

# Осложнения после удаления зуба.

Выполнил: Колмаков Ю.В.

Ординатор 2-го года

Проверила: доцент, к.м.н Маругина Т.Л.

- **Удаление зуба** – это полноценная операция, после которой могут возникнуть определенные неприятные последствия, вызванные как поведением самого пациента, так и не зависящими от него факторами. Осложнения могут возникнуть также и по ходу операции, поскольку удаление некоторых зубов может быть весьма сложным: из-за большого размера корня или прочной костной ткани, приходится делать надрезы, на которые после успешного проведения операции накладываются швы

При удалении зубов у детей могут возникнуть такие **местные осложнения**:

1. Во время удаления:

- отлом коронки (если ее сразу не изъять изо рта, она может попасть при вдохе
  - в дыхательные пути и, как следствие, развиться механическая асфиксия);
- перелом альвеолярного отростка;
- ранение близлежащих мягких тканей;
- повреждение фолликула постоянного зуба;
- перелом зуба-антагониста;
- вывих или удаление рядом расположенного зуба;
- перелом челюсти;
- вывих челюсти (обычно передний);
- проталкивание корня зуба в верхнечелюстную пазуху;
- отлом бугра верхней челюсти;
- случайная перфорация верхнечелюстной пазухи.

# После удаления:

- ранние кровотечения (чаще связанные с заболеваниями крови или опухолями, расположенными в челюсти) и поздние, причиной которых может быть чрезмерное содержание сосудосуживающих веществ в анестезирующем растворе, что приводит через 2-3 ч к стойкому расширению кровеносных сосудов и кровотечению; не проведенное врачом сдавливание краев альвеолы; отсутствие сгустка крови в лунке вследствие несоблюдения ребенком рекомендаций относительно поведения после удаления зуба и т.п.;
- развитие воспалительных процессов (альвеолит, остеомиелит и т.п.);
- неврологические нарушения — неврит, парестезии соответствующей половины нижней губы и зубов.

## Отлом коронки или перелом корня

- 1. Сильное разрушение коронки кариозным процессом.
- 2. Повышенная хрупкость зубов (при нарушении обмена веществ или наркомании) у пациента.
- 3. Недостаточное продвижение щечек щипцов.
- 4. Грубые и резкие движения.
- 5. Неправильно выбранные щипцы.
- 6. Чрезмерное смыкание щечек щипцов.
- 7. Гиперцементоз
- **Тактика:** Продолжить удаление, применив другой инструмент и методику

# Вывих или перелом соседнего зуба.

- **Причины:** Использование в качестве опоры недостаточно устойчивого зуба при работе элеватором или чрезмерная опора на устойчивый зуб
- **Тактика:**
- 1. При отломе коронки в пределах дентина или эмали провести пломбирование.
- 2. При вскрытой пульпе зуб депульпировать и запломбировать или восстановить в дальнейшем искусственной коронкой.
- 3. При неполном вывихе — шинировать.
- 4. При полном вывихе — провести реплантацию или удаление, в зависимости от состояния зуба

# Отлом альвеолярного отростка челюсти

- **Причины:**
  1. Применение чрезмерного усилия щипцами.
  2. Глубокий захват щипцами.
  3. Патологический процесс в кости (остеопороз, киста и др.).
  4. Гиперцементоз корня, приводящий к спаиванию корня и стенок лунки
- **Тактика:**
- 1. При потере связи между отломком альвеолярного края и слизистой его удаляют, слизистую ушивают.
  2. При надломе альвеолярного края кости его репонируют и укрепляют назубной шиной или другими методами

# Проталкивание корня зуба в мягкие ткани

- **Причины:**

- 1. Грубое удаление нижнего третьего моляра.
- 2. Отлом стенки альвеолы.
- 3. Рассасывание края альвеолы в результате гнойного воспаления.
- 4. Грубая работа элеватором.
- 5. Недостаточная фиксация левой рукой альвеолярного отростка в области удаляемого зуба



- **Тактика:**

- 1. Осмотреть лунку и оценить степень погружения зуба.
- 2. При поверхностном расположении осторожно пинцетом или штыковидными щипцами захватить удаляемый зуб и извлечь его, помогая левой рукой продвигать его под слизистой.
- 3. Если зуб пальпируется под слизистой в области лунки, но извлечь его щипцами не удастся, то делают небольшой разрез слизистой с последующим наложением швов.
- 4. Если визуально и при помощи пальпации зуб не определяется, так как зуб ушел глубоко в ткани, пациенту делают рентгенограмму и под ее контролем удаляют зуб в стационаре

# Проталкивание корня в нижнечелюстной канал

- **Причины:** 1. Грубая работа элеватором при удалении корней.  
2. Анатомическая близость корня и нижнечелюстного канала
- **Тактика:**
- Удаление проводить в стационаре.

