

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
УКРАЇНИ ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ  
ЗАКЛАД УКРАЇНИ УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА  
СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

**Тема: Видалення зубів: атипове**

# Актуальність:

- ▣ Питання, що стосуються операції видалення зуба – є найбільш актуальними в хірургічній стоматології. До 80% пацієнтів звертаються на амбулаторний прийом до хірурга стоматолога саме з метою видалення зубів молочного та постійного прикусу. І саме від хірурга-стоматолога залежить якість проведеного втручання та перебіг періоду реабілітації.

- ▣ План лекції:
- ▣ Атипове видалення
- ▣ Методика атипового видалення

■ Атипове видалення - метод, коли зуб або корінь видаляється не через лунку. Операція атипового видалення проводиться при видаленні ретенуваних і дистопованих комплектних і надкомплектних зубів, в тому числі і при утрудненому прорізуванні нижніх зубів мудрості, при гіперцементозі, при вираженому викривленні коренів, при переломі верхівкового відділу кореня, коли його не можна видалити щипцями або елеваторами через лунку.

■ Показання до операції видалення зуба поділяються на абсолютні та відносні. Абсолютні показання в свою чергу діляться на: 1. Невідкладні, при яких зуб слід видалити обов'язково при першому звертань хворого за допомогою. До цих показань відносять: - "причинний" зуб при гострому одонтогенному остеомієліті щелеп; - зуби, що розташовані в щілині перелому та уражені хронічним періодонтитом заважають репозиції відламків; - поздовжній перелом зуба. 2. Планові - показання, при яких зуб слід видалити обов'язково, однак операції видалення зуба можна відстрочити на певний час: - гнійний запальний процес у періодонті, що наростає, незважаючи на консервати не лікування. Зуб підлягає видаленню незалежно від стану його коронки для попередження важких місцевих та загальних ускладнень;- зуби, що не підлягають консервативному лікуванню чи не мають функціональної цінності та є джерелом інфекції при гострому періоститі, білящелепному абсцесі та флегмоні, синуїті, лімфаденіті; - перелом коронкової частини зуба з оголенням пульпи, якщо зуб неможливо відновити шляхом пломбування чи ортопедичного лікування.



- Відносні показання: 1) безуспішність лікувальних заходів при хронічних гранулюючому чи гранулема- тозному періодонтитах та розвитку запальних явищ в оточуючій кістковій тканині; 2) хронічна ротова інфекція та інтоксикація, що пов'язані зі шкідливим впливом на- вколозубного вогнища на весь організм та в першу чергу на центральну нервову систему (хроніосепсис); 3) неможливість консервативного лікування, що зумовлена: - значним руйнуванням коронки зуба; - obturaцією кореневого каналу зламаним ендодонтичним інструментом при не- можливості його видалення; - особливостями анатомічного характеру (непрохідність чи скривлення кореневих каналів); - погрішностями лікування, що викликали перфوراцію кореня чи порожнини зуба, якщо ці перешкоди неможливо усунути; 4) повне руйнування коронки зуба, неможливість використати його коронку чи корені для протезування; 5) дистоповані зуби, що зміщують сусідні зуби, травмують слизову оболонку та не підлягають ортодонтичному лікуванню; надкомплектні зуби за ортодонтичними та косметичними показаннями; 6) ретеновані та дистоповані зуби, що викликають розвиток кісти та запалення в оточуючих тканинах, якщо ці явища неможливо ліквідувати іншим шляхом; 7) видалення дистопованих зубів мудрості, що викликають патологічні процеси в оточуючих тканинах (утруднене прорізування зуба мудрості); поодинокі зуби, що заважають стабілізації знімного протезу; 8) рухливість зуба III ступеня, значне його висунування з альвеоли з одночасним оголенням коренів, особливо коли такий зуб заважає жуванню, травмує оточуючі м'які тканини або перешкоджає протезуванню; 10) хронічний рецидивуючий гранулюючий періодонтит запломбованого зуба при наявності норицевого ходу та безуспішності попередніх лікувальних заходів; 11) зуби, що локалізовані в ділянці новоутворень альвеолярного відростка, підлягають видаленню одночасно з патологічно зміненою ділянкою тканин (наприклад, при амелобластомі, при злоякісних новоутвореннях), а також для кращого доступу при ви- конанні радикального оперативного втручання. Встановивши показання до операції видалення зуба, визначають термін її проведення. Він залежить від загального стану організму, супутніх захворювань різних органів та систем. Протипоказання до операції видалення зуба. Абсолютних протипоказань до операції видалення зуба не існує. Відносними протипоказаннями є ряд загальних і місцевих захворювань та деякі фізіологічні стани. У таких хворих це втручання можна виконати тільки після відповідного лікування та підготовки.



**Разрушение**



**Инфекция**



**Скучивание**



**Кисты**

- Відносні протипоказання до операції видалення зуба поділяють на загальні та місцеві. Загальні протипоказання: 1) серцево-судинні захворювання (передінфарктний стан та 3-6 місяців після перенесеного інфаркту міокарда, гіпертонічна хвороба в період кризи, ішемічна хвороба серця з частими приступами стенокардії, пароксизм миготливої аритмії, пароксизмальна тахікардія, гострий септичний ендокардит та ін.); 2) гострі захворювання паренхіматозних органів — печінки, нирок, підшлункової залози (інфекційний гепатит, гломерулонефрит, панкреатит та ін.); 3) геморагічні діатези (гемофілія, хвороба Верльгофа, С-авітаміноз); захворювання, що перебігають з геморагічними симптомами (гострий лейкоз, агранулоцитоз). При терміновій потребі цієї операції слід вжити заходів для запобігання наступної кровотечі. Оперативне втручання рекомендується проводити лише в стаціонарних умовах. При відсутності показань до термінового втручання слід провести попередню підготовку хворого протягом певного часу; 4) гострі інфекційні захворювання (грип, гострі респіраторні захворювання, бешихове запалення, пневмонія); 5) захворювання центральної нервової системи (гостре порушення мозкового кровообігу, менінгіт, енцефаліт); 6) психічні захворювання в період загострення (шизофренія, маніакально-депресивний психоз, епілепсія); 7) гостра променева хвороба I—III стадій; 8) вагітність (1-2 та 8-9 місяці через небезпеку викидня чи передчасних пологів). 9) Місцеві протипоказання: 1) захворювання слизової оболонки порожнини рота (виразково-некротичний гінгівіт, стоматит, хейліт); 2) променева терапія, що проводиться з приводу злоякісних захворювань щелепно-лицевої локалізації; 3) зуби, розміщені в ділянці злоякісної пухлини (рак, саркома) та гемангіоми; 4) молочні зуби у дорослих людей при відсутності їх заміни на постійні. Після лікування цих хворих, покращання їх стану та консультації зі спеціалістом відповідного профілю проводиться видалення зуба. Хворим з важкою супутньою патологією зуб краще видаляти в умовах стаціонару.

