представлены в табл. **29-3**. Что касается профилактики эндокардита у больных с пороками сердца (в том числе после протезирования клапанов), то в настоящее время эксперты считают, что стоматологические манипуляции, выполняемые высококвалифицированными специалистами, лишь в редких случаях могут быть причиной такого серьезного осложнения, как эндокардит. Профилактика показана при манипуляциях, сопровождающихся значительной кровоточивостью, у пациентов, относящихся к категории высокого риска бактериемии (см. табл. **29-1**). Больным этой категории следует использовать однократное профи-

лактическое введение антибиотиков до операции. В случае непредвиденного выраженного интраоперационного кровотечения введение антибиотика может быть начато и во время операции. Рекомендуемые режимы представлены в табл. **29-3**. Следует подчеркнуть, что при развитии кровотечения во время операции может быть использована аккуратная обработка ротовой полости раствором антисептика, в частности хлоргексидина. Орошение десны и тканей в области кармана любыми растворами не имеет доказательств эффективности в отношении снижения риска развития бактериемии и влияния на частоту возникновения эндокардита.

Табл. **29-1**. Стратификация стоматологических манипуляций по вероятности развития бактериемии

Высокая вероятность¹ |Й|р|

- Экстракция зуба.
- Пародонтологические процедуры, включая хирургические операции, поддесневая установка пропитанных антибиотиками нитей, снятие отложений и сглаживание корня, зондирование, проведение поддерживающей терапии.
- Установка стоматологического имплантата и реимплантация вывихнутого зуба.
- Эндодонтическое или хирургическое лечение, выходящее за пределы верхушки.
- Установка ортодонтических колец, но не брекетов.
- Интралигаментарное введение местного анестетика.
- Профилактические манипуляции в области зубов или имплантатов, которые могут вызвать кровотечение.

Низкая вероятность²

- Ортопедическая стоматология³, протезирование с установкой ретракционных нитей или без них⁴.
- Местные инъекции анестетиков (неинтралигаментарные).
- Внутриканальное эндодонтическое лечение, установка штифта и изготовление надстройки культы.
- Установка кафердама.
- Удаление швов.
- Установка съемных ортопедических или ортодонтических конструкций.
- Снятие слепков.
- Фторирование.
- Проведение рентгенологического обследования.
- Коррекция ортодонтических конструкций.

¹ Антибиотикопрофилактика показана пациентам с полной заменой сустава, которые соответствуют критериям, представленным в табл. 29-2. Другим пациентам с ортопедическими имплантатами при проведении стоматологических манипуляций антибиотикопрофилактика не показана.

² Антибиотикопрофилактика не показана.

³ Включает лечение кариеса или реставрацию утраченных зубов.

⁴ Лечащий стоматолог может посчитать, что в имеющейся клинической ситуации показано использование антибиотиков, поскольку предполагаемые манипуляции могут привести к развитию кровотечения.

Табл. **29-2.** Пациенты с потенциальным риском развития гематогенной инфекции после тотального замещения суставов

Пациенты с подавленным иммунитетом

4|p||111

- Артропатия воспалительного генеза: ревматоидный артрит, системная красная волчанка.
- Подавление иммунитета в результате заболеваний, действия лекарственных препаратов или лучевой терапии.

Другие группы пациентов

- Инсулинзависимый диабет (тип I).
- Первые два года после замещения сустава.
- Наличие в анамнезе инфекций в области протезированного сустава.
- Нарушение питания.
- Гемофилия.

Табл. **29-3.** Рекомендуемые режимы профилактического применения антибиотиков*

Пациенты без аллергии к пенициллину

- цефалексин, цефадрин или амоксициллин
2 грамма перорально за **1** час до стоматологической манипуляции

Пациенты без аллергии к пенициллину, которые не могут принимать пероральные препараты

-
- цефазолин или ампициллин
цефазолин 1 грамм или ампициллин 2 грамма внутримышечно или внутривенно за **1** час до стоматологической манипуляции

Пациенты с аллергией к пенициллину

- клиндамицин
600 мг перорально за **1** час до стоматологической манипуляции

Пациенты с аллергией к пенициллину, которые не могут принимать пероральные препараты

- клиндамицин
600 мг внутривенно за **1** час до стоматологической манипуляции

* Ни в одном из перечисленных случаев не рекомендуется назначение повторных доз препаратов.

Послесловие переводчика

«Квалифицированное удаление третьих моляров» - это уже второе русскоязычное издание Издательского дома «Азбука». Надеемся, что монографию японских авторов ждет такая же счастливая судьба, как и первую книгу «Азбуки» - Атлас Эдварда Коэна.

Вниманию читателя предлагается прекрасное практическое руководство, которое привлекает, прежде всего, доступным языком и строгой подачей материала. Это одна из тех книг, которые можно читать с любой страницы, точнее, с любой главы. По отзывам знакомых с англоязычной версией российских специалистов, руководство Соихиро Асанами и Ясунори Касазаки представляет собой инструкцию по применению для каждого клинического случая, связанного с удалением зубов мудрости. Даже не обладая выдающимися хирургическими навыками, врач-стоматолог общего профиля с помощью этой книги может достаточно уверенно проводить такие сложные манипуляции, как экстракции третьих моляров. К счастью, с выходом настоящей книги на русском языке возможность почувствовать себя увереннее теперь появится у гораздо большего количества стоматологов.

Однако «Квалифицированное удаление третьих моляров» состоит не только из достоинств, в англоязычном издании есть один относительный недостаток - главы, посвященные применению антибактериальных, противовоспалительных и обезболивающих средств, были ориентированы на стоматологов США, поскольку написаны американским специалистом доктором Робертом Джонсоном (КобеП 5.)оппвоп). Кроме того, информация, представленная в них, сильно устарела, так как последнее (третье) англоязычное издание вышло в свет в 1993 г.

В русскоязычном издании с разрешения издательства «Квинтэссенция» (Берлин, Германия) эти главы были написаны научным редактором русского перевода профессором Б.Р. Гельфандом. Помимо этого, в тексте даны ссылки на других авторов, работы которых доступны отечественному читателю.

Александр Островский