

СНИЖЕНИЕ РИСКА ТРАВМЫ ТРЕТИЙ ВЕТЬВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРИ УДАЛЕНИИ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НИЖНИЙ ЧЕЛЮСТИ

Алишер Шавкатович Ахроров,

*Самаркандский Государственный Медицинский Университет,
Кандидат медицинских наук кафедры челюстно-лицевой хирургии,*

Усманов Рахматилло Файзуллаевич

*Самаркандский Государственный Медицинский Университет,
Кандидат медицинских наук кафедры челюстно-лицевой хирургии,*

Каюмов Шахзод Шухратович

*Самаркандский Государственный Медицинский Университет,
Студент 5 курса стоматологического факультета*

В последнее время растет обращаемость пациентов молодого и среднего возраста к врачу хирургу стоматологу с целью удаления ретинированных третьих моляров. Речь идет не только об оказании им неотложной помощи по поводу перикоронита. Довольно часто пациента направляют на удаление интактных ретинированных зубов по ортодонтическим показаниям.

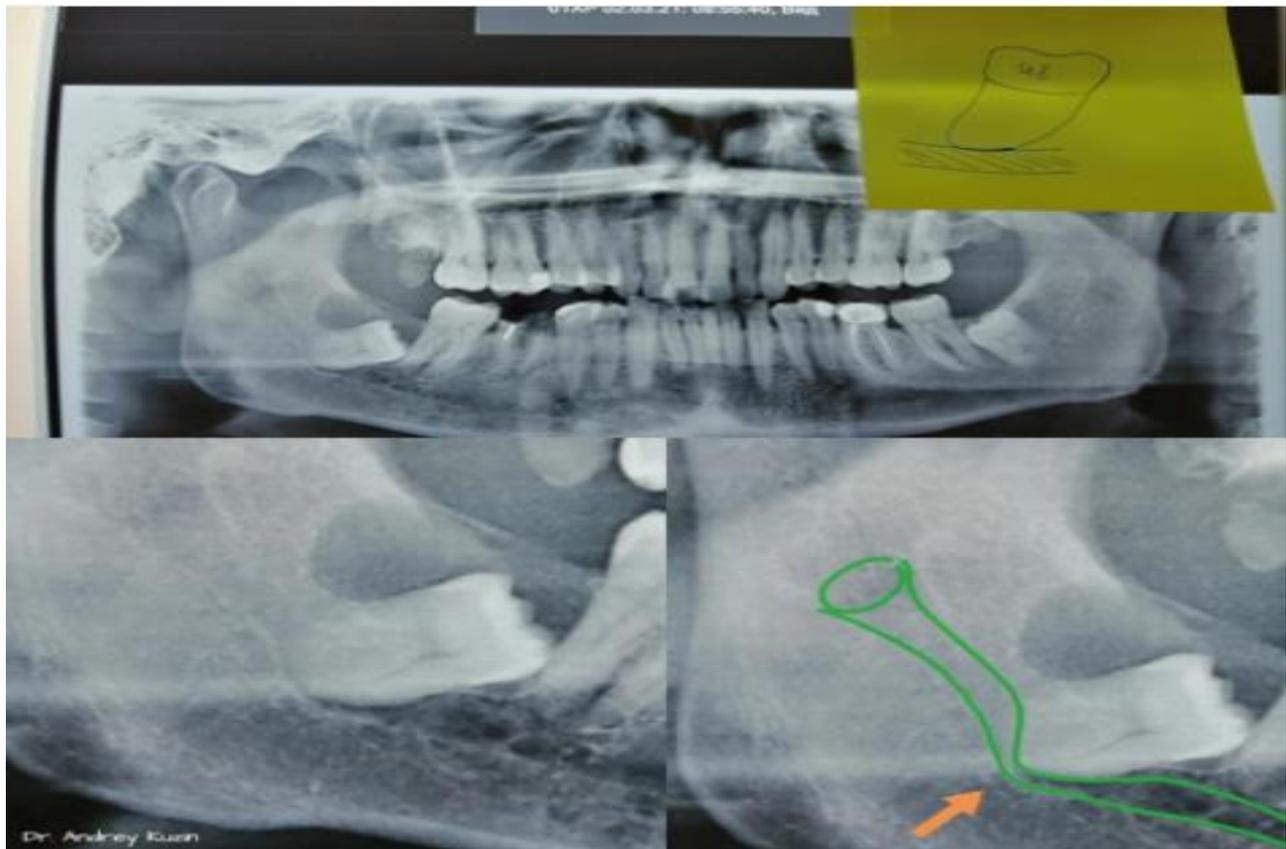
Как правило, такие зубы находятся внутри альвеолярной части и тела нижней челюсти под различным углом к впереди стоящему второму моляру. В большинстве случаев наблюдают близкое взаиморасположение корней ретинированного моляра и нижнечелюстного канала.

Актуальность исследования

Можно выделить несколько вариантов травмы нерва. Первое и самое частое осложнение это прямая механическая травма инструментом. Стараясь удалить сломанную верхушку зуба, врач излишне расширяет границы лунки бормашиной и нередко задевает периневрив фрезой. Также сильное давление элеватором на дно лунки, работа корневыми элеваторами “на себя” и “от себя” приводит к разрушению стенки нижнечелюстного канала и травме нерва. Клинически в момент травмы пациент испытывает нестерпимую боль которую можно сравнить с ударом тока с иррадиацией болей в зубы и нижнюю губу. Такой вид травмы ведет к стойкой парестезии, которая будет продолжаться несколько месяцев, в некоторых случаях полного восстановления чувствительности не наблюдается.

Другой механизм травмы нерва связан с его компрессией (сдавлением) корнем зуба при его люксации и тракции. Данный механизм связан с анатомически близким, контактным, расположением корня зуба и нижнечелюстного канала. У таких пациентов клинически и рентгенологически корень ретинированного моляра является частью стенки нижнечелюстного канала (рис. 1,2). Корень зуба в этих случаях может быть боковой стенкой канала, верхней стенкой или окружать канал бифуркацией корня. Автору приходилось наблюдать случай, когда нижнечелюстной канал проходил насквозь через ретинированный зуб, при этом все стенки нижнечелюстного канала представлены исключительно тканями

корня зуба. При контактном расположении корня зуба и нижнечелюстного канала удаление нередко ведет к сдавлению сосудисто-нервного пучка. У пациента возникает послеоперационная парестезия зубов и нижней губы, которая сохраняется в среднем от одного до шести месяцев. Важно отметить, что парестезия в этих случаях требует лечения, назначения нейротропных препаратов и физиотерапии. Если после удаления третьего моляра врач наблюдает в лунке зуба открытый участок сосудисто-нервного пучка не покрытый костью важно не проводить кюретаж дна лунки, не использовать антисептики, не проводить тугую тампонаду лунки. Основным симптомом компрессии нерва при удалении — это боль при воздействии инструмента на корень зуба. При этом важно разделять боль от неполной анестезии, и боль от компрессии нерва. Если при разделении зуба бормашиной на коронку и корни (контакт в пульпой) пациент не испытывал боли, а при удалении корней ощущает острую боль — скорее всего произошла компрессия стенки нижнечелюстного канала и сдавление сосудисто-нервного пучка. Наиболее часто такие случаи возникают при прохождении нерва сбоку от корня третьего моляра (чаще с одним корнем). При таком положении вывихивание зуба в щечно-язычном направлении приводит к компрессии. Если расшатывание зуба в одну из сторон болезненно для пациента следует расширить лунку зуба с противоположной стороны и проводить тракцию в противоположную от области компрессии сторону.



Безусловно КЛКТ области ретинированного зуба дает наиболее полную трехмерную картину положение нерва и зуба. Здесь важно отметить, что любое такое исследование должно быть подкреплено письменным описанием врача

рентгенолога. В этом случае у врача хирурга есть юридическая защита на случай возникновения конфликтной ситуации и судебного иска. В описании необходимо прописывать вероятность такой травмы: “корень зуба прилежит к стенке нижнечелюстного канала”, “не исключено повреждение СНП при удалении зуба”, “выявлено сужение канала на уровне ретинированного зуба”. ОПТГ — является более устаревшим методом исследования, на снимке не всегда возможно оценить расположение нижнечелюстного канала особенно в щечно-язычном аспекте. Однако этот классический метод диагностики все еще широко применяется. Рентгенологическим признаком контактного расположения нерва и зуба являются следующие критерии: отсутствие кортикальной пластинки нижнечелюстного на уровне ретинированного зуба, сужение просвета нижнечелюстного канала на уровне зуба »»(рис. 3,4). С практической точки зрения КЛКТ не дает существенных преимуществ и не снижает риск развития парестезии при удалении ретинированного зуба, так как процесс удаления не проходит с компьютерной навигацией.

Профилактика осложнения. До операции удаления ретинированного зуба необходимо информировать пациента о возможных рисках повреждения нижнего альвеолярного нерва. Важно донести пациенту, что сроки восстановления чувствительности нижней губы зависят от множества факторов и указать точное время восстановления невозможно. Пациента надо информировать по каким показаниям ему удаляется зуб, важно иметь письменное описание положения зуба рентгенологом и письменное заключение врача-ортодонта. Все эти данные необходимо прикрепить к медицинской карте больного и только после ознакомления и подписания добровольного медицинского вмешательства можно приступить к работе с больным.

Заключение

Удаление ретинированных зубов является непростой хирургической манипуляцией, сопряженной с рядом осложнений. Важно правильно провести диагностику положения зуба и информировать пациента о его индивидуальных особенностях. Также стоит отметить, что травма нерва при удалении ретинированного зуба является в большинстве обратимой и не несет в себе нарушение функции жевания и речи.

ЛИТЕРАТУРА

1. . Азимов М.И., Боймурадов Ш.А. Динамика показателей иммунитета больных с сочетанными травмами головного мозга и перелома верхней челюсти //Российская оториноларингология.- 2010. № 5. – С. 7-10.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно- челюстно-лицевой области. М.: Медицинская литература 2003. - 456 с.
3. Бронштейн Д.А. Хирургическое устранение посттравматического энтофтальма// Дисс. ...к.м.н. Москва 2010 г. - 97 с.
4. Алишер Ахроров, Кахрамон Шомуродов, Азиз Кубаев. Оказание квалифицированной медицинской помощи пострадавшим от дорожно-

транспортных происшествий с челюстно-лицевой травмой. 2020, Журнал стоматологии и краниофациальных исследований 1(2). Стр. 52-58.

5. Akhrorov Alisher Shavkatovich, Usmanov Rakhmatillo Fayrullaevich, Akhrorov Feruz Zokirovich. Modern Methods of Treatment of Facial Injuries. 2022/10/31. Journal of Intellectual Property and Human Rights 1(10) Стр.110-114

6. Алишер Шавкатович Ахроров, Барно Журахоновна Пулатова. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Интернаука 2020, №44, Стр.35-39.

7. Алишер Ахроров, Барно Пулатова. Оптимизация хирургической тактики лечения больных с травмой средней зоны лица. Журнал биомедицины и практики 2021, 1 (3,1) Стр.12-17.

8. Алишер Ахроров, Барно Пулатова, Шахноза Назарова УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА . Медицина и инновации 2021,1 (4) Стр. 199-204.

9. Akhrorov Alisher Shavkatovich, Pulatova V.J. Treatment of victims with malar bone and arch injuries using minimally invasive techniques. Society and innovations, 2021/4/5.Стр 289-295.

10. Алишер Ахроров . ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ПУТЕМ ВИРТУАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ. 2023, 6 (6) 1623/ Образование наука и инновационные идеи в мире.

11. Feruz Turpov, Khondamir Ziyodullaev, Fayoz Sultanov, Afzal Abdullaev.

STUDY OF THE MORPHOLOGICAL PICTURE IN DENTAL IMPLANTATION

12. Центральноеазиатский журнал междисциплинарных исследований и исследований в области управления. 2024/2/18. Стр 38-44

13. Афзал Абдуллаев, Мухаммаджон Юлдашев, Фаез Шамсиддинов, Лейла Исаева. Бюллетень студентов нового Узбекистана. ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО НЕВРИТА НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА. 2023/6/24 6 Part 2 Страницы 62-66

14. Kubaev Aziz Abdulloyev Afzal, Rizayev Jasur. Results of the study of electroexcitability of the skin in the area of innervation of the lower alveolar nerve. International Journal of Health Sciences 2022/10/12

15. ABDULLAEV Afzal Sarkhadovich, KUBAYEV Aziz Saidalimovich, RIZAEV Jasur Alimdjanovich. ПОРОГ ВОЗБУДИМОСТИ ПРИ НЕВРИТЕ НИЖНЕАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА. JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. 2022/9/29 Том 7 Номер 4

16. Rizaev Jasur Alimdjanovich, Afzal Sarxadovich Abdullaev. PASTKI ALVEOLYAR NERV YALLIG'LANISHINI DAVOLASHDA NUKLEO CMF

FORTE NING O'RNI Евразийский журнал медицинских и естественных наук. 2022/5/17 Том 2 Номер 5 Страницы 82-92

17. Abdullaev Afzal Sarkhadovich. NEURITIS OF THE LOWER ALVEOLAR NERVE AND ITS TREATMENT. Galaxy International Interdisciplinary Research Journal. Том 10 Номер 5 Страницы 51-55

18. A Asrorov, M Akhrorova, A Abdulloev, Z Shopulotova. LEVEL OF ORAL HYGIENE IN PATIENTS WITH DIFFERENT SMOKING EXPERIENCE. Science and innovation. 2023 Том 2. Номер D12. Страницы 599-604. Издатель ООО «Science and innovation»

19. Abdullayev Afzal, Kubayev Aziz, Rizayev Jasur. Excitability threshold in neuritis of the lower alveolar nerve. Journal of Biomedicine and Practice. Том 7 Номер 4 Страницы 238-245

20. Abdulatif Ayubov, Feruz Axrorov, Asliddin Muminov, Daniyar Karimov, Afzal Abdullayev. Modern Science and Research. 2024/1/14 Том 3. Номер 1. Страницы 234-241.

21. Кубаев Азиз Саидалимович Ризаев Жасур Алимджанович, Абдуллаев Афзал Сархадович. Интернаука. Интернаука. 2022. Том 56. Номер № 5. Страницы 20-24