

Амбулаторная хирургическая стоматология. Показания и противопоказания к операции удаления зубов на нижней и верхней челюсти, особенности оперативной техники, удаление ретенированных, дистопированных зубов.

1.Актуальность темы. Удаление зуба – наиболее распространенное вмешательство на стоматологическом хирургическом приеме. Знание показаний, противопоказаний, техники удаления зуба, возможных осложнений и помощи при них – это основа работы хирурга-стоматолога..

2.Цели лекции.

ознакомить с показаниями, противопоказаниями к удалению зубов, техникой удаления зубов, клиникой осложнений во время и после удаления зуба, а также методами устранения возникших осложнений.

План лекции

1.ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ, ОСОБЕННОСТИ УДАЛЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП ЗУБОВ.

2.ПРИНЦИПЫ ОБРАБОТКИ И МЕХАНИЗМ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА. СОВЕТ БОЛЬНОМУ.

3.ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА.

Удаление зуба как лечебное мероприятие является операцией, известной с глубокой древности. Изобретение ее приписывается еще Эскулапу.

Операция удаления зуба.

Более 90% операций, некоторые производятся в поликлинике, связаны с удалением зуба.

Как всякое хирургическое вмешательство операция удаления зубов и корней имеет свои показания и противопоказания.

Показания к операции удалению зубов следует разделить на абсолютные и относительные.

Абсолютные показания

обеспечивает дренирование гнойного очага и устраняет зуб, поддерживающую воспалительный процесс в кости и мягких тканях – при остром одонтогенном остеомиелите, флегмоне, эмпиеме верхнечелюстной пазухи. При периостите и остром и обострившемся хроническом периодонтите зуб удаляют, если он не представляет функциональной и эстетической ценности, или же дренирование периапикального очага через канал зуба невозможно.

-зубы с периапикальными воспалительными процессами, при безуспешности эндодонтического лечения, и этот очаг не может быть устранен другими хирургическими методами - резекцией верхушки корня, реплантацией, гемисекцией и ампутацией корня зуба;

- значительное разрушение коронки зуба при хроническом периодонтите, что делает сохранение зуба нецелесообразным;

-осложнения, связанные с лечением зубов (перфорация полости зуба или его корня, поломка инструмента в труднодоступных участках корня зуба и др);

-пародонтит и пародонтоз, III, IV степени;

-затрудненное прорезывание нижних зубов мудрости при наличии осложнений, если зуб вследствие недостатка места в альвеолярном отростке или неправильного положения (косое дистальное ,медиальное, горизонтальное) не может прорезаться;

-ретинированные дистопированные ,сверхкомплектные зубы, если они являются источником осложнений(воспалительных процессов, кист, лицевых болей и др);

-неправильно расположенные в зубном ряду одиночные зубы, которые вызывают постоянное травмирование слизистой оболочки полости рта.

-зубы находящиеся в щели перелома, если перелом проходит через верхушку его корня или повреждает периодонт на большем его протяжении

- при переломе корня зуба, находящегося в щели перелома;
- продольные переломы корней зубов;
- зубы с хроническими воспалительными процессами (гранулирующий, гранулематозный периодонтит), находящихся в щели перелома или вблизи него.
- временные (молочные) зубы, которые служат причиной повреждения прилежащих к их корням зачатков постоянных зубов;
- в случаях рождения ребенка с прорезавшимися временными (молочными) зубами (обычно нижними резцами) которые подлежат удалению, так как препятствуют кормлению ребенка грудью (если их не удалось покрыть защитной пластинкой).

Относительные показания к операции удаления зубов.

- а) по ортодонтическим показаниям в тех случаях, когда приходится удалять зубы для создания места в зубном ряду, при ортодонтическом лечении (удалении 4\4 зубов при вестибулярном расположении 3\3 зубов) ;
- б) по ортопедическим показаниям при резко выраженном симптоме Попова-Годона (выстояние или конвергенция зубов) препятствующая протезированию.

