

Как избежать распространенных проблем при удалении зуба

Камис Габалла, ОАЭ

За последние 20 лет методы и материалы реставрационной стоматологии заметно усовершенствовались. В сочетании с широкомасштабными программами профилактики, направленными на снижение распространенности кариеса, это привело к тому, что сегодня многие пациенты значительно дольше сохраняют естественные зубы. Тем не менее процедура удаления зубов отнюдь не стала редкостью. Ее проводят как по ортодонтическим или ортогнатическим показаниям, так и в тех случаях, когда пациент слишком поздно обращается в клинику, и зуб уже невозможно восстановить. Также удалению при наличии соответствующих клинических симптомов подлежат ретинированные зубы, например третьи моляры.

Сложность удаления зубов заметно варьируется в зависимости от возраста пациента. В случае пожилых пациентов, зачастую имеющих серьезные сопутствующие заболевания и принимающих много лекарств, эта процедура существенно усложняется и требует гораздо больше усилий на всех этапах, от подготовки пациента до послеоперационного ухода. Не менее важную роль играют особенности анатомии, например близость зуба к нерву, верхнечелюстной пазухе либо бугру верхней челюсти. Обычно таких пациентов направляют к хирургу, поскольку стоматологи-терапевты, привыкшие проводить относительно простое удаление зубов и иметь дело с относительно здоровыми пациентами, не всегда чувствуют себя уверенно в подобных сложных случаях.

Сложное удаление зубов связано с более высоким риском послеоперационных осложнений. Ввиду этого подход к процедурам такого рода должен быть осторожным и систематическим, подразумевающим тщательную предварительную оценку для выявления потенциальных сложностей, которые могут возникнуть в ходе удаления. Также необходимо тщательное документирование всех факторов риска и возможных послеоперационных осложнений; пациент должен знать о них, давая согласие на удаление зуба. Ниже приведено еще несколько нечасто упоминаемых в учебниках и лекционных материалах советов и рекомендаций, позволяющих выполнять удаление зубов более безопасно.

В ходе клинического обследования полезно оценить телосложение пациента. Для высоких и мускулистых людей зачастую характерны большая длина нижнечелюстных ветвей и более высокое расположение нижнечелюстных отверстий; если не учесть эти факторы при выборе места введения анестезии, риск неудачной блокады нижнего альвеолярного нерва (inferior dental nerve – IDN) повышается. Избежать этой ошибки поможет предоперационная ортопантограмма, позволяющая определить расположение нижнечелюстного канала (inferior dental canal – IDC). Зубы таких пациентов могут иметь более длинные и изогнутые корни, глубоко уходящие в очень плотную кость альвеолярного гребня, и чтобы уменьшить их сопротивление, может потребоваться рассечение корня. Важно учесть и расовые особенности; так, удаление зубов в случае пациентов афро-карибского происхождения может быть более сложным ввиду повышенной твердости кости и значительной дивергенции корней моляров.

Следует учитывать и такой фак-

тор, как сопротивление твердой ткани, особенно при удалении вторых и третьих моляров верхней челюсти: приложение чрезмерных усилий зачастую приводит к перелому как вестибулярной костной пластинки, так и бугра верхней челюсти. Повреждение последнего сопряжено с риском образования неровного острого костного края, су-

щественными травмами мягких тканей и вероятностью возникновения ороантрального свища. Чтобы избежать такого рода осложнений, в подобных случаях необходимо отказаться от использования обычных

→ ДТ стр. 14



Реклама

ВЫСТАВОЧНАЯ КОМПАНИЯ DENTALEXPO®

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ВЫСТАВКИ 2017 г.



