

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Дистопия и ретенция зубов. Затрудненное прорезывание зуба «мудрости».
Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.

Г. Красноярск, 2019г

Оглавление.

1. Введение.....	3
2. Неполное прорезывание зуба (полуретинированный зуб).....	4
3. Ретенция зубов.....	6
4. Лечение.....	10
5. Вмешательства с целью сохранения ретенированных зубов.....	12
6. Особенности удаления ретенированного зуба.....	15
7. Осложнения.....	27
8. Список литературы.....	31

Введение.

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.

Как бы то ни было, стоматолог не может избежать экстракции третьих моляров. По этой причине предлагаю вашему вниманию подробный анализ некоторых клинических случаев с демонстрацией различных методик, которые используются в практике. Это позволит более точно определить степень сложности удаления третьих моляров в различных клинических случаях и проводить лечение с большей уверенностью.

Нарушения (аномалии) прорезывания зубов включают:

1. Затрудненное прорезывание зуба.
2. Неправильное положение зуба (смещение, возникшее в процессе прорезывания) – дистопированный зуб.
3. Неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку (полуретенированный зуб)
4. Задержка прорезывания полностью сформированного зуба через компактную пластинку челюсти (ретенированный зуб)

Неполное прорезывание зуба (полуретинированный зуб).

Неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку наблюдается в области клыков, вторых резцов на верхней челюсти, нижнего и верхнего зубов мудрости. Полуретенция зуба характеризуется появлением прорезывающейся части коронки в каком-либо отделе альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти. В результате постоянной травмы слизистой оболочки, прилегающей к прорезывающейся части коронки зуба, вокруг нее возникает воспаление. Иногда полуретинированный зуб обнаруживается при воспалительном процессе в участке альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти. При исследовании определяют утолщение челюсти.

Покрываются гиперемизированной отечной слизистой оболочкой. В некоторых случаях такой зуб ничем себя не проявляет, и его обнаруживают случайно при рентгенографии.

Диагностика

Диагноз ставится на основании данных клинической картины, ортопантограммы и рентгенологического исследования. На рентгенограмме виден зуб, расположенный в челюсти. Коронка или только часть его прикрыта костной тканью. Полуретинированный зуб, особенно нижний зуб мудрости, часто смещен. Прорезывание полуретинированных клыков и вторых резцов на верхней челюсти чаще происходит в сторону твердого неба; клыков, премоляров на нижней челюсти - в сторону преддверия рта.

Лечение

Чаще оперативное. У подростков и молодых людей иногда возможно ортодонтическое лечение (кроме верхних и нижних третьих больших коренных зубов). Полуретенированные нижние и верхние зубы мудрости подлежат удалению.

Ретенция зубов.

Под ретенцией зуба понимают задержку его роста после положенного для него срока прорезывания. Во рту зуб может быть еле виден или вообще не виден. Различают частичную или полную ретенцию. В случае частичной ретенции коронка зуба не полностью покрыта слизистой оболочкой. При полной ретенции зуб совершенно закрыт, во рту его не видно. При полной ретенции коронки зуба может быть покрыта тонко слизистой оболочкой, слизистой оболочкой и частично слоем кости или полностью слоем кости.

Причины ретенции

- Общее ослабление организма под воздействием инфекционных заболеваний
- Неправильное искусственное кормление ребенка
- Влияние некоторых общих заболеваний организма
- Задержка замены временных зубов постоянными
- Аномальное расположение зачатков постоянных зубов в кости челюсти, при котором коронка ретенированного зуба направлена в корень соседнего, создавая проблемы не только для прорезывания ретенированного зуба, но и для состояния соседних зубов
- Наличие на пути режущегося зуба сверхкомплектных зубов
- Толстые стенки зубного мешочка, который окружает коронку режущегося зуба
- Неблагополучная наследственность

По мнению американского врача Нодина и других авторов, в результате цивилизации все более широко употребление мягкой пищи, все меньше возможностей для жевания, и в результате все меньше нагрузка на зубы и челюсти. Поэтому в Западной Европе, на Британских островах, В США и Канаде, т.е. у народов, живущих в наиболее цивилизованных условиях, зубы редуцируются (зуб мудрости, боковой резец) или же некоторые виды зубов бывают ретенированы. У людей, живущих в условиях низкой цивилизации (эскимосы, австралийские туземцы и мексиканские индейцы), употребляющие однообразную грубую животную пищу, указанные аномалии наблюдаются редко.

В развитии ретенции играют роль и эмбриологические условия: слишком толстые стенки зубного мешочка, окружающего коронку прорезывающегося зуба, слишком толстая слизистая оболочка собственно десны, а также пониженные ростообразующие факторы. Ростковая сила образуется в результате роста корня и выпуклого выпячивания зубного зачатка может привести к столкновению с ранее прорезавшимся зубом и в результате - к ретенции. Развитие тела нижней челюсти не всегда согласуется с попаданием зубного зачатка восьмого зуба в вертикальное положение. Когда первый большой коренной зуб прорезывается, зачаток второго коренного зуба находится в наклонном положении вперед в ткани угла челюсти. Зачаток же восьмого зуба лежит горизонтально в ветви нижней челюсти. В процессе роста тела нижней челюсти второй большой коренной зуб попадает в вертикальное положение. Если окончание развития горизонтальной ветви наступает несколько раньше, то у зачатка восьмого зуба нет возможности попасть в вертикальное положение, поэтому он станет ретенированным в горизонтальном или мезеоангулярном положении.

Имеются и анатомические причины ретенции зубов. Частота проявления ретенции нижнего восьмого зуба связана с тем, что в области этого зуба

подслизистая ткань собственно десны более рыхлая. Эпителий наружной эмали прорезающегося зуба, выстилающий зубной мешочек, из-за рыхлой подслизистой ткани не входит в соприкосновение с эпителием десны. Под давлением в результате прорезывания подслизистая - в противоположность собственно десне - не атрофируется, выступающий зародыш отклоняется под давлением верхушки эмали, прорезывание зуба приостанавливается.

Частичная ретенция нижнего восьмого зуба в большинстве случаев объясняется этими анатомическими условиями. Медиальные бугры этих зубов прорезываются, так как над ними находится собственно десна, в то время как дистальные бугры из-за рыхлой подслизистой ткани прорезаться не могут и остаются закрытыми слизистой оболочкой.

Клиническая картина ретенированного зуба часто характеризуется бессимптомным течением. Такой зуб можно обнаружить случайно при рентгенографии челюсти.

Косвенный признак ретенции - отсутствие одного из постоянных зубов в альвеолярной дуге. На его месте может быть молочный зуб. В отдельных случаях ретенированный зуб сохраняет выбухание наружной стенки челюсти. При этом иногда можно пальпировать контуры зуба и его части.

Ретенированные зубы могут привести к неправильному положению соседних зубов, их смещению. В таких случаях больные обращаются с жалобами на боли в области ретенированного зуба. Эти зубы могут давить на веточки периферических отделов II и III ветви тройничного нерва. В этих случаях жалобы на боли - симптом поражения нервов (невралгии или прозоналгии). С этим же связаны нарушения чувствительности - анестезии, парестезии, гиперестезии. Ретенированный зуб нередко становится источником воспалительного процесса.

Диагностика.

Диагноз ставится на основании клинических и рентгенологических данных.

На рентгенограмме виден зуб, полностью расположенный в кости челюсти.

Лечение.

Тактика хирурга в случаях ретенции зуба без выраженных симптомов воспаления может быть различной. Целесообразность хирургического вмешательства определяется общим состоянием больного, его возрастом, расположением ретенированного зуба, травматичностью предстоящей операции, а также опасностью осложнений. При отсутствии жалоб у больного, связанных с ретенцией зуба, удаление не показано. Возможно динамическое наблюдение.

Показания, противопоказания и ожидаемый результат лечения

Абсолютные:

- периостит, остеомиелит дистопированного или ретенированного зуба: снять острую боль, отёк, не допустить распространение инфекции

Относительные:

- пульпит, обострение хронического периодонтита, пародонтита, перелом зуба: снять острую боль, отёк, не допустить распространение инфекции

- хронический периодонтит, пародонтит (подвижность зуба): предотвращение возможного обострения (флюс) и прекращение хронического воздействия на организм микробных токсинов

- кариес соседних зубов (кариес дистального корня 7-го зуба при ретенированном 8-ом): для создания доступа к кариозной полости

- ортодонтические показания: для создания места в зубном ряду

- ортопедические показания: удаление наклонённых и смещённых зубов, препятствующих протезированию

Противопоказания

- Абсолютные: крайне тяжёлое общее состояние человека
- Относительные: сопутствующие заболевания

Время для лечения

По абсолютным показаниям удаление производится экстренно, зачастую в стационаре.

Плановое удаление можно предварить приёмом назначенных врачом лекарств, выбрать удобный день и время. Беременным плановое удаление предпочтительно выполнять в средний триместр беременности.

Вмешательства с целью сохранения ретенированных зубов.

Нижний ретенированный восьмой зуб может быть сохранен путем удаления околокоронкового мешочка. Выполнение этой операции существенно ограничено различными условиями.