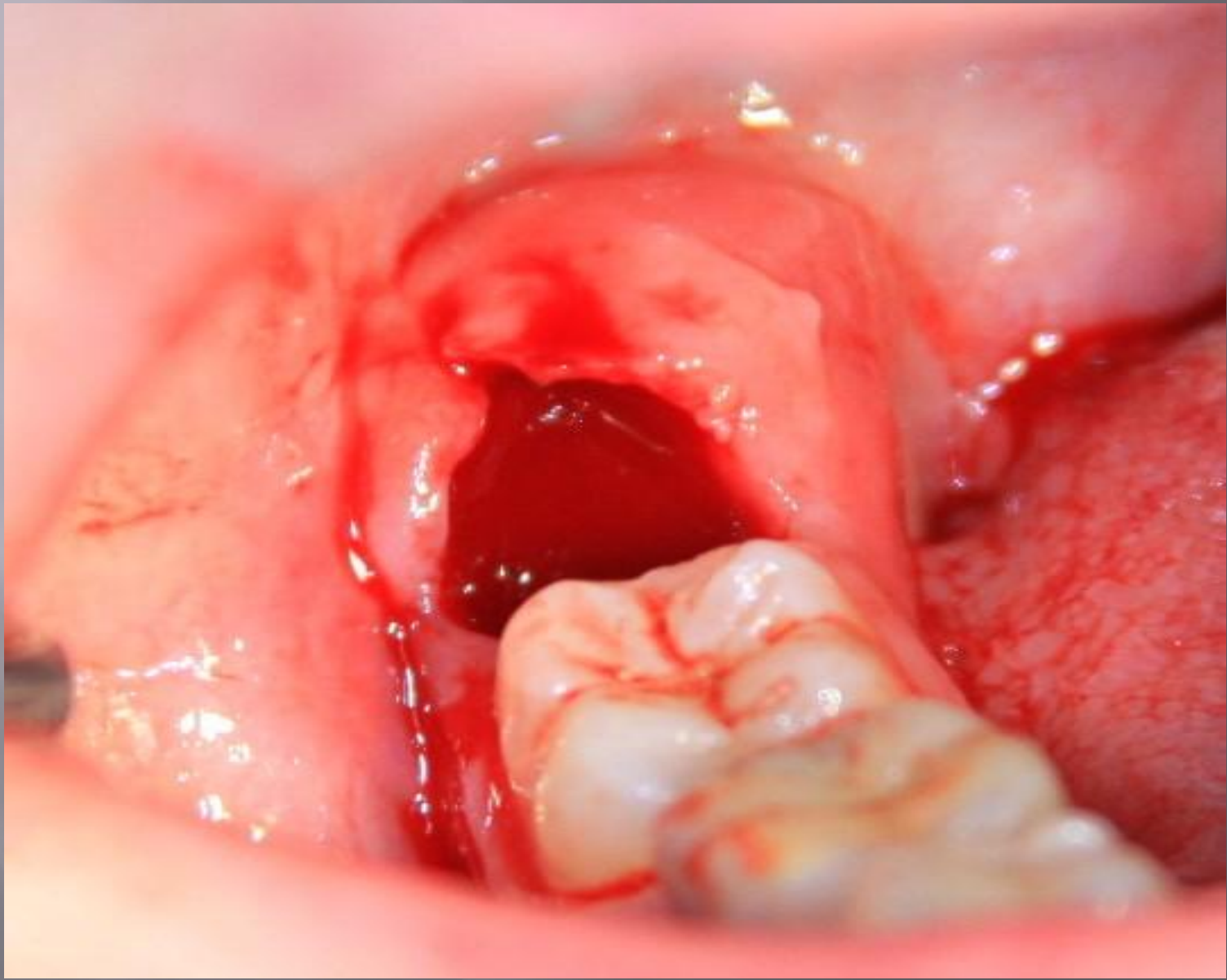


■ ПІДГОТОВЧІ ЗАХОДИ ДО ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА Обстеження. При наявності показань до видалення зуба, для з'ясування особливостей оперативного втручання, деталей його техніки та вибору тих чи інших інструментів необхідно провести старанний огляд не тільки зуба, що підлягає видаленню, а й оточуючих його тканин. Обслідуючи зуб або корінь, який підлягає видаленню, завжди необхідно враховувати можливість аномалії розвитку коренів, що може значно ускладнити проведення операції. Розміри коренів, їх кількість, форму та розміщення можна встановити за допомогою рентгенівського знімка. Однак рентгенологічне дослідження не роблять перед кожною операцією видалення, а застосовують лише при явно важких та складних втручаннях. Проводячи огляд зуба, встановлюють міцність коронки, що допускає можливість застосування при видаленні зуба коронкових щипців. Стоншені стінки сильно зруйнованої коронки, які не дозволяють користуватися коронковими щипцями та перешкоджають застосуванню кореневих щипців, доцільніше скусити. Одночасно з оглядом коронки встановлюють міцність укріплення зуба в альвеолі. Перед видаленням коренів моляра необхідно з'ясувати стан міжкореневої спайки. Відсутність її полегшує проведення оперативного втручання, бо видалити одиночний корінь значно простіше. Наявність же твердої міжкореневої спайки може викликати потребу проведення в ході оперативного втручання поділу коренів. Труднощі, що виникають при видаленні зубів, значною мірою пов'язані з особливостями будови їх коренів - розмірами та ступенем розходження. Про довжину коренів можна судити до певної міри за величиною альвеолярних підвищень, наявних на зовнішній поверхні альвеолярного відростка. Це стосується головним однокорневих зубів та частково верхніх премоларів. У ділянці інших зубів внаслідок того, що зовнішня стінка альвеолярного відростка товстіша, альвеолярні підвищення не виражені. Деяке уявлення про розміри та ступінь розходження коренів можна скласти на підставі величини та форми коронки зуба: чим нижча і в той же час ширша коронка, тим довші корені та тим більше вони розходяться в різні боки. Якщо коронка зуба, що підлягає видаленню, зруйнована, то про будову коренів можна судити на підставі огляду наявних аналогічних зубів. Підготовка хворого. Хворого, дорослого або дитину, слід попередити про необхідність видалення зуба, можливу тривалість втручання, передбачуване скушування виступаючих ділянок коронки, поділ коренів та ін. При своєчасному попередженні хворі не реагують на хрускіт, що відчувається при цьому, та дають можливість спокійно провести оперативне втручання. Медикаментозна підготовка хворих перед видаленням зуба здебільшого не проводиться. Однак при значній нервозності хворого може бути показане застосування профілактичної премедикації. В разі потреби втручання при запальному процесі залежно від його характеру та стадії, для запобігання загострення процесу безпосередньо перед втручанням та протягом кількох днів після нього доцільно

- ▣ Операцію атипного видалення зуба починають зі створення доступу до зуба (кореня), що видаляється, шляхом розсічення слизової оболонки і окістя, частіше з вестибулярної поверхні альвеолярного відростка. У фронтальному відділі щелеп роблять трапецієподібний розріз від середини сусідніх зубів до перехідної складки і ясенного краю (гребеня альвеолярного відростка при відсутності зубів) з'єднують обидва розрізу. В бічних відділах роблять кутові розрізи, відшаровують слизово-окістний клапот, оголюють альвеолярний відросток. За допомогою бору і бормащини (рідше за допомогою долота) видаляють зовнішню кісткову стінку, іноді піднебінну при видаленні ретенуваних зубів на верхній щелепі, зміщених в піднебінний бік.
- ▣ Після того, як корінь або ретенований зуб звільнений від кісткової тканин, за допомогою прямого елеватора видаляють корінь (зуб). Для видалення кореня іноді доцільно використовувати гладилку або гачок для зняття зубного каменю. При видаленні ретенуваних зубів, що мають косе або горизонтальне положення, роблять повний розпил коронки зуба що видаляється з подальшим вивихом решти зуба.

Після видалення зуба або кореня гострі краї кісткової рани – згладжують, промивають її перекисом водню і розчином фурациліну для видалення дрібних кісткових уламків зуба (кореня). Слизово-окістний клапот укладають на місце і фіксують швами.





## Рекомендована література:

- 1. Дубровина Е.В. Местная анестезия в стоматологии. Атлас.- Полтава, 2010.-487с.
- 2.Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии /Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой.- М.,2000.-772 с.
- 3. А.А.Тимофеев. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- 4-е изд., перераб. и доп.- Киев: ООО «Червона Рута-Турс»,2004.- 1062с.
- 4. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии. - Киев, Здоров'я, 1983.-С. 43-50.
- 5. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.-Витебск,1998.- С. 13-46.
- 6.Кононенко Ю.Г., Рожко Н.М., Рузин Г.П. Местное обезболивание в стоматологии.-Книга Плюс, 2001.- 250с.
- 7. Муковозов В.А. Общая анестезиология и реанимация в хирургической стоматологии.- М.,1972.- 238с.
- 8. Митченко В.І, Панькевич А.І. Пропедевтика хірургічної стоматології. Вінниця: «НОВА КНИГА», 2004.-270 с.

Дякую за увагу!