КРАСНОЯРСК

1-3 МАРТА 2017

Дентал-Экспо Красноярск



УФА

17-19 ОКТЯБРЯ 2017

Дентал-Экспо Уфа



ОМСК

14-16 МАРТА 2017

Дентал-Экспо Омск



С.-ПЕТЕРБУРГ

24-26 ОКТЯБРЯ 2017

Дентал-Экспо Санкт-Петербург



ВОЛГОГРАД

29-31 МАРТА 2017

Дентал-Экспо Волгоград



САМАРА

8-10 НОЯБРЯ 2017

Дентал-Экспо Самара



С.-ПЕТЕРБУРГ

16-18 МАЯ 2017

Стоматология Санкт-Петербург



РОСТОВ-НА-ДОНУ

14-16 НОЯБРЯ 2017

Современная Стоматология.
Дентал-Экспо. Ростов



АЛМАТЫ

17-19 МАЯ 2017

KAZDENTEXPO



ЕКАТЕРИНБУРГ

29 НОЯБРЯ - 1 ДЕКАБРЯ 2017

Дентал-Экспо Екатеринбург



ВОЛГОГРАД

5-6 ОКТЯБРЯ 2017

Volga Дентал Саммит

www.dental-expo.com

info@dental-expo.com

Факторы риска повреждения IDN при удалении LM3	
Общие факторы риска повреждения IDN	Рентгенологические признаки наличия риска повреждения IDN
Полное костное погружение зуба	Расположение верхушек корней LM3 ниже нижней границы IDC
Горизонтальное расположение ретинированного зуба	Темный цвет корня
Использование боров при удалении зуба	Резкое сужение корня
Рентгенологические признаки наличия риска повреждения IDN	Прерывистость или исчезновение белой линии, соответствующей IDC
Визуализация параллельно-пучковой кости в ходе удаления зуба	Смещение IDC, вызванное расположением корней
Чрезмерная кровоточивость лунки в ходе удаления	Резкое сужение одной или обеих белых линий, соответствующих IDC
Возраст пациента	



Информация об авторе

Доктор Камис Габалла (Kamis Gaballah) получил образование в Великобритании и Ирландии; в настоящее время он является доцентом и старшим специалистом кафедры челюстно-лицевой хирургии Научно-технологического университета в Аджмане, Объединенные Арабские Эмираты. Связаться с ним можно по электронной почте: kamisomfs@yahoo.co.uk.

← **DT** стр. 13
элеваторов и щипцов, рассечь зуб и затем извлечь его корни с помощью люксатора.

Показания к удалению ретинированных третьих моляров нижней челюсти (LM3) давно являются предметом дискуссии. Хирургическое удаление непрорезавшихся LM3 сопряжено со значительными осложнениями. К их числу относятся боль, отечность и риск временного или необратимого повреждения нерва, результатом которого может стать изменение чувствительности губы, подбородка, десны или языка. Одним из хорошо известных осложнений, возникающих при удалении LM3, является повреждение IDN.

Следует признать, что речь идет не просто об изменении чувствительности: поврежденный нерв может отвечать за появление целого ряда аномальных ощущений (например, острой боли) или атипичной реакции на раздражители (например, восприятия легкого прикосновения как сильного удара). Все это может сказываться на качестве жизни пациентов.

Повреждение IDN может быть связано с его компрессией, вызванной усилиями, передающимися от корней и окружающей кости при удалении зуба, или же с прямым воздействием инструментов, например элеваторов. Кроме того, нерв может быть рассечен машинными инструментами или корнями зуба, непосредственно контактировавшими с нервом и резко смещающимися в процессе удаления. Факторы риска повреждения IDN при удалении LM3 представлены в таблице.

Предоперационное рентгенологическое обследование может подразумевать получение разнообразных снимков, включая окклюзионные рентгенограммы, ортопантограммы и обычные томограммы или сканы конусно-лучевой компьютерной томографии. Нужно иметь в виду, что выявление рентгенологических признаков, указывающих на возможность повреждения нерва при удалении третьего моляра, позволяет понять ситуацию, но само по себе не является гарантией безопасности процедуры. Эффективные же стратегии, помогающие избежать

риска повреждения IDN или же свести его к минимуму, можно разделить на две категории. К первой относятся подготовительные шаги, включающие тщательную оценку необходимости удаления третьего моляра, клинический осмотр и рентгенологическое обследование, ко второй – действия во время самой процедуры, т.е. выбор правильного анестетика, его надлежащее введение, а также модификация стандартного протокола для снижения риска повреждения нерва.

Опубликованная за последние 10 лет литература дает нам достаточно доказательств того, что значительный риск повреждения как IDN, так и язычного нерва связан с процедурой введения проводниковой анестезии.

Причиной такого повреждения могут стать и фармакологические свойства самого анестетика, и техника его введения. Исследования показывают, что поражение язычного нерва происходит примерно в два раза чаще, чем повреждение IDN; это может объясняться расположением фасций в области введения анестезии. Кроме того, во время инъекции около 1/2 пациентов испытывают ощущение, как от электрического разряда.

Согласно литературе, повреждение нерва чаще происходит после введения артикаина и прилокаина. Хотя точная причина этого явления не установлена, предполагается, что оно связано с концентрацией действующего вещества: данные препараты представляют собой 4% растворы, тогда как другие анестетики применяются в виде растворов меньшей концентрации. Повреждение нерва также связывают с нейротоксическим потенциалом артикаина и прилокаина. Таким образом, данные препараты рекомендуются использовать только для местной инфильтрационной анестезии. Также предполагалось, что инъекционное повреждение нерва может быть вызвано его физическим контактом с кончиком иглы, который ощущается пациентами как электрический разряд. Очевидно, что вероятность механического повреждения увеличивается при совершении многократных попыток обеспечить блокаду IDN. Следовательно, стоматолог должен постараться добиться

оптимального контроля боли с помощью минимального количества инъекций и используя минимальное количество анестетика.

Процедуру следует планировать исходя из данных, полученных в результате предварительной оценки. Одной из задач является сведение к минимуму манипуляций в непосредственной близости от IDC. Необходимо тщательно спланировать обеспечение доступа, рассечение зуба и его извлечение. Во многих случаях удаление зуба целиком сопряжено с неизбежным риском повреждения нерва; ввиду этого около 20 лет назад был предложен новый метод под названием коронэктомия, предполагающий намеренный отказ от удаления части зуба. Удаляют только коронку, корни же оставляют на месте. К этому методу прибегают лишь для того, чтобы избежать повреждения IDN или свести его к минимуму. Частота возникновения большинства осложнений после коронэктомии сопоставима с соответствующими показателями для хирургического удаления зуба; исключение составляет лишь значительно более редкое повреждение IDN.

Следует отметить, что и удаление с рассечением зуба, и коронэктомия можно выполнить, сделав более короткие надрезы, поскольку оба метода требуют минимального удаления кости, что, в свою очередь, способствует минимизации болезненных ощущений после процедуры. Тем не менее коронэктомия не показана во всех случаях, когда корни LM3 находятся в непосредственной близости от IDC, и строго противопоказана при кариесе LM3 или патологиях его корней; с осторожностью следует прибегать к коронэктомии и в том случае, если ретинированный зуб имеет сильный мезиальный наклон или расположен горизонтально. Автор не рекомендует удалять дистальный участок кости или осуществлять ретракцию лоскута с язычной стороны, чтобы обезопасить язычный нерв, поскольку такие меры лишь повышают риск его повреждения. Следует подчеркнуть, что разрез не должен выходить за пределы дистально-щечной границы зуба.

Еще одним важным аспектом является следующее замещение уда-

ленного зуба. Сегодня наиболее предпочтительным с точки зрения эстетики и функциональности методом считается установка имплантатов. Успех имплантологического лечения во многом зависит от качества и объема кости. Следовательно, стоматолог должен стремиться к тому, чтобы при удалении зуба никоим образом не повредить костную ткань альвеолярного гребня. Изменения последнего после удаления естественных зубов неизбежны: меняется как высота кости, так и ее ширина. Регенерация кости выше уровня альвеолярного гребня не происходит, т.е. ее высота в ходе заживления не увеличивается. Вестибулярная костная пластинка, как правило, утончается, смещая вершину альвеолярного гребня в язычном направлении, и зачастую приобретает вогнутую форму. Масштаб этих изменений пропорционален масштабу травм, нанесенных мягким и твердым тканям в процессе удаления зуба.

Еще одним возможным неблагоприятным изменением является замедленное посэкрэкционное ремоделирование костной ткани лунки, связанное с отсутствием функциональной стимуляции. Наличие плохо регенерировавшей костной ткани может негативно сказаться на стабильности и функциональности будущего имплантата. Кроме того, исследования показывают, что отслаивание слизисто-надкостничного лоскута приводит к усилению выработки остеокластов и, следовательно, большей резорбции и деформации кости после классического хирургического или травматичного удаления зубов.

Чтобы сохранить объем и качество кости альвеолярного гребня для последующей установки имплантата, следует отказаться от удаления костной ткани и отслоения надкостницы, а также прибегнуть к модифицированным методам удаления зуба.

Первая из таких модификаций заключается в использовании периотомов и люксаторов для бережного отделения волокон периодонтальной связки и расширения лунки без повреждения компактных пластинок, которое часто происходит при удалении зубов с помощью щипцов или элеваторов. Применение более «деликатных» инструментов также ис-

ключает необходимость в отслоении слизисто-надкостничного лоскута. Следует, однако, заметить, что для работы с этими инструментами требуются определенные навыки; было бы хорошо, если бы при практической подготовке будущих стоматологов этому вопросу уделяли больше внимания. Стабилизация гребня с помощью коллагеновых губок не только препятствует его смещению, но и способствует ускорению заживления и регенерации кости.

Вторая важная стратегия непосредственно направлена на сохранение альвеолярной кости. Она подразумевает внесение в лунку различных остеиндуктивных или остеокондуктивных наполнителей, каковыми являются аутогенные, натуральные или синтетические костнопластические материалы: они поддерживают стенки постэкстракционной лунки. Необходимо понимать, что эта мера лишь замедляет описанные неизбежные изменения альвеолярного гребня, способствуя более успешной имплантации, но не останавливает их полностью.

Наконец, после удаления зуба пациенту необходимо объяснить особенности процесса заживления и рассказать о симптомах, которые могут возникнуть после процедуры. Лекарственную терапию в большинстве случаев следует ограничить нестероидными противовоспалительными препаратами; от назначения антибиотиков или использования повязок без особой на то необходимости стоит воздержаться.

DT

7 причин для того, чтобы размещать рекламу в Dental Tribune

1	Глобальный охват	Dental Tribune – единственная газета, которую читают 650 тыс. стоматологов, говорящих на 19 языках
2	Реклама	Сломайте культурные и языковые барьеры, чтобы привлечь внимание своей целевой группы и создать достойный образ своей марки в мире
3	Надежное распространение	Компания Dental Tribune Publishing Group состоит из ведущих профильных издательств мира, тесно сотрудничающих с национальными стоматологическими ассоциациями и обществами
4	Быстро и постоянно	Наличие глобальной сети корреспондентов обеспечивает полное и своевременное освещение всех главных стоматологических выставок и конгрессов мира
5	Привлечение покупателей	Наша интерактивная издательская платформа позволяет одновременно размещать рекламу в печатном и онлайн-изданиях, что усиливает ее воздействие и привлекает больше потенциальных покупателей
6	Одобрение профессионалов	Среди работников в области стоматологии Dental Tribune пользуется безупречной репутацией источника всеобъемлющей и лаконично изложенной информации
7	Надежные партнеры	Всемирная стоматологическая федерация (FDI) и многие региональные стоматологические ассоциации выбрали Dental Tribune в качестве своего информационного партнера и средства связи с организациями-членами

The World's Dental Newspaper