Положительный результат может быть получен только в том случае, если зуб находится в вертикальном положении и две трети длины коронки его размещаются над альвеолой. Существенным условием является и то, чтобы за коронкой зуба была горизонтальная площадка в несколько миллиметров.

Если мягкая ткань отвесно подымается вверх от дистально-аппроксимальной и дистально-язычной поверхности коронки зуба, то мешочек, несмотря на повторное вмешательство, частично сохранится и околокоронковые жалобы не прекратятся; таким образом, удаление зуба неизбежно.

Удаление мешочка показано при подостром или хроническом изолированном перикороните. В случае острого изолированного перикоронита, а также при сопровождающем его остром периостите мешочек только рассекают и рану дренируют. Удаляют мешочек после стихания острых симптомов.

Вмешательство производится не только при торусальной анестезии, но и при инфльтрационной. Так поступают потому, что хотят достичь не только обезболивания, но и снизить кровотечение, ибо оно делает невозможным безупречное выполнение операции на небольшом участке. Удерживая край лоскута десны хирургическим пинцетом, ножницами делают два параллельных сагиттальных разреза.

Разрезы продляют до ретромолярной области. Расстояние между параллельными разрезами должно быть больше, чем ширина коронки зуба. В

результате этого после мобилизации лоскута дистально-аппроксимальная, щечная, а также язычная поверхность коронки зуба освобождаются. Отслоенный лоскут у основания поперечно пересекают ножницами, а затем остатки зубного мешочка удаляют ложкой или ножницами.

Для предотвращения вторичного кровотечения края раны над дистальными буграми стягивают узловатым швом из более толстого шовного материала. Швы удаляют на третий день после проведения операции. Хотя это вмешательство и незначительное, в течение трех дней после операции из-за рыхлой слизистой оболочки ретромолярной области наблюдается значительная отечность тканей. Затем наступает большая или меньшая степень тризма, боль.

Рекомендуется перед операцией предупредить больного об этих явлениях, которые неадекватны такому небольшому вмешательству.

В случае ретенции верхних центральных зубов для создания условий ортопедического лечения освобождают коронку большого резца или клыка (*liberatio corone*).

При этом ретенированный зуб не должен сталкиваться с уже прорезавшимся соседним зубом. Если ретенированный центральный резец сталкивается с ретенированным медиальным соседним зубом, то освобождение коронки центрального резца производится одновременно с удалением медиально расположенного соседнего зуба. Верхний клык при его щечном и центральном положении, как правило, сталкивается с уже прорезавшимся боковым резцом, поэтому с точки зрения вмешательства речь может идти только о клыке, ретенированном в небном положении.

Другим условием, определяющим показание к операции, является положение ретенрованного зуба: его продольная ось должна образовывать острый угол с вертикальной линией. Если этот угол больше, то зуб с освобожденной коронкой вернуть в нормальное положение нельзя.

Особенности удаления ретенированного зуба.

Удаляют ретенированный зуб при возникновении болей, воспалительного процесса, а также при развитии фолликулярной кисты. Удаление ретенированных и полуретенированных зубов представляет определенные трудности. Перед операцией следует определить расположение зуба в толще костной ткани, его отношение к различным образованиям: основанию и каналу челюсти, верхнечелюстной пазухе и носовой полости, соседним зубам. Для определения особенностей расположения ретенированного или полуретенированного зуба следует провести рентгенографию. Иногда в нескольких проекциях, или КТ. Методика удаления ретенированных и полуретенированных зубов может быть различной. Условно разделяют удаление зубов на верхней и нижней челюстях.

Показания к удалению

А) В случае повторяющегося острого перикоронита и продолжительного подострого или хронического перикоронита, а также при процессах, сопровождающихся острым периоститом.

Б) В случае рассасывания, наступившего в результате давления, оказываемого на стенки лунок соседних зубов, а так же и на их корни. Если рассасывание распространяется на ткани дентина корня, то удаляют не только ретенированный зуб, но и зуб, испытывающий давление.

В) В случае невралгических болей, появляющихся в результате хронического воспалительного процесса, протекающего вокруг ретенированного зуба.

Д) В случае образования фолликулярной кисты, если ретенированный зуб нельзя сохранить.

Е) При образовании опухоли (амелобластомы, сложного комплекса одонтомы) вокруг ретенированного зуба.

Ж) Ретенированный зуб удаляют, если больному предстоит протезирование по поводу полного отсутствия зубов.

З) Удаление сверхкомплектного ретенированного зуба показано в том случае, если из-за столкновения затруднено прорезывание центрального постоянного резца или же если центральный резец прорезался, но из-за столкновения с медиальным соседним зубом находится в ненормально повернутом положении. Удаляют медиальный соседний зуб, если в результате его поперечного положения развивается медиальная диастема. В связи с удалением глубоко и высоко лежащих ретенированных зубов (нижние восьмые зубы, нижние малые коренные зубы, верхние зубы и верхние клыки) могут нередко наблюдаться как операционные, так и послеоперационные осложнения. Поэтому удаление ретенированного зуба производят после оценки как анатомического строения, видимого на рентгеновском снимке, так и клинических симптомов. Ретенированный зуб, случайно обнаруженный на рентгеновском снимке, сделанном по другой причине, как правило, не удаляют, если больной не предъявляет жалоб.

В зависимости от сложности вмешательства, ретенированные зубы могут удаляться:

А) Только щипцами

Этот способ удаления - при наличии определенных условий - можно применять, главным образом, при удалении нижних восьмых зубов. Условия проведения вмешательства следующие. Зуб не должен быть глубоко ретенированным, т.е. половина высоты коронки его должна находиться над

альвеолой, зуб должен быть в вертикальном положении, корни его не должны быть сходящимися, захватывающими межкорневую перегородку, причем число их не должно превышать обычного (3 - 4 корня) и верхушечные трети корней не должны быть утолщены в результате гиперцементоза.

Удаление зуба даже в случае перикоронита, сопровождающегося периоститом, - независимо от степени тризма - производят под торусальной анестезией, как это было описано ранее. Мягкие ткани, покрывающие жевательную поверхность зуба, рассекают по жевательной поверхности в сагиттальном направлении, продолжая разрез до ретроальвеолярной области.

После этого элеватором Вайны отделяют мягкие ткани, состоящие из десны и зубного мешочка, от коронки зуба в направлении щеки и языка. При операции как верхнего, так и нижнего восьмого зуба нужно предусмотреть, чтобы разрез мягких тканей и отделение их от зуба были бы на достаточно большом участке. В противном случае рыхлая подслизистая ткань, имеющаяся в ретроальвеолярной области, позволит зубу в ходе попыток удаления попасть под мягкие ткани.

При удалении зуба конец элеватора Вайны вводят в щель между щечной стенкой лунки и восьмым зубом. Ввиду наличия зубного мешочка между внутриальвеолярной частью коронки зуба и стенкой альвеолы имеется щель, в которую можно ввести острие рабочего конца элеватора. Введенным в эту щель элеватором стараются вывихнуть коронку зуба в направлении языка.

При ретенции нижнего восьмого зуба стенка лунки со стороны языка тонкая, часто край ее отсутствует, в результате чего она гибкая и податливая. Кроме этого в результате воспаления трофика тканей, окружающих зуб, нарушается, что дает возможность относительно легко удалить его. Если после одной или

двух таких попыток удалить зуб невозможно, то элеватором № 1 Винтера стараются удалить его вверх и назад. При этом комбинированное применение двух видов элеваторов, как правило, приводит к нужным результатам.

Элеватор № 1. Винтера нужно применять осторожно, так как им можно отломать коронку зуба, а в более слабом месте может даже наступить перелом челюсти. После удаления зуба и ревизии раны нередко находят в ней приросшие к десне части зубного мешочка. Последние, захватив хирургическим пинцетом, отрезают ножницами.

Б) Элеваторами и щипцами - этим методом может быть успешно удален нижний восьмой зуб. Условия для выполнения операции следующие. Зуб должен быть в вертикальном положении, половина высоты коронки его должна находиться над альвеолой. К этому методу прибегают, главным образом, в том случае, если число корней больше обычного, и корни искривлены в дистальном направлении.

В случае острого воспаления окружающих тканей также применяют инфльтрационное и проводниковое обезболивание. Коронку зуба после рассечения окружающих тканей освобождают при помощи элеватора Вайны. При наложении щипцов на коронку зуба следят за тем, чтобы не захватить ими мягкие ткани.

После отделения мягких тканей применяют элеватор №1 винтера. В случае ретенции восьмого зуба между вторым и третьим большими коренными зубами отсутствует межзубной промежутки. Упомянутые зубы тесно соприкасаются своими поверхностями. Межзубную щель нужно образовать самому врачу, поэтому и применяют изящный элеватор №1 Винтера.

Направляя рабочий конец инструмента под острым углом к продольной оси зубов в сторону межзубной перегородки, между вторым и третьим большими коренными зубами, стараются вывихивать восьмой зуб в дистальном направлении. Небольшой сдвиг зуба в дистальном направлении достаточен для того, чтобы образовалась межзубная щель, которая дает возможность вывести ручку инструмента в горизонтальную плоскость и двигать зуб вверх и в дистальном направлении по дуге, соответствующей дуге искривления корней восьмого зуба в дистальном направлении. В большей или меньшей степени подвижный зуб удаляют щипцами для молочных моляров, сочетая вывихивание в дистальном направлении и направлении языка с вращательными движениями.

В послеоперационном периоде назначают метамизол натрия (анальгин) физиотерапевтические методы лечения, наружные мазевые повязки. В отдельных случаях, особенно после воспалительных явлений, у больных группы риска целесообразно провести курс лечения антибиотиками и препаратами аминитрозола (нитазола). Через неделю после операции назначают комплекс ЛФК.

Щипцы для удаления нижних молочных моляров применяют потому, что длинные щечки щипцов для нижних больших коренных зубов даже при максимально открытом рте не вмещаются между верхним и нижним восьмыми зубами, и, таким образом, их трудно наложить на коронку нижнего восьмого зуба. Щечки щипцов для молочных моляров значительно короче, чем у щипцов для больших коренных зубов.

Вместо щипцов для удаления молочных моляров можно пользоваться изогнутыми щипцами для удаления нижних восьмых зубов. Большим недостатком этого инструмента является то, что при его применении недостаточна фиксация нижней челюсти и защита мягких тканей.

Г) Выдалбливанием. При последнем методе удаления необходимо также применение элеваторов и щипцов.

Особым методом удаления ретенированных зубов, требующим большого навыка и опыта, является удаление путем выдалбливания. При наличии полного ряда зубов удаление ретенированного восьмого зуба методом выдалбливания производят в следующих случаях:

- 1) если зуб находится в вертикальном положении и наблюдается полная ретенция, т.е. две трети коронки или вся коронка расположены внутриальвеолярно;
- 2) если зуб находится в вертикальном положении и его жевательную поверхность частично или полностью покрывает слой кости, т.е. имеется полная ретенция;
- 3) если зуб находится в дистально-угловом положении, и жевательная поверхность частично покрыта костью;
- 4) если зуб находится в медиально-угловом положении; второй коренной зуб фиксирован и здоров и на обращенных друг к другу поверхностях восьмого зуба и второго большого коренного зуба нет кариозных полостей;
- 5) если восьмой зуб находится в горизонтальном положении и второй большой коренной зуб интактен.

Если в перечисленных случаях в области окружающих мягких тканей наблюдаются явления острого воспаления, то зуб желательно не удалять, а широко вскрыв мешочек, дренировать рану. Удаление зуба путем

выдалбливания производят после исчезновения острых воспалительных явлений.

При удалении ретенированного нижнего восьмого зуба выдалбливанием разрез - независимо от положения зуба - такой же, как описан ранее. В вышеупомянутой области кнаружи от крыловидно-челюстной складки делают разрез длиной примерно в 2 см. После этого рассекают медиальный межзубной сосочек второго большого коренного зуба.

Нецелесообразно делать вспомогательный разрез в области второго большого коренного зуба в вертикальном направлении со стороны щеки, так как при наличии ряда зубов из-за большого натяжения соединение вспомогательного разреза швами почти невозможно.

Следующий этап операции - отслоение мягких тканей от коронки восьмого зуба и от поверхности кости. Неподвижные мягкие ткани отслаивают долотом. В области с более рыхлой подслизистой изогнутым распатором системы автора образуют широкий лоскут. Лоскут с помощью тупого крючка Лангенбека отводят в сторону щеки, одновременно освобождая ретромолярное пространство. Таким образом обеспечиваются благоприятные условия для выдалбливания кости.

Если зуб расположен вертикально, две трети его коронки или же вся коронка находятся в альвеоле и жевательная поверхность зуба частично или полностью закрыта слоем кости, то целесообразно путем выдалбливания кости в направлении щеки широко освободить корону зуба. Затем, пользуясь элеватором Леклюза (Винтера №1), удалить зуб в центральном или дистальном направлении.

Если попытка удалить зуб не увенчалась успехом, то со щечной стороны в наклонной плоскости шаровидной хирургической фрезой средних размеров просверливают полость на границе эмали и цемента в ткани дентина. Введя острое элеватора № 11 Винтера в полость, стараются вывихнуть зуб в центральном направлении таким образом, чтобы в процессе вывихивания тупая грань элеватора опиралась на край кости (метод Тома). После удаления зуба костную рану обрабатывают, затем мягкие ткани соединяют узловатыми швами. Между двумя швами вводят марлевую турунду, смоченную в йодоформе.

Нужно подчеркнуть, что среди ретенированных нижних восьмых зубов удаление зуба, находящегося в вертикальном положении, связано с особенно большими трудностями и может сопровождаться серьезными осложнениями.

Операция удаления нижнего восьмого зуба, ретенированного в дистально-угловом положении, отличается от предыдущей тем, что костную ткань более широко выдалбливают в ретроальвеолярном направлении. Элеватор № 11 Винтера применяют по методу Тома.

Если зуб находится в медиально-угловом положении и как второй большой коренной зуб, так и восьмой зуб не поражены кариесом, а медиальные верхушки ретенированного зуба плотно прилегают к шейке второго большого коренного зуба, то зуб можно удалить лишь при широком выдалбливании кости.

Существенным этапом операции является выдалбливание ретроальвеолярного костного треугольника (Вассмунд). Продолжая выдалбливать щечную стенку лунки, делают это настолько широко, чтобы достичь области, находящейся под медио-аппроксимальной поверхностью коронки восьмого зуба. Нередко краевое рассасывание кости предоставляет

возможность при относительно ограниченном выдалбливании ввести элеватор (изогнутый Бейна) под медио-аппроксимальную поверхность коронки восьмого зуба.

Соответствующим боковым элеватором стараются из наклоненного вперед положения вывихнуть зуб в вертикальное положение, а затем удалить щипцами для молочных моляров.

Если зуб находится в медиально-угловом положении и на дисто-аппроксимальной поверхности второго большого коренного зуба или же на медио-аппроксимо-окклюзионной поверхности восьмого зуба имеется кариозная полость, то при отсутствии соприкосновения при относительно небольшом выдалбливании кости можно элеватором Винтера № 1 вывести зуб в вертикальное положение, а затем удалить его щипцами.

В случае горизонтального положения зуба операция отличается от операции по удалению восьмого зуба, ретенированного в медиально-угловом положении, тем, что как щечную стенку лунки, так и ретроальвеолярный треугольник кости нужно выдалбливать более широко.

Если при медиально-угловом положении и, главным образом, при горизонтальном положении зуб находится глубоко в костной ткани и довольно тесно соприкасается со вторым большим коренным зубом, то для сохранения второго большого коренного зуба Пихлер и Траунер предлагают ретенированный зуб раздробить. Это производят следующим образом. При помощи костной фрезы Линдемана распиливают зуб в той мере, насколько это позволяет доступ к нему.

После этого оставшуюся целой часть зуба рассекают долотом. В образованную щель вводят согнутый элеватор Бейна, им удаляют коронку, а

затем корневую часть зуба. При удалении нижнего ретенрованного восьмого зуба большое внимание нужно уделять сохранению второго большого коренного зуба. Если зуб прочно фиксирован, но в области шейки или на его дистальном корне, соответствующем соприкосновению, на рентгеновском снимке явно наблюдается рассасывание костной ткани или же кариес, то зуб удаляют.

Точно так же удаляют второй большой коренной зуб с запломбированным корнем, если на рентгеновском снимке видно околоврехушечное рассасывание, или же в случае, если зуб имеет гангренозную пульпу. После удаления второго большого коренного зуба удаление восьмого зуба, ретенрованного в медиально-угловом или горизонтальном положении, может быть произведено при более экономном выдалбливании костной ткани. Более того, если больной молодой и нет необходимости в съемном протезе, то после удаления второго большого коренного зуба восьмой зуб не удаляют, а наблюдают за больным.

После удаления нижнего ретенрованного восьмого зуба нужно очень тщательно обработать рану, удалив оставшиеся части зубного мешочка. Костные осколки удаляют острой ложкой, неровные и острые края кости сглаживают костными кусачками Луэра. Края раны соединяют узловатым швом и в рану вводят марлевую турунду, смоченную йодоформом.

Ввиду образования кармана и гнойного затека в области боковой стенки глотки заживание раны первичным натяжением не желательно.

При наличии ряда зубов удаление нижнего ретенрованного малого коренного зуба, как правило, производится при вскрытии костной ткани. По мнению некоторых авторов, кроме обычно принятого внутриротового рентгеновского снимка, желательно еще сделать и аксиальный снимок.

Аксиальный снимок информирует о том, где находится коронка зуба, т.е. наиболее массивная его часть: ближе к щечной или к язычной поверхности челюсти или же центрально.

Выдалбливание с язычной стороны более трудное, долотом можно повредить мягкие ткани дна рта. Поэтому независимо от положения зуба подход всегда нужно производить со щечной стороны.

При удалении ретенированного нижнего второго малого коренного зуба разрез слизистой оболочки делают вертикально, вдоль продольной оси клыка, при удалении же первого малого коренного зуба - вдоль продольной оси бокового резца. Это необходимо для того, чтобы поверхность альвеолярного сегмента осталась целой и на нее более плотно ложился надкостничный лоскут десны. Кроме вертикального разреза для образования лоскута делают еще разрез вдоль края десны.

Последний, по необходимости, продолжают до шейки первого или второго большого коренного зуба. Отслоение десны или слизистой надкостницы производят настолько широко, чтобы сплетение, проходящее через подбородочное отверстие, хорошо обозревалось. Начальные части подбородочной артерии, нерва и вены расположены в сосудистом влагалище.

Для защиты области подбородочного отверстия слизисто-надкостничный лоскут держат не тупым крючком, а прошивают, и конец лигатуры фиксируют на кровоостанавливающем зажиме, вес которого и оттягивает лоскут в сторону. Опыт показывает, что после повреждения внутриканальных волокон альвеолярного нерва нижней челюсти благодаря повышенной возбудимости осевого цилиндра (аксона) наступает полное восстановление чувствительности.

Давление же на внеканальную часть подбородочного нерва во время операции, оказываемое тупым крючком, может вызвать длительное расстройство чувствительности.

Наружную стенку лунки ретенированного зуба и часть альвеолярного края стараются удалить так, чтобы освободить наибольший диаметр коронки зуба. Затем элеватором Бейна настолько расшатывают зуб в ложе, чтобы его можно было удалить щипцами с узкими щечками (английский тип). После обработки костной раны, засыпав ее порошком хлороцида и заполнив желатиновой губкой соответствующих размеров, соединяют края слизистой оболочки узловатыми швами.

Перед удалением ретенированного верхнего клыка при наличии ряда зубов определяют положение его коронки, к какой поверхности верхней челюсти она ближе, к лицевой или нёбной. В этом может помочь аксиальный рентгеновский снимок. Многолетняя практика показывает, что наиболее надежным методом является внимательная пальпация нёбной поверхности альвеолярного отростка. Если на этой поверхности прощупывается бугорок, то зуб находится в нёбном положении, и вскрытие производят со стороны нёба.

Если со стороны нёба бугорок не прощупывается, то зуб находится в центральном или щечном положении. В двух последних случаях вскрытие производят со щечной стороны. Очень редко возникает необходимость производить вскрытие, как со стороны щеки, так и со стороны нёба (Тома). Этот метод далеко не желателен, так как в результате его применения значительно разрушается костная ткань альвеолярного отростка.

Осложнения.

Болезни прорезывания зубов могут осложниться воспалительными заболеваниями (острым гнойным периоститом челюсти, абсцессом, флегмоной, лимфаденитом, ограниченным остеомиелитом лунки, остеомиелитом ветви нижней челюсти, одонтогенным верхнечелюстным синуситом), невралгией или прозопалгией (плаксельгией).

Осложнения в процессе удаления ретенированных зубов.

Перелом корня зуба, подлежащего к удалению. Если перелом произошел в средней трети и поломавшийся корень прочно фиксирован, то необходимо удалить как можно больший участок кости. В случае верхушечного перелома корня нижнего восьмого зуба, ретенированного в вертикальном положении, в процессе операции верхушка может попасть в канал нижней челюсти. При верхушечном переломе корня упомянутого восьмого зуба в процессе удаления в результате ретенции стенка с язычной стороны может быть перфорирована в виде окошка, и через образовавшееся отверстие верхушка корня может пасть под челюстно-подъязычную мышцу, по существу, в верхнюю часть подчелюстной области. При верхушечном переломе верхнего клыка верхушка корня может попасть в верхнечелюстную пазуху. Если это случится с ретенированным клыком, находящимся в небном положении, то рану на небе закрывают, а попавшую в полость верхушку корня удаляют путем гайморотомии. При удалении ретенированного клыка, находящегося, главным образом, в центральной части альвеолярного отростка, можно повредить сосуды и нервы, находящиеся в околовверхушечной области соседних здоровых зубов. В результате повреждения может погибнуть пульпа зуба. Если гайморова полость имеет повышенную воздушность, то при вывихивании элеватором верхнего ретенированного восьмого зуба

может произойти перелом конца альвеолярного отростка, и наступит полная или частичная перфорация верхнечелюстной пазухи.

При удалении выдалбливанием верхнего премоляра, ретенированного клыка или сверхкомплектного ретенированного зуба может произойти вскрытие дна полости носа или же верхнечелюстной пазухи. Если разрез слизистой оболочки в преддверии рта сделали на высоте зуба горизонтально, то может образоваться сообщение с полостью носа или между преддверием и гайморовой полостью, в след за этим - и свищ.

При попытке удалить частично ретенированный нижний восьмой зуб, в случае, если отделение мягких тканей было недостаточным, он может попасть под мягкие ткани вдоль заднего края челюстно-подъязычной мышцы - в подчелюстную область или же вдоль височной мышцы - в подвисочную ямку. Во время удаления нижнего восьмого зуба выдалбливанием, находящегося в любом положении, дистальную межзубную перегородку второго большого коренного зуба выдалбливают на большом участке. Результатом этой травмы может стать ослабление зуба. В процессе операции ретенированного нижнего восьмого зуба, находящегося в медиально-угловом или горизонтальном положении, может отломиться на большом участке стенка лунки с язычной стороны, истончившаяся в результате ретенции. В процессе операции можно также повредить сосудисто-нервные образования, проходящие в нижнечелюстном канале, а при неправильном и грубом применении элеватора может наступить перелом нижней челюсти.

При удалении выдалбливанием нижних ретенированных малых коренных зубов может произойти сжатие подбородочного нерва или нарушение его целостности.

Осложнения после удаления ретенированных зубов.

После удаления выдалбливанием - главным образом, нижнего восьмого зуба - может образоваться распространенная гематома. Ретромолярная и подъязычная гематомы вызывают болезненные ощущения при глотании: гематома щеки может вызвать тризм и таким образом затруднить питание. Нагноение гематомы может привести к образованию ретромолярного подъязычного или щечного абсцесса.

После удаления верхнего и - особенно - нижнего восьмого зуба по причине периконарита, могут проявиться такие формы острого гнойного периостита, которые описывались при рассмотрении патологических процессов, сопровождающих ретенцию зубов.

Вслед за удалением нижнего восьмого зуба может образовываться более или менее распространенный травматический некрозный остеомиелит. Процесс, как правило, локализуется в области травмированной костной ткани.

При удалении верхних центральных зубов, верхнего клыка, верхнего премоляра, а также верхнего восьмого зуба в результате перфорации дна носовой полости или гайморовой полости может образоваться свищ в преддверии носа или между преддверием и гайморовой полостью, если операцию производят, не разрезая края десны. Во время удаления нижнего восьмого зуба и нижнего малого коренного зуба из-за травмы альвеолярного и подбородочного нервов на половине губы соответствующей стороны может наступить временная или постоянная парестезия, гиперестезия или анестезия.

Прогноз

Прогноз при болезнях прорезывания зубов благоприятный.

Профилактика

В целях профилактики заболеваний прорезывания зубов необходимо контролировать развитие челюсти, прорезывания зубов, своевременно проводить санацию полости рта и ортодонтическое лечение.

Список литературы.

1. Хирургическая стоматология : учебник для ординаторов, обучающихся по специальности "040400 - Стоматология" / Т. Г. Робустова, В. В. Афанасьев [и др.] ; ред. Т. Г. Робустова. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : Медицина, 2010. - 688 с.
2. Козлов, Владимир Александрович. (челюстно-лицевая хирургия, хирургическая стоматология ; 19301030). Внутрочерепные осложнения воспалительных заболеваний тканей челюстно-лицевой области : учебно-методическое пособие / В. А. Козлов ; Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ (СПб.), кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - СПб. : Человек, 2009. - 32 с.
3. Амбулаторная хирургическая стоматология: Совр. Методы /В.М.Безруков и др. – М.:МИА, 2012 – 107 с.
4. Паслер Ф.А. Ренгениягностика в практике стоматолога /Ф.А.Паслер, Х.Виссер; пер. с нем.;под общ. Ред. Н.А.Рабухиной.-М.:Медпрес-информ, 2007.-352с.
5. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: Учеб.пос.для системы послевуз.обр.врачей /Под ред. В.С.Агапова. –М.:МИА, 2014/ -184с/
6. Курякина Н.В. Хирургические вмешательства на тканях пародонта /Н.В.Курякина, О.А.Алексеева. – М.: Мед.книга, 2014. -152с.
7. Одонтогенные воспалительные заболевания: рук-во для врачей/Под ред. Т.Г.Робустовой. – М.: Медицина, 2006. – 664с.
8. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия:Атлас рентгенограмм:Учеб.пос.для системы послевуз.проф.обр.врачей. –М.:2012. -304с.
9. Современные методы обезболивания на основе артикаинсодержащих препаратов:Практ.рук-во /С.А.Рабинович и др. –М., 2012 -29с.

10. Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: Учеб. Пос. для мед. Вузов /Сост. В.С.Агапов.-М.:МИА, 2015.-256с.