Противопоказания к удалению зубов

Считается, что абсолютных противопоказаний нет. Однако, зубы не удаляют даже при наличии абсолютных показаний агонирующим больным. Не удаляют (в виде отдельной операции) подвижный или разрушенный зуб, находящийся в злокачественной опухоли - только вместе с удалением опухоли.

Практически все противопоказания являются относительными (временными), так как при некоторых заболеваниях и физиологических состояниях после обследования и подготовки больного операцию удаления можно произвести в условиях поликлиники или стационара, по профилю основного заболевания.

Относительные противопоказания

-сердечно -сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь в период криза, ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии покоя, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия, прединфарктное состояние, первые 3-6 месяцев после инфаркта миокарда, ревматизм, асептический эндокардит в период обострения, выраженная декомпенсация сердечной деятельности и др.) ;

-острые заболевания почек (острый гломерулонефрит, почечная недостаточность);

-острые заболевания поджелудочной железы (острый панкреатит, гипер- и гипогликемическая кома);

-инфекционный гепатит (острый и в стадии обострения);

-заболевание крови (лейкоз, агранулоцитоз, гемморагические диатезы - гемофилия, тромбоцитопения, и другие состояния протекающие с геморрагическими симптомами);

- гиповитаминозы (С-авитоминоз);

- острые заболевания дыхательных путей (грипп, ОРЗ, бронхиты, пневмония);

- острые инфекционные заболевания (дифтерия, коклюш, корь, скарлатина, и другие);

- острые заболевания центральной нервной систем (менингит, энцефалит, острые нарушения мозгового кровообращения -инсульт);

- психические заболевания в период обострения (эпилепсия, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и др.);

-беременность (1-2 и 8-9 месяцы) из-за опасности выкидыша или преждевременных родов;

-острая лучевая болезнь в период разгара;

-лучевая терапия, проводимая по поводу опухолей челюстно-лицевой локализации;

-острые воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта и зева (стоматиты, гингивиты, ангины);

- поражение СОПР при инфекционных заболеваниях (ВИЧ, специфических воспалительных процессах, грибковой инфекции);

-временные (молочные) зубы у взрослых людей при отсутствии смены постоянными зубами.

- зубы в зоне опухолей, зубы в зоне сосудистых мальформаций.

Инструменты для удаления зубов.

Для удаления зубов используют анатомические разнообразные щипцы и элеваторы. Строение щипцов зависит от анатомического строения зубов для удаления, которых они предназначены.

В щипцах различают:

1, щечки - часть щипцов, которые служат для захвата коронок зубов или корней, т.е. обеспечивают фиксацию щипцов на зубе. Строение щечек определяет назначение щипцов. На щечках всех видов щипцов имеются продолговатые нарезки,

обеспечивающие минимальное скольжение щипцов на зубе при их смыкании;

2. ручки (бранши, рукоятки) -участки за которые врач фиксирует щипцы в руках, т.е..место приложения усилий врача. Они имеют длину до 15-20 см. имеют насечки для лучшей фиксации щипцов в руке;

3.замок-участок, соединяющий обе половины щипцов.

Элеваторы

Различают прямой, угловой и штыковидный элеватор. Элеватор любой конструкции состоит из рабочей части-щечки, соединительной части(стержня) и ручки.

Прямой (универсальный) элеватор. Рабочая часть у него с одной стороны выпуклая (полукруглая), а с другой -выгнутая (имеет -желобоватую форму).Конец рабочей части источник и закруглен и заострен с одной из сторон.

Рабочая часть прямого элеватора может иметь копьевидную форму и такие элеваторы называются копьевидными. Такая форма рабочей части применяется

в элеваторе Леклюза, однако они в настоящее время почти не применяются.

Угловой элеватор. Рабочая часть изогнута по ребру и расположена под углом около 120градусов к продольной оси элеватора. Одна поверхность элеватора выпуклая, другая -слегка вогнутая с продольными насечками. Конец рабочей части источник, закруглен и заострен и может иметь зазубрины. Вогнутая поверхность щечки элеватора может быть обращена влево - левосторонний, или вправо - правосторонний элеватор.

Положение врача и больного при удалении зубов

Для успешного проведения операции удаления зубов большое значение имеет правильное положение врача и больного так, как создает наиболее благоприятные условия обзора операционного поля, фиксации челюстей и др.

Для удаления верхних зубов больного усаживают в стоматологическое кресло со слегка запрокинутой головой. Кресло поднимается на такую высоту, чтобы удаляемый зуб находился приблизительно на уровне плечевого сустава больного. Врач при этом находится справа и спереди от больного.

При удалении нижних зубов кресло опускается как можно ниже, так, чтобы нижняя челюсть больного находилась на уровне локтевого сустава опущенной руки врача. Кресло и подголовник перемещаются так, чтобы туловище и голова больного находились в вертикальном положении.

Удаляя нижние правые большие и малые коренные зубы, врач находится справа и несколько сзади от больного, при этом левая рука как бы охватывает голову больного и фиксирует нижнюю челюсть.

При удалении нижних фронтальных зубов, больших и малых коренных зубов врач находится справа и несколько спереди от больного.

Операция удаления зуба:

Операцию удаления зуба начинают с отделения круговой связки от шейки зуба, после того, как у больного в результате анестезии исчезнут болевые ощущения. Отделить десну можно с помощью прямого элеватора или гладилки. Когда удаляемые зубы сильно разрушены, то необходимо отделить десну от края альвеолы. Это облегчает наложение щипцов и предотвращает разрывы слизистой оболочки при извлечении зуба.

.Наложение щипцов. Держа щипцы в руке одним из ранее названных способов, раскрывают щечки и накладывают их на зуб или корень так, чтобы одна из щечек располагалась с язычной (небной), а другая с вестибулярной (щечной) стороны зуба. Ось щипцов должна совпадать с осью зуба. Несовпадение оси щипцов и зуба может привести к перелому коронки или корня удаляемого зуба или травме соседнего зуба.

.Продвижение щипцов. Продвижение щечек щипцов под десну до ощущения плотного охвата зуба осуществляется давлением руки на щипцы. Если коронка зуба разрушена, то щечки щипцов продвигают так, чтобы они обхватили края стенки лунки, которые при удалении обламываются. Это позволяет избежать соскальзывания щипцов.

Фиксация (смыкание) щипцов. Первые два приема осуществляются при не полностью сомкнутых щеках щипцов. Для плотной фиксации щечек щипцов на коронке или корне удаляемого зуба рукоятки плотно сжимают так, чтобы зуб и щипцы представляли одно целое. Приложение чрезмерной силы может привести к разрушению коронки или корня удаляемого зуба.

Люксация или ротация. При выполнении этого этапа врач раскачивает (люксация) зуб в вестибулярную и язычную (небную) сторону или осуществляет вращение зуба вокруг оси на 25-30 град. в одну или другую сторону. Эти движения следует проводить, постепенно увеличивая амплитуду колебаний. При таких движениях происходит разрез периодонта, связывающего зуб, а также смещаются и подламываются стенки лунки.

Первое раскачивающее движение делают в сторону наименьшего сопротивления. При удалении зубов на верхней челюсти первое движение при люксации делают кнаружи, за исключением удаления шестого зуба. Наружная стенка лунки шестого зуба утолщена за счет скуло-альвеолярного гребня, поэтому удаляя этот зуб, первое движение делают вовнутрь.

На нижней челюсти при удалении резцов, клыка, премоляров первое раскачивающее движение делают кнаружи. При удалении второго и третьего моляров первое вывихивающее движение делают в язычную сторону, так как наружная стенка в области этих зубов более толстая.

Вращательное движение (ротация) производится при удалении зубов, имеющих один округлый корень, приближающийся по форме к конусу. Это движение целесообразно при удалении резцов, клыка на верхней челюсти и разъединенных корней верхних многокорневых зубов. Зачастую вращательное движение следует сочетать с раскачивающими, (т.е. ротацию с люксацией).

Тракция - извлечение зуба из лунки. Является заключительным этапом в операции удаления зуба. После полного разрыва удерживающих связок производят его извлечение. Тракция производится плавно, без рывков, в основном кнаружи на нижней челюсти движением вверх, на верхней вниз.

После удаления зуба врач, наложив марлевый тампон на лунку, сжимает ее края, этим достигается репозиция смещенных краев лунки, уменьшается площадь послеоперационной раны, что способствует ее лучшему заживлению и предотвращает развитие послеэкстракционных осложнений.

Заживление раны после удаления зуба

Послеэкстракционная рана заживает вторичным натяжением. После удаления зуба лунка заполняется кровяным сгустком. Постепенно в течение двух недель он подвергается замещению грануляционной тканью, исходящей со дна и стенок лунки. Источником появления грануляций в ране являются остатки периодонта и круговой связки. Одновременно происходит эпителизация за счет вегетации эпителия десневого края. Эпителизация после экстракционной раны проходит в двух-трехнедельный срок и зависит от возраста больного. У молодых процесс заживления проходит быстрее, у пожилых - медленнее. В однокорневых зубах процесс эпителизации происходит быстрее (16-18 дней) чем в многокорневых (19-23 сутки). Сроки эпителизации удлиняются на 1-2 недели после травматичного удаления зуба при наличии воспаления.

К концу второй недели со дна и стенок лунки начинается разрастание остеоидной ткани, а к 45-му дню лунка полностью заполняется мелковолокнистой губчатой костной тканью. Одновременно происходит резорбция компактной пластинки лунки зуба. К концу третьего месяца новообразованная крупноволокнистая ткань полностью выполняет всю альвеолу, а к концу 4-6 месяцев, а при осложненном заживлении к 8 месяцу рентгенологически отличить лунку от окружающей кости не удастся.

Уход за раной после удаления зуба

Основной задачей послеоперационного ухода за раной является предупреждение осложнений процесса ее заживления.

Для этого необходимо:

1. проверить, все ли части зуба удалены,
2. провести ревизию лунки, удалить мелкие костные осколки,
3. провести кюретаж верхушечной части лунки при наличии грануляций или гранулемы, которые не были удалены вместе с зубом (корнем)
4. сгладить острые костные края лунки,

5.сблизить края альвеолы (репозиция краев лунки).

При обнаружении повреждений десны и обнажения кости альвеолярного отростка необходимо перекрыть костную рану мягкими тканями и наложить швы на слизистую оболочку. При атипичном удалении зуба послеоперационная рана обязательно зашивается.

В случае острого или обострившегося хронического воспалительного процесса кюретаж лунки, ушивание лунки не показаны.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Хирургическая стоматология: Учебник/Под ред. Т.Г.Робустовой. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2010. – 688 с.: ил. (Учеб. лит. Для мед.вузов).
2. Афанасьев В.В., Пашинян Г.А., Новосельская В.Н. Хирургическая стоматология (Запись и ведение истории болезни) : практическое руководство / под общей редакцией проф. Афанасьева В.В. М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005.- 128 с.
3. Тимофеев А.А., Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- Киев, 2002. -621с.: ил.

Дополнительная:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 3-е изд., перераб. и доп. Витебск: Белмедкнига, 1998.- 416 с.: ил.
2. Безруков В.М. Амбулаторная хирургическая стоматология: Руководство для врачей. /В.М. Безруков, Л.А. Григорьянц, Н.А. Рабуха и др. – М.: Медицинское информационное агентство, 2002.-75с.
3. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2-х томах./Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: Медицина, 2000.-776 с.: ил.

Психолого-педагогическая:

1. Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новации.- 2-е изд., испр. и доп./ Под ред. Академика РАМН Н.Д.Ющука – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005.- 336 с.
2. Трегубова Е.С., Петрова Н.А. Рекомендации по составлению методических разработок занятий для преподавателей медицинских вузов. – СПб:СПбГМА, 2005.-20с.

3. В.В.Меркушев, Г.В.Безродная. Активные методы обучения в медицинском вузе (методические рекомендации для профессорско-преподавательского состава). Москва, 1994 г.