# Вывих нижней челюсти

- **Причины:** 1. Чрезмерное открывание рта пациента при привычном вывихе.  
2. Чрезмерные усилия со стороны врача при удалении зубов нижней челюсти.  
3. Особенности анатомического строения сустава (плоский суставной бугорок, слабость связочного аппарата и др.)
- **Тактика:**
- Провести вправление нижней челюсти

# Перелом тела нижней челюсти

- **Причины:**
  1. Грубая работа.
  2. Наличие патологического очага в кости (остеопороз, сверхкомплектные зубы, кисты и др.).
  3. Удаление ретенированного зуба.
- **Тактика:**
  1. Прекратить удаление.
  2. Шинировать челюсть пациента пращевидной повязкой на подбородок.
  3. Направить пациента в стационар для завершения работы

# Повреждение десны и мягких тканей полости рта

- **Причины:**
  1. Недостаточное отслоение слизистой в области шейки зуба перед операцией.
  2. Захват щипцами слизистой.
  3. Соскальзывание элеватора при отсутствии фиксации края альвеолы пальцами
- **Тактика:**
  1. Осмотреть область повреждения.
  2. При разрыве слизистой обрывки уложить на место и фиксировать швами.
  3. Сильно размозженные участки иссекают, на рану накладывают асептическую повязку с йодоформом.
  4. При глубоком повреждении и сильном кровотечении наложить давящую повязку и срочно госпитализировать

# Аспирация зуба или его корня

- **Причины:** Работа элеватором при отсутствии фиксации удаляемого зуба левой рукой
- **Тактика:**
- 1. Срочная госпитализация в стационар для бронхоскопии и удаления корня из дыхательных путей.
- 2. При нарастающем удушье показана трахеопункция или трахеотомия

## Прободение дна верхнечелюстной пазухи (перфорация)

- **Причины:**
  1. Анатомические особенности строения верхней челюсти (пневматический тип, близость верхушки корня ко дну пазухи и др.).
  2. Патологический процесс, вызывающий деструкцию кости (кисты, гранулемы, хронический периодонтит и др.).
  3. Грубая работа врача при продвижении щипцов или элеватора.
  4. Кюретаж дна лунки.

- **Тактика:**

- 1. Провести пробы на целостность дна гайморовой пазухи (носороговая проба).
- 2. Провести рентгенологическое исследование (при необходимости).
- 3. При отсутствии воспаления в пазухе добиться образования кровяного сгустка в лунке, прикрыть его марлевым шариком с йодоформом и зафиксировать шиной. Тампон сохраняется 5-7 дней. Нельзя проводить тампонаду всей лунки!
- 4. При значительном дефекте дна верхнечелюстной пазухи и отсутствии кровяного сгустка проводят пластику слизистым лоскутом.
- 5. При наличии воспаления в пазухе пациента направляют в стационар в лор-отделение.
- 6. Провести консультацию с лор-врачом в любом случае



## Проталкивание корня в верхнечелюстную пазуху

- **Причины:** 1. Чрезмерное продвижение элеватора или щипцов при анатомической близости корня и пазухи верхней челюсти. 2. Наличие патологического процесса в области компактной пластинки.
- **Тактика:**
- При наличии перфорации срочно отправить пациента в лоротделение

## Местные осложнения, возникающие после удаления зуба.

- Неврит нижнего луночного нерва
- **Причины:**
  1. Проталкивание корней нижней челюсти.
  2. Хронический периодонтит в области больших коренных зубов, находящихся в непосредственной близости к каналу.
- **Тактика:**
- 1. Консультация с невропатологом.
  2. Назначить анальгетики, содержащие витамины E, B1 (пенталгин, темпалгин).
  3. Курс инъекций витамина B1 (1 мл через день, 10 инъекций).
  4. Физиопроцедуры (электрофорез с новокаином и витамином B1)

## Вторичное кровотечение из лунки удаленного зуба

- **Причины:**

- 1. Травма внутрикостных артерий.
- 2. Прекращение действия адреналина (спазм сосудов сменяется их дилатацией).
- 3. Геморрагические диатезы.
- 4. Прием антикоагулянтов.
- 5. Повышенное артериальное давление.
- 6. Травматичное удаление зуба.
- 7. Острый воспалительный процесс.
- 8. Физические нагрузки после удаления зуба

- **Тактика:**

- 1. Оценить степень кровотечения.
- 2. Удалить остатки сгустка из лунки.
- 3. Просушить лунку и осмотреть.
- 4. Промыть лунку антисептиками струйно.
- 5. Просушить стерильным марлевым шариком.
- 6. Ввести турунду, смоченную йодоформом или другим лекарственным средством.
- 7. Фиксировать турунду швами.
- 8. Ввести кровоостанавливающие средства общего действия (кальция хлорид 10%, 1% викасол, аминокaproновую кислоту и др.).
- 9. Убедиться, что кровотечение остановилось, отпустить пациента на 7 дней.
- 10. При неостанавливающемся кровотечении направить пациента в стационар.

# Луночковая послеоперационная боль (первые 1-2 суток)

- **Причины:**

- 1. Прекращение действия анестетика.
- 2. Травматическое удаление.
- 3. Отсутствие кровяного сгустка.
- 4. Выступающие края костной лунки.
- 5. Несоблюдение назначений врача по уходу.

- **Тактика:**

- 1. Выполнять назначения врача
- 2. Острые края сошлифовать, сблизить края лунки.

## Альвеолит

- Альвеолит (воспаление стенок лунки). Проявляется усилением боли на 2-3-и сутки после удаления, повышением температуры, недомоганием, неприятным запахом изо рта. В области удаляемого зуба слизистая отечна, гиперемирована, сгусток разрушен, с гнойным налетом, пальпация по переходной складке болезненна, подчелюстные лимфаузлы увеличены.

## ***Причины:***

- 1. Невыполнение назначений врача.
- 2. Отсутствие кровяного сгустка в лунке.
- 3. Проталкивание в лунку зубного налета.
- 4. Плохая ревизия лунки после удаления зуба.
- 5. Нарушение асептики во время операции.
- 6. Снижение иммунитета.
- 7. Проведение операции на фоне ОРВИ у пациента

- . Осмотреть лунку, провести обезболивание.
- 2. Удалить из лунки остатки кровяного сгустка.
- 3. Провести кюретаж стенок.
- 4. Промыть лунку растворами антисептиков струйно, просушить стерильным марлевым шариком.
- 5. Заполнить лунку одним из следующих лекарственных препаратов: йодоформной турундой, солкосерил-гелем, гелевином, оксигелом, кремом «Дермазин» или пастами следующего состава:
  - метилурацил — 13,0;
  - стрептоцид — 15,0;
  - трихопол — 10,0;
  - фурадонин — 0,5;
  - тетрациклин — 100 000 ЕД;
  - сульфацил-натрий — 10,0;
  - анестезин — 3,0;
  - каротолин — до консистенции пасты.



- 6. Сверху лунку закрывают на 20-40 мин стерильным марлевым шариком, а пациентам назначают теплые ротовые ванночки с антисептическими растворами.
- 7. При альвеолитах тяжелой степени целесообразно включать в комплекс физиотерапевтическое лечение, для чего применяют облучение лунки коротким или интегральным спектром УФ-лучей (можно одновременно с флюктуоризацией лунки) или назначают воздействие электрического поля УВЧ, лазеротерапию. Положительный лечебный эффект от магнитотерапии с использованием эластичных магнитных аппликаторов с постоянным магнитным полем, 30-40 мТ, которые накладывают на десну преддверия полости рта 3-5 раз в сутки по 10 мин. Для достижения стойкого лечебного эффекта достаточен курс лечения в течение 2-5 дней

## Остеомиелит.

- Ограниченный остеомиелит. Проявляется сильной болью, иррадиирующей в соседние зубы, недомоганием, повышением температуры, дно и стенки лунки покрыты грязно-серым налетом, слизистая отечна, пальпация резко болезненна, изпод десны выделяется гной.

- ***Причины:***

- 1. Осложнение альвеолита.
- 2. Снижение иммунитета

- ***Тактика:***

- 1. Лунку обработать как при альвеолите.
- 2. Направить пациента в стационар.

# Список литературы

- 1. Афанасьев В.В., Пашина Г.А., Новосельская В.Н. "Хирургическая стоматология" 2007г.
- 2. Дэвид МакГован "Атлас по амбулаторной хирургической стоматологии Атлас и практическое руководство" 2007г.
- 3. Дибарт С., Карима М. Перевод: Ханин Е., Островский А., Научные редакторы перевода: Ломакин М., Мадалян К. Практическое руководство по пластической пародонтологической хирургии - 2007г. Москва.
- 4. Дистель В.А. - Зубочелюстные аномалии и деформации. - 2001г.
- 5. Гулюк А. Г "Лекция: аномалии формирования и прорезывания зубов: ретенция и дистопия, адентия и сверхкомплектные зубы. Клинические проявления, показания к хирургическому лечению. Затрудненное прорезывание нижнего зуба "мудрости". Осложнения, связанные с затруднением прорезывания зуба, их профилактика и лечение"
- 6. Евдокимов А.И., Г.А. Васильев "Хирургическая стоматология" 2000г