

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

Реферат

На тему: «Удаление зубов верхних и нижней челюстей»

Выполнил:
ординатор 2 года обучения
Дудин Дмитрий Иванович
Проверил:
К.м.н., доц. Маругина Т.Л

Красноярск, 2018

Операция удаления зуба.

Более 90% операций, некоторые производятся в поликлинике, связаны с удалением зуба.

Консервативные методы лечения осложнений кариеса нельзя назвать совершенными, леченные зубы в определенном проценте случаев продолжают оставаться источником хронической инфекции и интоксикации организма, а также причиной развития различных воспалительных процессов в мягких и костных тканях челюстно-лицевой области.

При терапевтическом лечении ликвидация хронических очагов воспаления происходит не сразу после завершения пломбирования корневых каналов даже в случаях полноценного лечения. Зачастую очаги скрытого инфицирования превращаются в закрытые, недренированные, которые служат источником сенсibilизации и хронического сепсиса в организме больного, приводя к поражению сердца, почек, костей, нервной системы и др.

Как всякое хирургическое вмешательство операция удаления зубов и корней имеет свои показания и противопоказания.

Показания к операции удалению зубов следует разделить на абсолютные и относительные.

Абсолютные показания делят на срочные и несрочные.

Абсолютные срочные:

обеспечивает дренирование гнойного очага и устраняет зуб, поддерживающую воспалительный процесс в кости и мягких тканях – при остром одонтогенном остеомиелите, флегмоне, эмпиеме верхнечелюстной пазухи. При периостите и остром и обострившемся хроническом периодонтите зуб удаляют, если он не представляет функциональной и эстетической ценности, или же дренирование периапикального очага через канал зуба невозможно.

Абсолютные несрочные:

-зубы с периапикальными воспалительными процессами, при безуспешности эндодонтического лечения, и этот очаг не может быть устранен другими хирургическими методами - резекцией верхушки корня, реплантацией, гемисекцией и ампутацией корня зуба;

- значительное разрушение коронки зуба при хроническом периодонтите, что делает сохранение зуба нецелесообразным;

-осложнения, связанные с лечением зубов (перфорация полости зуба или его корня, поломка инструмента в труднодоступных участках корня зуба и др);

-пародонтит и пародонтоз, III, IY степени;

-затрудненное прорезывание нижних зубов мудрости при наличии осложнений, если зуб вследствие недостатка места в альвеолярном отростке или неправильного положения (косое дистальное ,медиальное, горизонтальное) не может прорезаться;

-ретинированные дистопированные ,сверхкомплектные зубы, если они являются источником осложнений(воспалительных процессов, кист, лицевых болей и др);

-неправильно расположенные в зубном ряду одиночные зубы, которые вызывают постоянное травмирование слизистой оболочки полости рта.

-зубы находящиеся в щели перелома, если перелом проходит через верхушку его корня или повреждает периодонт на большем его протяжении

-при переломе корня зуба, находящегося в щели перелома;

-продольные переломы корней зубов;

-зубы с хроническими воспалительными процессами (гранулирующий, гранулематозный периодонтит), находящихся в щели перелома или вблизи него.

-временные (молочные) зубы, которые служат причиной повреждения прилежащих к их корням зачатков постоянных зубов;

-в случаях рождения ребенка с прорезавшимися временными (молочными) зубами (обычно нижними резцами) которые подлежат удалению, так как препятствуют кормлению ребенка грудью (если их не удалось покрыть защитной пластинкой).

Относительные показания к операции удаления зубов.

а) по ортодонтическим показаниям в тех случаях, когда приходится удалять зубы для создания места в зубном ряду, при ортодонтическом лечении (удалении 4\4 зубов при вестибулярном расположении 3\3 зубов) ;

б) по ортопедическим показаниям при резко выраженном симптоме Попова-Годона (выстояние или конвергенция зубов) препятствующая протезированию.

Противопоказания к удалению зубов

Считается, что абсолютных противопоказаний нет. Однако, зубы не удаляют даже при наличии абсолютных показаний агонирующим больным. Не удаляют (в виде отдельной операции) подвижный или разрушенный зуб, находящийся в злокачественной опухоли - только вместе с удалением опухоли.

Практически все противопоказания являются относительными (временными) ,так как при некоторых заболеваниях и физиологических состояниях после обследования и подготовки больного операцию удаления можно произвести в условиях поликлиники или стационара, по профилю основного заболевания.

Относительные противопоказания можно разделить на общие и местные.

Общими противопоказаниями являются:

-сердечно -сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь в период криза, ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии покоя, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия, прединфарктное состояние, первые 3-6 месяцев после инфаркта миокарда, ревматизм, асептический эндокардит в период обострения, выраженная декомпенсация сердечной деятельности и др.) ;

-острые заболевания почек (острый гломерулонефрит, почечная недостаточность);

-острые заболевания поджелудочной железы (острый панкреатит, гипер- и гипогликемическая кома);

-инфекционный гепатит (острый и в стадии обострения);

-заболевание крови (лейкоз, агранулоцитоз, гемморагические диатезы - гемофилия, тромбоцитопения, и другие состояния протекающие с гемморагическими симптомами);

- гиповитаминозы (С-авитоминоз);

- острые заболевания дыхательных путей (грипп, ОРЗ, бронхиты, пневмония);

- острые инфекционные заболевания (дифтерия, коклюш, корь, скарлатина, и другие);

- острые заболевания центральной нервной систем (менингит, энцефалит, острые нарушения мозгового кровообращения -инсульт);

- психические заболевания в период обострения (эпилепсия, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и др.);

-беременность (1-2 и 8-9 месяцы) из-за опасности выкидыша или преждевременных родов;

-острая лучевая болезнь в период разгара;

-лучевая терапия, проводимая по поводу опухолей челюстно-лицевой локализации;

К местным противопоказаниям относятся:

-острые воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта и зева (стоматиты, гингивиты, ангины);

- поражение СОПР при инфекционных заболеваниях (ВИЧ, специфических воспалительных процессах, грибковой инфекции);

-временные (молочные) зубы у взрослых людей при отсутствии смены постоянными зубами.

- зубы в зоне опухолей, зубы в зоне сосудистых мальформаций.

Подготовка полости рта и операционного поля к удалению зуба преследует цель предупредить возникновение различного рода воспалительных осложнений в послеоперационном периоде и заключается в механическом удалении и слизистой оболочки и зубов остатков пищи и налета, путем полоскания полости рта антисептическими растворами или протираaniem операционного поля марлевыми тампонами, смоченными этими растворами. Также необходимо снять заранее зубной камень с удаляемого и всех других зубов. Снятие зубного камня является абсолютно обязательным, так как при положении и продвижении щипцов можно протолкнуть кусочки камня в мягкие ткани, что грозит воспалительными осложнениями.

Инструменты для удаления зубов.

Для удаления зубов используют анатомические разнообразные щипцы и элеваторы. Строение щипцов зависит от анатомического строения зубов для удаления, которых они предназначены.

В щипцах различают:

1, щечки - часть щипцов, которые служат для захвата коронок зубов или корней, т.е. обеспечивают фиксацию щипцов на зубе. Строение щечек определяет назначение щипцов. На щечках всех видов щипцов имеются продолговатые нарезки,

обеспечивающие минимальное скольжение щипцов на зубе при их смыкании;

2. ручки (бранши, рукоятки) - участки за которые врач фиксирует щипцы в руках, т.е. место приложения усилий врача. Они имеют длину до 15-20 см. имеют насечки для лучшей фиксации щипцов в руке;

3. замок-участок, соединяющий обе половины щипцов.

Разделяют щипцы для удаления верхних и нижних зубов. В каждой из этих групп различают щипцы для удаления зубов с сохранившимися корнями - коронковые и для удаления корней - корневые.

Щипцы для удаления зубов на верхней челюсти, построены таким образом, что ручки и щечки находятся в одной плоскости, или параллельных, или же щипцы имеют небольшую кривизну S-образный изгиб.

. Щипцы для удаления верхних, центральных и боковых резцов, а также клыков - прямые, имеют округлые щечки, соответствующие форме коронки и шейке этой группе зубов. Щечки щипцов бывают трех размеров: широкие, средние и узкие, для захватывания коронок разного объема.

Щипцы для верхних малых коренных зубов имеют -3 образную кривизну; для охвата более широкой коронки щечки их согнуты глубже.

Щипцы для удаления моляров верхней челюсти имеют более выраженный 3-образный изгиб и широкие щечки. Их разделяют на право- и левосторонние. Эта

принадлежность стороне обусловлена тем, что верхние моляры имеют три корня небный и два щечных - медиальный и дистальный. Поэтому у щипцов для удаления моляров, щечка охватывающая щечные корни имеет посередине шип, который входит между ними, чем достигается наиболее плотное прилегание щечек к поверхности шейки зуба.

Щипцы для верхних зубов мудрости изогнуты штыковидно, щечки их соответственно форме коронки широки и не имеют шипов.

Для удаления коронки на верхней челюсти, а иногда и зубов используются штыковидные (байонетные) щипцы, у которых щечки несколько заострены, что способствует продвижению щечек в глубь лунки и лучшей фиксации удаляемого корня. Штыковидные щипцы выпускаются трех размеров: широкие, средние и узкие.

В щипцах для удаления зубов на нижней челюсти ручки и щечки расположены под прямым или тупым углом (изогнутыми ребру) и только щипцы для нижнего зуба мудрости изогнуты по плоскости, что обеспечивает успешное наложение щипцов даже при ограниченном открывании рта. Из-за формы щипцы для удаления зубов на нижней челюсти называются клювовидными.

Щипцы предназначенные для удаления резцов имеют узкие сходящиеся щечки с малой изогнутостью. Они также предназначены для удаления корней на нижней челюсти.

Щипцы для удаления клыка и премоляров имеют более широкие и при смыкании между ними остается зазор 1,5-2мм.

Щипцы для удаления моляров имеют широкие щечки заканчивающиеся шипом, которые входят между медиальным и дистальными корнями с вестибулярной и язычной стороны, улучшая фиксацию щипцов на зубе.

Элеваторы

Различают прямой, угловой и штыковидный элеватор. Элеватор любой конструкции состоит из рабочей части-щечки, соединительной части(стержня) и ручки.

Прямой (универсальный) элеватор. Рабочая часть у него с одной стороны выпуклая (полукруглая), а с другой - выгнутая (имеет желобоватую форму). Конец рабочей части источник и закруглен и заострен с одной из сторон.

Рабочая часть прямого элеватора может иметь копьевидную форму и такие элеваторы называются копьевидными. Такая форма рабочей части применяется

в элеваторе Леклюза, однако они в настоящее время почти не применяются.

Угловой элеватор. Рабочая часть изогнута по ребру и расположена под углом около 120 градусов к продольной оси элеватора. Одна поверхность элеватора выпуклая, другая - слегка вогнутая с продольными насечками. Конец рабочей части источник, закруглен и заострен и может иметь зазубрины. Вогнутая поверхность щечки элеватора может быть обращена влево - левосторонний, или вправо - правосторонний элеватор.

Применяется исключительно на нижней челюсти при удалении корней

моляров в тех случаях, когда один из корней уже удален. Щечка элеватора вводится в лунку удаленного корня, так чтобы вогнутая поверхность его была обращена к межзубной перегородке и оставшемуся корню.

Способы фиксации щипцов в руке врача.

Существует три наиболее распространенных способа фиксации щипцов.

При первом способе большой палец укладывают с одной стороны щипцов ниже замка. Он охватывает одну ручку и давит в промежутке между ними. Все остальные пальцы располагаются с противоположной стороны, из них и третий палец охватывает щипцы снаружи, а четвертый и пятый находятся в промежутке между рукоятками, при необходимости раздвигают их. После наложения и продвижения щипцов для лучшей фиксации все пальцы переносят на противоположную сторону.

Второй способ. Большой палец обхватывает одну ручку, второй и третий находятся между ручками, а четвертый и пятый обхватывают снаружи другую ручку. Выпрямляя третий палец раздвигают щипцы, а сгибая четвертый и пятый - сжимают их. При фиксации щипцов третий палец выводится из промежутка между ручками, помещается на наружной стороне ручек вместе с четвертым и пятым пальцами.

Третий способ. Большой палец находится сверху на замке щипцов, а остальные (в разных вариантах) охватывают ручки снизу, снаружи и изнутри. Этот способ применяется в основном при удалении зубов на нижней челюсти и облегчает наложение и продвижение щипцов.

Положение врача и больного при удалении зубов

Для успешного проведения операции удаления зубов большое значение имеет правильное положение врача и больного так, как создает наиболее благоприятные условия обзора операционного поля, фиксации челюстей и др.

Для удаления верхних зубов больного усаживают в стоматологическое кресло со слегка запрокинутой головой. Кресло поднимается на такую высоту, чтобы удаляемый зуб находился приблизительно на уровне плечевого сустава больного. Врач при этом находится справа и спереди от больного.

При удалении нижних зубов кресло опускается как можно ниже, так, чтобы нижняя челюсть больного находилась на уровне локтевого сустава опущенной руки врача. Кресло и подголовник перемещаются так, чтобы туловище и голова больного находились в вертикальном положении.

Удаляя нижние правые большие и малые коренные зубы, врач находится справа и несколько сзади от больного, при этом левая рука как бы охватывает голову больного и фиксирует нижнюю челюсть.

При удалении нижних фронтальных зубов, больших и малых коренных зубов врач находится справа и несколько спереди от больного.

Операция удаления зуба может быть типичной и атипичной.

Техника проведения операции типичного удаления зуба

Типичная операция удаления - когда зуб или корень удаляется щипцами или элеватором через лунку зуба.

Операция типического удаления зуба производится чаще всего щипцами и состоит из нескольких последовательных приемов, осуществляемых последовательно:

1. Операцию удаления зуба начинают с отделения круговой связки от шейки зуба, после того, как у больного в результате анестезии исчезнут болевые ощущения. Отделить десну можно с помощью прямого элеватора или гладилки. Когда удаляемые зубы сильно разрушены, то необходимо отделить десну от края альвеолы. Это облегчает наложение щипцов и предотвращает разрывы слизистой оболочки при извлечении зуба.

2. Наложение щипцов. Держа щипцы в руке одним из ранее названных способов, раскрывают щечки и накладывают их на зуб или корень так, чтобы одна из щечек располагалась с язычной (небной), а другая с вестибулярной (щечной) стороны зуба. Ось щипцов должна совпадать с осью зуба. Несовпадение оси щипцов и зуба может привести к перелому коронки или корня удаляемого зуба или травме соседнего зуба.

3. Продвижение щипцов. Продвижение щечек щипцов под десну до ощущения плотного охвата зуба осуществляется давлением руки на щипцы. Если коронка зуба разрушена, то щечки щипцов продвигают так, чтобы они обхватили края стенки лунки, которые при удалении обламываются. Это позволяет избежать соскальзывания щипцов.

4. Фиксация (смыкание) щипцов. Первые два приема осуществляются при не полностью сомкнутых щечках щипцов. Для плотной фиксации щечек щипцов на коронке или корне удаляемого зуба рукоятки плотно сжимают так, чтобы зуб и щипцы представляли одно целое. Приложение чрезмерной силы может привести к разрушению коронки или корня удаляемого зуба.

5. Люксация или ротация. При выполнении этого этапа врач раскачивает (люксация) зуб в вестибулярную и язычную (небную) сторону или осуществляет вращение зуба вокруг оси на 25-30 град. в одну или другую сторону. Эти движения следует проводить, постепенно увеличивая амплитуду колебаний. При таких движениях происходит разрез периодонта, связывающего зуб, а также смещаются и подламываются стенки лунки.

Первое раскачивающее движение делают в сторону наименьшего сопротивления. При удалении зубов на верхней челюсти первое движение при люксации делают наружу, за исключением удаления шестого зуба. Наружная стенка лунки шестого зуба утолщена за счет скуло-альвеолярного гребня, поэтому удаляя этот зуб, первое движение делают вовнутрь.

На нижней челюсти при удалении резцов, клыка, премоляров первое раскачивающее движение делают наружу. При удалении второго и третьего моляров

первое вывихивающее движение делают в язычную сторону, так как наружная стенка в области этих зубов более толстая.

Вращательное движение (ротация) производится при удалении зубов, имеющих один округлый корень, приближающийся по форме к конусу. Это движение целесообразно при удалении резцов, клыка на верхней челюсти и разъединенных корней верхних многокорневых зубов. Зачастую вращательное движение следует сочетать с раскачивающими, (т.е. ротацию с люксацией).

6.Тракция - извлечение зуба из лунки. Является заключительным этапом в операции удаления зуба. После полного разрыва удерживающих связок производят его извлечение. Тракция производится плавно, без рывков, в основном снаружи на нижней челюсти движением вверх, на верхней вниз.

После удаления зуба врач, наложив марлевый тампон на лунку, сжимает ее края, этим достигается репозиция смещенных краев лунки, уменьшается площадь послеоперационной раны, что способствует ее лучшему заживлению и предотвращает развитие послеэкстракционных осложнений.

Операция атипичного удаления зубов.

Атипичное удаление - метод, когда зуб или корень удаляется не через лунку. Операция атипичного удаления производится при удалении ретенированных и дистопированных комплектных и сверхкомплектных зубов, в том числе и при затрудненном прорезывании нижних зубов мудрости, при гиперцементозе, при выраженном искривлении корней, при переломе верхушечного отдела корня, когда его нельзя удалить щипцами или элеваторами через лунку. Атипичное удаление зуба является более трудоемким оперативным вмешательством, чем обычное удаление зубов, поэтому его следует удалять с участие ассистента.

Операцию атипичного удаления зуба начинают с создания доступа к удаляемому зубу (корню) путем рассечения слизистой оболочки и надкостницы, чаще с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка. В фронтальном отделе челюстей производят трапециевидный разрез от середины соседних с удаляемым зубом (корнем) зубов до переходной складки и десневого края (гребня альвеолярного отростка при отсутствии зубов) соединяют оба разреза. От боковых отделах производят угловые разрезы, отслаивают слизисто-надкостничный лоскут, обнажают альвеолярный отросток.

С помощью бора и бормашины (реже с помощью долота) удаляют наружную костную стенку, обнажая или иногда небную при удалении ретенированных зубов на верхней челюсти, смещенных в небную сторону. После того, как корень или ретенированный зуб освобожден от покрывающих его костных тканей с помощью прямого элеватора удаляют корень (зуб). Для удаления корня иногда целесообразно использовать гладилку или крючок для снятия зубного камня. При удалении ретенированных зубов, имеющих косое или горизонтальное положение, производят полное опилование коронки удаляемого зуба с последующим вывихиванием оставшейся части прорезавшегося зуба.

После удаления зуба или корня сглаживают острые края костной раны, промывают ее перекисью водорода и раствором фурацилина для удаления мелких

костных осколков зуба (корня). Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют швами из кетгута.

При удалении зуба в конце операции важно оценить состояние лунки, альвеолярного отростка и слизистой десны. При наличии каких-либо изменений производятся соответствующие хирургические вмешательства: при необходимости удаляется выступающая часть межкорневой перегородки, выступающие острые края альвеолы, сжимаются края лунки, при наличии показаний слизистая десны ушивается.

Хирургические манипуляции при удалении зуба должны быть направлены на сохранение структуры и формы альвеолярного отростка. С целью сохранения формы альвеолярного отростка в видимой части при десневом типе улыбки необходимо максимально сохранить количество костной ткани в момент удаления зуба. Важно очень бережно относиться к вестибулярной и лингвальной кортикальной пластинке. Правильное соблюдение всех этапов удаления зуба позволит избежать нежелательной травматизации тканей. При удалении многокорневых зубов - это особенно сложная задача. Чтобы облегчить эту процедуру, многокорневые зубы распиливают и удаляют корни по отдельности, прилагая силы в мезиодистальном направлении. Трехкорневые верхние моляры обычно распиливают на три части, в то время как нижние моляры – на две. (рис.1)

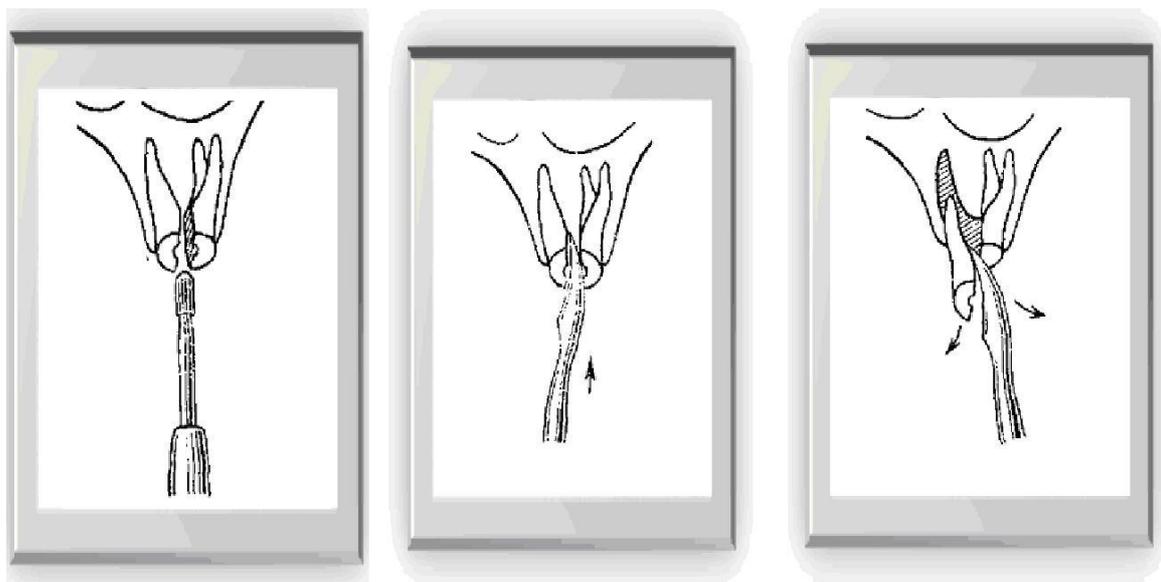


рис.1

Хорошие результаты отмечаются при непосредственном восстановлении костной ткани сразу после удаления зуба (replacement technique) с помощью аутогенной костной ткани или остеозамещающих препаратов с последующим ушиванием лунки удаленного зуба. Костная ткань альвеолярного отростка в этом случае не подвергается резорбции, что улучшает фиксацию съемных протезов, а также несъемных конструкций с использованием имплантатов.

В случае, когда удаление зуба будет в последующем сочетаться с ортодонтическим перемещением соседних зубов на место удалённого, крайне важно сохранить межкорневую перегородку и провести минимально травматическую отслойку

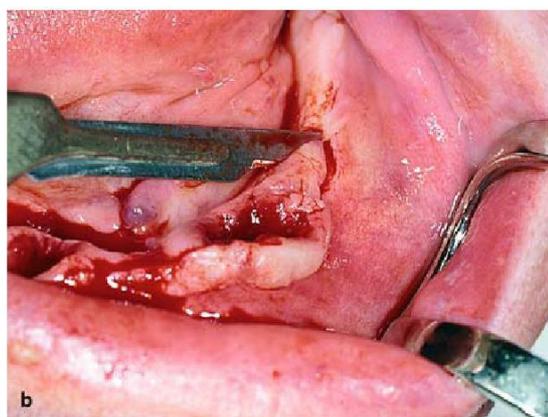
связочного аппарата удалённого зуба. Если данные условия не выполняются, то перемещение зубов на место удалённого и последующая их стабилизация становится проблематичной.

Операция удаления изолированно стоящего зуба, с одномоментной резекцией участка альвеолярного отростка

При удалении изолированно стоящего зуба нередко стоит задача кроме удаления зуба, удалить выступающую часть альвеолы. Резекция участка альвеолярного отростка показана в случае избытка тканей, деформации кости, когда для зубов, в том числе для зубов - антагонистов, в протезе недостаточно места. В зависимости от задач протезирования на моделях определяют необходимый объем резекции кости. Необходимо провести рентгенологическое обследование, с целью определения расположения нижнечелюстного канала, носовой и верхнечелюстной полостей во избежание их повреждений при операции.

Техника операции:

После проведения анестезии и выполнения двух сходящихся разрезов производится удаление выступающих участков кости с помощью фиссурного или шаровидного бора в области зуба, удаляется зуб, неровные поверхности кости сглаживаются фрезой или костными кусачками, антисептическая обработка, наложение швов. (Рис.2)



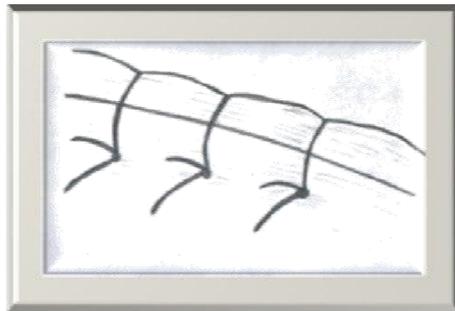
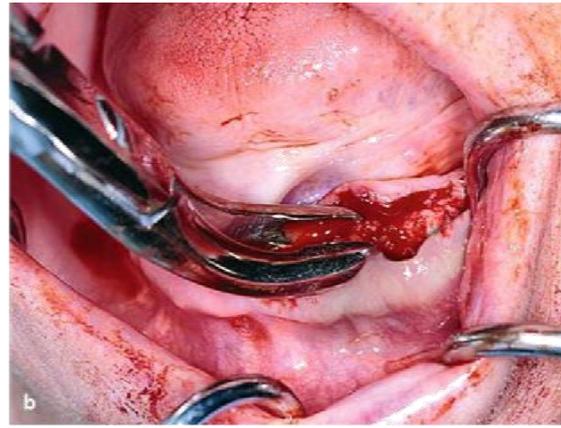


Рис.2

Аналогичная операция показана на верхней челюсти. При длительном отсутствии нижнего моляра альвеолярный отросток в области верхнего большого коренного зуба настолько увеличивается, что жевательная поверхность упомянутого зуба приблизится к краю десны беззубой нижней челюсти. После проведения анестезии, производится два сходящихся разреза слизистой оболочки, удаляется зуб и производится резекция выступающей части альвеолы. Операция заканчивается антисептической обработкой раны и её ушиванием. (Рис. 3)



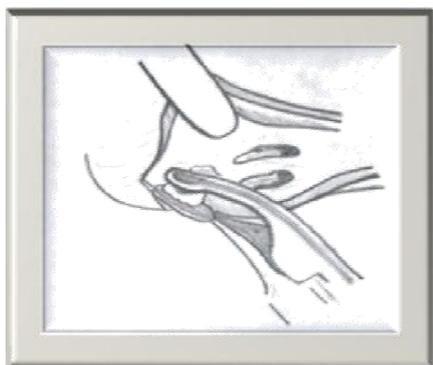


Рис. 3

Коррекцию можно считать выполненной правильно в том случае, если определяется наличие достаточного места в межальвеолярном промежутке для изготовления пластиночного протеза, как на верхней, так и на нижней челюсти.

ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ГРУППЫ ЗУБОВ

Операция удаления группы зубов требует предварительной психологической и ортопедической подготовки пациента. Пациенту должна быть объяснена необходимость удаления нескольких зубов сразу, особенно, если речь идёт о пациентах с хроническим пародонтитом.

При удалении 2 и более зубов, характер хирургических манипуляций несколько отличается от операции удаления одного зуба. Одно из отличий состоит в том, что большее внимание уделяется альвеолярному отростку между луночками зубов, удалению при необходимости выступающих краёв десны, ушиванию раны (при множественном удалении зубов наложение швов производится в большинстве случаев). В результате одномоментного удаления зубов, возможно, сформировать (хирургически скорректировать) форму альвеолярного отростка. Иногда требуется иссечение избытков слизистой оболочки десны. В некоторых случаях требуется отслаивание слизистой, и удаление фрагментов кости.

Техника операции:

Перед удалением зубов отслаивается слизисто-надкостничный лоскут с обеих сторон альвеолярного отростка, удаляются зубы, костные выступы сглаживаются фрезой и рашпилем, удаляются мелкие фрагменты кости, после антисептической обработки раны слизисто-надкостничный лоскут укладывается на место, рана ушивается. (Рис.4)

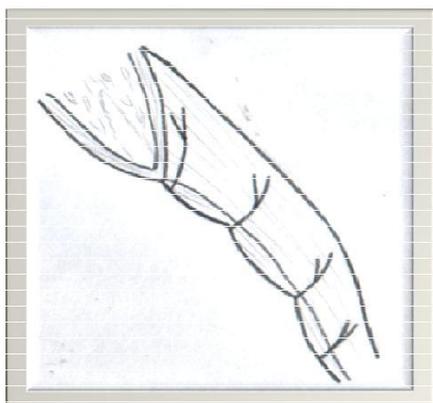
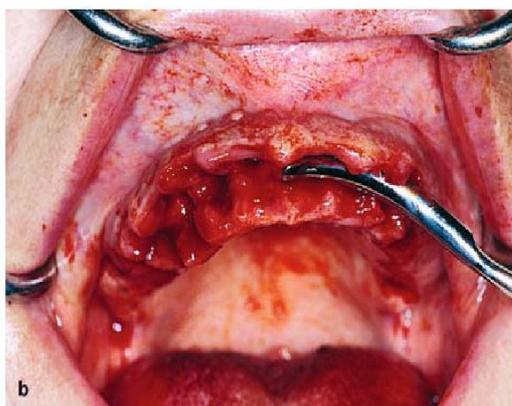
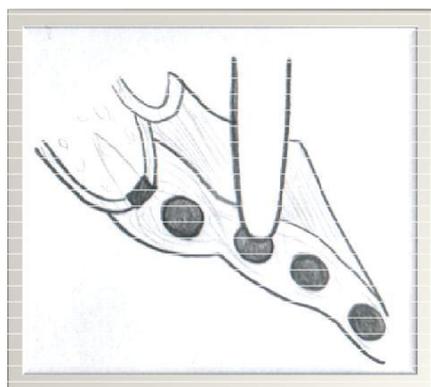
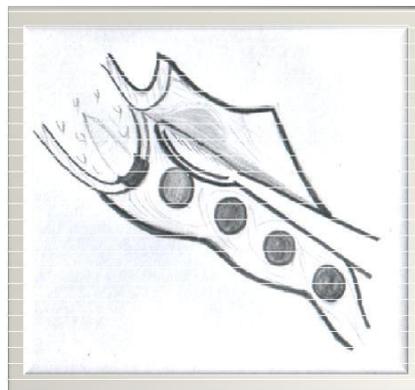
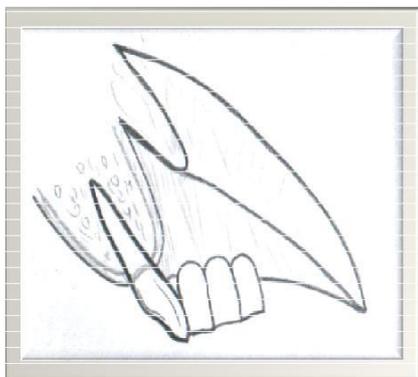


Рис.4

Коррекция возможна либо по предложенной методике, либо с подсадкой остеозамещающих препаратов. Желательно, чтобы одномоментное удаление зубов

проводилось сначала на одной стороне челюсти. Спустя неделю возможно дальнейшее удаление группы зубов на другой стороне челюсти, после адаптации пациента.

В случае опасности перегрузки пародонта остающихся после удаления зубов необходимо предварительное изготовление имедиат - протезов.

Задачи имедиат –протезов:

- 1) защита послеоперационной раны и удержание шовного материала
- 2) формирования формы альвеолярного отростка
- 3) снятие перегрузки с опорных зубов, сохранение функции жевания
- 4) решение косметических проблем и социальной адаптации пациента
- 5) решение фонетических проблем
- 6) предотвращение спазмирования мышц лица и губ, поддержание формы мягких тканей.

Заживление раны после удаления зуба

Послеэкстракционная рана заживает вторичным натяжением. После удаления зуба лунка заполняется кровяным сгустком. Постепенно в течение двух недель он подвергается замещению грануляционной тканью, исходящей со дна и стенок лунки. Источником появления грануляций в ране являются остатки периодонта и круговой связки. Одновременно происходит эпителизация за счет вегетации эпителия десневого края. Эпителизация после экстракционной раны проходит в двух-трехнедельный срок и зависит от возраста больного. У молодых процесс заживления проходит быстрее, у пожилых - медленнее. В однокорневых зубах процесс эпителизации происходит быстрее (16-18 дней) чем в многокорневых (19-23 сутки). Сроки эпителизации удлиняются на 1-2 недели после травматичного удаления зуба при наличии воспаления.

К концу второй недели со дна и стенок лунки начинается разрастание остеоидной ткани, а к 45-му дню лунка полностью заполняется мелковолокнутой губчатой костной тканью. Одновременно происходит резорбция компактной пластинки лунки зуба. К концу третьего месяца новообразованная крупноволокнистая ткань полностью выполняет всю альвеолу, а к концу 4-6 месяцев, а при осложненном заживлении к 8 месяцу рентгенологически отличить лунку от окружающей кости не удастся.

Уход за раной после удаления зуба

Основной задачей послеоперационного ухода за раной является предупреждение осложнений процесса ее заживления.

Для этого необходимо:

1. проверить, все ли части зуба удалены,
2. провести ревизию лунки, удалить мелкие костные осколки,
3. провести кюретаж верхушечной части лунки при наличии грануляций или гранулемы, которые не были удалены вместе с зубом (корнем)
4. сгладить острые костные края лунки,

5.сблизить края альвеолы (репозиция краев лунки).

При обнаружении повреждений десны и обнажения кости альвеолярного отростка необходимо перекрыть костную рану мягкими тканями и наложить швы на слизистую оболочку. При атипичном удалении зуба послеоперационная рана обязательно зашивается.

В случае острого или обострившегося хронического воспалительного процесса кюретаж лунки, ушивание лунки не показаны.

Большое значение в течение послеоперационного периода и процесса заживления лунки имеет своевременное заполнение лунки кровяным сгустком. При применении современных анестетиков, содержащих вазоконстрикторы, в результате регионарной ишемии лунка длительное время остается незаполненной сгустком (остается сухой). Для скорейшего заполнения лунки необходимо произвести кюретаж лунки. Для защиты кровяного сгустка, предотвращения попадания слюны в лунку и ее инфицирования необходимо наложить на лунку марлевый тампон на 4-5 мин. Тампон на лунку накладывают после удаления зуба по поводу острого или обострившегося воспалительного процесса. В течение двух часов после удаления зуба больному следует воздержаться от приема пищи и воды, также не рекомендуется в течение дня принимать горячую и раздражающую пищу, тепловые процедуры, заниматься тяжелым физическим трудом. После приема пищи возможны неинтенсивные антисептические ванночки полости рта.

Осложнения, возникающие во время удаления зуба

Все осложнения, которые могут возникать во время удаления зуба, можно разделить на общие и местные. К числу общих осложнений относятся обморок, коллапс и шок, а также осложнения, связанные с имеющейся у больного соматической патологией.

Местные осложнения.

Перелом удаляемого зуба или его корня наиболее частым осложнением операции удаления зуба является перелом коронки или корня удаляемого зуба. Это осложнение чаще всего связано со значительным разрушением коронки зуба, а также с особенностями строения корня или окружающей костной ткани. Предшествующие патологические процессы в периодонте могут приводить к гиперцементозу, когда корень зуба прочно спаивается на некотором протяжении со стенкой альвеолы. Эти осложнения также могут наблюдаться при нарушении техники оперативного вмешательства: неправильный выбор щипцов, недостаточное продвижение щечек щипцов, несоблюдение последовательности приемов удаления, резкие движения при люксации и тракции зуба.

Если произошел перелом удаляемого зуба или корня, при отсутствии противопоказаний (коллапс, шок, гипертонический криз, инфаркт, инсульт и др.), следует закончить удаление, перейдя при необходимости к атипичному удалению. Острый гнойный воспалительный процесс околочелюстных мягких тканей в некоторых случаях может отсрочить завершение удаления на 3-4 дня.

Перелом, вывих соседнего зуба. Чаще всего это осложнение связано с использованием щипцов с более широкими щечками, при несовпадении оси зуба и щечек щипцов, при неправильной работе элеватором (при опоре элеватором на соседний зуб, особенно одиночно стоящий).

В зависимости от вида травмы, нанесенной соседнему зубу, проводится его лечение (изготовление вкладок, коронок, штифтового зуба, реплантации зуба, укрепление зуба шиной).

Повреждение зуба-антагониста происходит при удалении зубов на нижней челюсти, прикладывая чрезмерную силу при проведении тракции зубов, наносят при этом травму зубам-антагонистам. Лечение то же, что и при травме рядом стоящего зуба.

Вывих нижней челюсти. Может возникнуть при широком открывании рта и чрезмерном давлении на нижнюю челюсть щипцами или прямым элеватором при удалении зубов на нижней челюсти. Обычно происходит передний вывих, чаще односторонний у больных пожилого возраста. Лечение: вправление нижней челюсти одним из существующих способов. Профилактика вывиха заключается в фиксации ментального отдела нижней челюсти левой рукой во время удаления зуба.

Перелом нижней челюсти встречается редко и бывает следствием грубо проведенного оперативного вмешательства при удалении зуба мудрости при затрудненном его прорезывании. Это случается, когда врач не снял нависающие костные структуры, прикрывающие третий нижний моляр, а пытается его удалить, используя прямой элеватор или элеватор Леклюза.

Развитию этого осложнения способствуют патологические процессы в области угла нижней челюсти, которые снижают ее прочность, одонтогенный остеомиелит, опухолеподобные образования, фолликулярные, радикулярные, пародонтальные кисты, опухоли (одонтомы, амелобластомы, остео- и хондросаркомы и др.). Возрастная атрофия челюсти значительно снижает ее прочность.

Отлом бугра верхней челюсти происходит при удалении восьмого верхнего зуба чаще всего прямым элеватором и реже при глубоко продвижении щечек щипцов. При отрыве бугра верхней челюсти вскрывается дно верхнечелюстной пазухи и может сопровождаться кровотечением из мягких тканей и неба. При отломе бугра его удаляют, а рану зашивают наглухо.

Отлом участка альвеолярного отростка. Перелом альвеолярного отростка наблюдается при нарушении методики операции удаления зуба (глубокое продвижение щечек щипцов); а также при наличии воспалительного процесса в периодонте, когда корень зуба плотно спаивается со стенкой альвеолы. Если отломанная часть альвеолярного отростка сохраняет связь с мягкими тканями, то ее репонируют и фиксируют шиной. В случаях, когда отломок лишился связи с мягкими тканями, то он удаляется, сглаживаются острые костные края, края раны сближают и наглухо зашивают.

Перфорация дна верхнечелюстной пазухи. Возникает чаще всего у больных с пневматическим типом строения верхнечелюстной пазухи и наличием воспалительного

процесса в периодонтальных тканях, в результате чего слизистая оболочка пазухи может быть плотно сращена с периодонтом и повреждаться при операции удаления зуба. Перфорация происходит при травматическом удалении зуба с применением долота, элеватора, реже щипцов, неосторожном обследовании лункой хирургической ложечкой или удалении грануляций с ее дна.

Если после удаления зуба (корня) из лунки выделяется кровь с пузырьками воздуха, то врач должен заподозрить наличие антроорального сообщения. После этого следует провести носовую пробу: больной закрывает обе ноздри и пытается выдохнуть через нос. Если воздух выходит из лунки удаленного зуба, это указывает на наличие сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта, т.е. проба положительная. Отрицательная проба не исключает наличия соустья, т.к. оно может закрываться полипами. В таких случаях необходимо надуть щеки, пропустить воздух в обратном направлении (при положительной пробе надуть щеки не представляется возможным). