

Ускладнення операції атипного видалення зуба мудрості

Complications of Surgical Removal of Wisdoms Tooth

Панькевич А.І.¹, к.мед.н., доц.,
Колісник І.А.¹, ас., Гоголь А.М.¹, ас.,
Богашова Л.Я.², к.мед.н., доц.
¹каф. дитячої хірургічної
стоматології з пропедевтикою
хірургічної стоматології
²каф. післядипломної освіти лікарів-
стоматологів, Вищий державний
навчальний заклад України
«Українська медична
стоматологічна академія», Полтава
Pankevych A.I.¹, PhD, Ass. Prof.,
Kolisnyk I.A.¹, Prof. Ass.,
Gogol A.M.¹, Prof. Ass., Bohashova L.Y.²,
PhD, Ass. Prof.
¹Department of Pediatric Surgical
Dentistry with Propedeutics of Surgical
Dentistry
²Department of Postgraduate
Education in Dentistry, Higher State
Medical Education Institution of
Ukraine «Ukrainian Medical
Stomatological Academy», Poltava

Адреса для кореспонденції:
Панькевич Артур Іванович
e-mail: artur68@ukr.net

Мета: Проаналізувати ускладнення операції атипного видалення зуба мудрості та обґрунтувати причини їх виникнення. **Методи:** Протягом 2012–2013 рр. проведено 114 операцій атипного видалення зубів мудрості, серед них 83 (72,8%) внаслідок ретенції, 10 (10,8%) через гермектомію, і 21 (18,4%) у зв'язку з дистопією. Всі операції проводили методом атипного видалення, відкидаючи слизово-окісний клапоть та усуваючи кісткову тканину. **Результати:** Серед ускладнень, що виникали під час операції, характерними були кровотечі із м'яких тканин чи лунки видаленого зуба мудрості, травмування слизової оболонки та шкіри кутів порожнини рота, емфізема м'яких тканин, неповне видалення зуба, злам інструмента з проштовхуванням уламків у м'які тканини. У різні терміни після операції атипного видалення зуба виникали альвеоліт, альвеолоневрит, остеоіеліт лунки, неврит язикового або нижньоальвеолярного нерва. **Висновки:** Серед ускладнень операції атипного видалення зубів мудрості найпоширенішими є травмування слизової оболонки та шкіри кутів порожнини рота, альвеоліт і післяекстракційні гематоми. Спричиняють ці ускладнення тривалість оперативного втручання, непросте розташування та особливості кровопостачання цієї ділянки. Рідше трапляються злам інструмента із проштовхуванням уламків у м'які тканини, неповне видалення зуба, емфізема м'яких тканин.

Ключові слова: атипне видалення, зуби мудрості, ретенція, дистопія, гермектомія, післяекстракційні ускладнення.

Purpose: To analyze the complications of surgical removal of wisdom tooth and justify the reasons for their occurrence. **Methods:** During the 2012–2013 years 114 surgical removals of wisdom tooth was conducted, including 83 (72,8%) cases of retention, 10 (10,8%) – germ removal and dystopia – 21 (18,4%) cases. All operations are conducted on an surgical tooth extraction with detached mucoperiosteal flap and using a drill for removal of bone and tooth separation. **Results:** Among the complications that were arised during the operation of surgical tooth extraction should be noted bleeding from soft tissues or alveolus of tooth, traumatic injury mucosa and skin of angle of the mouth, soft tissue emphysema, incomplete removal of tooth, breakage of armamentarium. After surgery, was diagnosed dry-socket, osteomyelitis of alveolus, neuritis of lingual or alveolar inferior nerves. **Conclusions:** Injury mucosa and skin of angle of mouth, dry-socket, postoperative bruise more often occurs among the complications of surgical removal of wisdom tooth. The duration of surgery, difficult access and features of the blood supply of oral tissues and jaws are causes of complications. The breakage of drill instruments and their pushing into the soft tissue, incomplete removal of tooth, soft tissue emphysema also occur.

Key words: surgical removal of wisdom tooth, retention, dystopia, germectomy, postoperative complications.



Мал. 1–2. Гематома у пацієнтки К. після операції атипного видалення зуба мудрості справа

Ретенцію третіх молярів, за даними літератури [4, 7], виявляють у 25% пацієнтів, які звертаються за стоматологічною допомогою. Це, як правило, зумовлено нестачею місця в зубному ряду чи неправильним розташуванням зуба мудрості – дистопією. У 78% випадків прорізування зубів мудрості супроводжується виникненням ускладнень, серед них перикоронарит, ретромолярний періостит, абсцеси чи флегмони, руйнуванням і зміною положення сусідніх зубів, порушенням прикусу [1, 4, 9]. Муєр (1992) вказує на вирішальний вплив зубів мудрості на розвиток скупчення зубів [5]. Сукупність цих ознак і визначає показання до видалення зубів.

Операції видалення зуба на амбулаторному прийомі досить розповсюджені і становлять близько 82,2–91,0% усіх хірургічних втручань [10]. Видалення ретенованих і дистопованих зубів проводять за методикою операції атипного видалення зуба, такі операції можуть супроводжуватися загальними та місцевими ускладненнями [2, 6, 8, 11].

Ризик виникнення ускладнень при видаленні третіх молярів існує завжди, і збільшується пропорційно до складності видалення [3]. Мета роботи: проаналізувати ускладнення операції атипного видалення зубів мудрості та обґрунтувати причини їхнього виникнення.

Матеріал і методи

Аналіз ускладнень атипного видалення зубів мудрості на амбулаторному прийомі проведено в Полтавській обласній стоматологічній поліклініці. Протягом 2012–2013 рр. здійснено 114 операцій атипного видалення зубів мудрості, серед них 83 (72,8%) внаслідок ретенції, 10 (10,8%) через герметомію і 21 (18,4%) у зв'язку з дистопією. Показаннями до видалення були скупченість зубів, спричинена прорізуванням зубів мудрості, виникнення запального процесу. Операції проводили за методом атипного видалення зуба із відкиданням слизово-окісного клаптя. Стоматологічну установку із обо-



Мал. 3. Тривимірна модель уламка бора в м'яких тканинах, вигляд зсередини

Мал. 4. Тривимірна модель уламка бора в м'яких тканинах, вигляд спереду



Мал. 5. Вибухання грануляцій із лунки видаленого нижнього зуба мудрості



Мал. 6. Внутрішньоротова контактна рентгенограма ретромолярної ділянки пацієнта С.



Мал. 7. Бокова рентгенограма кута нижньої щелепи пацієнта С. справа

в'язковим охолодженням для профілактики перегріву кістки використовували для препарування зуба або випилювання навколишньої кісткової тканини. Рану ушивали, у разі накладання «глухих» швів залишали гумовий дренаж на добу. В післяопераційний період усім пацієнтам призначали антибактеріальні, протизапальні, знеболювальні препарати, за показаннями – фізіотерапевтичне лікування.

Результати та їх обговорення

Незважаючи на передопераційну підготовку та рекомендоване лікування, спостерігали виникнення ускладнень під час та після операції. Серед ускладнень, що виникали під час операції атипового видалення зуба, типовими були кровотеча з м'яких тканин чи лунки видаленого зуба мудрості,

травмування слизової оболонки та шкіри кутів порожнини рота, емфізема м'яких тканин, неповне видалення зуба, злам інструмента з проштовхуванням уламків у м'які тканини. Після операції виникали альвеоліт, альвеолоневрит, остеомієліт лунки, неврит язикового або нижньоальвеолярного нерва.

Кровотеча з м'яких тканин або лунки зуба виникала під час та після його видалення. Під час видалення зуба мудрості причиною кровотечі було значне травмування тканин. Кровотечі після видалення зуба, на нашу думку, виникали внаслідок вазодилатації при застосуванні анестетиків із вазоконстриктором, або ж підвищення артеріального тиску. Кровотечі під час оперативного втручання спостерігали у 9 (7,9%) пацієнтів. Зупиняли кровотечі під час оперативного втручання із використанням гемостатичної губки Gelatamp («COLTENE», Німеччина). Операція атипового видалення зуба закінчується ушиванням рани, однак видалення твердих тканин не дозволяє досягти щільного прилягання слизово-окісного клаптя до кістки, а дренаж не завжди забезпечує повний відтік ексудату. Тому спостерігали виникнення обширної гематоми у післяопераційний період (мал. 1, 2).

Незначні гематоми діагностували у 21 (18,4%) пацієнта, вони виникали

при видаленні дистопованих і ретенованих верхніх третіх молярів, що можна пояснити превалюванням губчастої тканини та рясним кровопотачанням цих ділянок. Лікування гематоми проводили традиційними методами. Травмування слизової оболонки та шкіри кута порожнини рота спостерігали у 32 (28,1%) випадках, ці ускладнення були спричинені дистальним розташуванням нижніх зубів мудрості, що утруднює оперативний доступ, значною тривалістю оперативного втручання. Лікування проводили із використанням кератопластичних мазей для прискорення загоєння.

Виникнення емфіземи м'яких тканин спостерігали у 4 (3,5%) випадках. Ускладнення пов'язане із застосуванням турбінної стоматологічної установки, під час її роботи повітря може потрапляти в товщу м'яких тканин під відшарований слизово-окісний клапоть. Також відзначили емфізему, коли в перший день після операції атипового видалення зуба пацієнт чхнув, закривши рот: повітря під тиском через лінію розрізу потрапило в товщу м'яких тканин. Проявом такого ускладнення був набряк м'яких тканин, поява симптому крепітації. Емфізема м'яких тканин розсмоктується упродовж 2–3 діб, особливого лікування не потребує.

Неповне видалення зуба, спричинене

анатомічними особливостями будови коренів, виявили у 3 (2,6%) пацієнтів. В основному це стосувалося зубів із значно викривленими коренями, що прилягали безпосередньо до верхньощелепного синусу чи стінки нижньощелепного каналу. Під час видалення таких зубів траплялася фрактура верхівки. Керуючись тим, що існує високий ризик пошкодження стінки каналу або проштовхування кореня у верхньощелепну пазуху, а також тим, що травма, завдана під час видалення верхівки кореня, може спричинити більше ускладнень, аніж верхівка кореня інтактного зуба, що залишилася, їх не видаляли. Пацієнтів поінформували про це ускладнення. Лунку прикривали тампоном з йодоформної марлі, пацієнтам призначали антибіотики. Злам інструмента – явище рідкісне, однак під час препарування зуба виходив з ладу бор, його усунення не було складним. У поліклініку скерували пацієнтку К., 27 років, якій зламаний інструмент випадково проштовхнули в м'які тканини. Для обстеження використали комп'ютерну томографію, що дало змогу побудувати тривимірне зображення та з'ясувати точне розташування чужорідного тіла (мал. 3, 4). Видалення уламків інструмента з м'яких

тканин, навіть при такій його візуалізації супроводжується певними труднощами. У пацієнтки не було скарг, тому інструмент не усували, це зумовлено малими розмірами чужорідного тіла, що знижувало шанси на успішність його усунення, а також запобіганням важчих ускладнень. З метою профілактики нагноєння призначили курс антибіотикотерапії, згодом відбулася інкапсуляція чужорідного тіла.

Після операції атипичного видалення зуба мудрості часто виникав альвеоліт, діагностований у 31 пацієнта (27%). Розвиток цього ускладнення можна пояснити травмуванням кістки під час операції, особливостями кровопостачання щільної кісткової тканини ретромоларної ділянки. Лікування альвеоліту проводили традиційними методами.

Остеомієліт лунки виникав у 3 пацієнтів (2,6%) і спричинений перегріванням кістки під час препарування зуба. Під спостереженням перебував пацієнт С., 38 років, який звернувся за допомогою після операції атипичного видалення нижнього зуба мудрості зі скаргами на незначний ниючий біль у ділянці видаленого зуба, обмежене відкривання рота. Із анамнезу стало відомо, що зуб видалений з трудноща-

ми близько місяця тому. Під час об'єктивного обстеження виявили запальну контрактуру II ступеня, вибухання грануляції із лунки видаленого зуба (мал. 5). На рентгенограмі відзначили характерні ознаки хронічного остеомієліту (мал. 6, 7). Після діагностики цього ускладнення провели операцію секвестрэктомії та призначили загальноприйняте медикаментозне лікування.

Висновки

Аналізуючи ускладнення операції атипичного видалення зуба мудрості, необхідно відзначити, що найчастіше виникають травмування слизової оболонки та шкіри кута порожнини рота, альвеоліт і післяекстракційні гематоми. Причинами ускладнень є тривалість оперативного втручання, ускладнений доступ та особливості кровопостачання цієї ділянки. Трапляються і досить рідкісні ускладнення: злам інструмента з проштовхуванням уламків у м'які тканини, неповне видалення зуба, емфізема м'яких тканин. Потребують обґрунтування методи профілактики можливих ускладнень операції атипичного видалення зубів мудрості.

Список використаної літератури

1. Blakey G.H., Marciani R.D., Haug R.H., et al. Periodontal pathology associated with asymptomatic third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 60:1227–1233.
2. Bui C.H., Seldin E.B., Dodson T.B. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. — *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61:1379–1389.
3. Contar C.M.M. Complications in third molar removal: A retrospective study of 588 patients / C.M.M. Contar, P. de Oliveira, K. Kanegusuku et al. // *Mad Oral Patol Oral Cir Bucal.* — 2010. — Vol. 15, № 1. — P. 74–78.
4. Godfrey K. Prophylactic removal of asymptomatic third molars: a review // *Austral. Dent. J.* — 1999. — 44 (4). — P. 233–237.
5. Myer S. Removing third molars: a review // *JADA.* — 1992. — Vol. 123.
6. Richardson D.T., Dodson T.B. Risk of periodontal defects after third molar surgery: an exercise in evidence-based clinical decision-making. — *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;100:133–137.
7. Slade G.D., Foy S.P., Sugars D.A., Phillips C., White R.P. The impact of third molar symptoms, pain, and swelling on oral health-related quality of life. — *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:1118–1124.
8. Valmaseda-Castellon E., Berini-Ayres L., Gay-Escoda C. Inferior alveolar nerve damage after lower third molar surgical extraction: a prospective study of 1117 surgical extractions. — *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001; 92:377–383.
9. White R.P. Jr., Offenbacher S., Blakey G.H., et al. Chronic oral inflammation and progression of periodontal pathology in the third molar region. — *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64:880–885.
10. Безруков С.Г. Оценка эффективности лечебно-профилактической повязки, используемой при удалении зуба / С. Г. Безруков // Другий український міжнародний конгрес. — 2006. — С. 184–187.
11. Демкович А.Є. Аналіз постекстракційних ускладнень у хірургічній стоматології / А.Є. Демкович // Шпитальна хірургія. — 2011. — № 4. — С. 84–85.

Стаття надійшла в редакцію 10 жовтня 2013 року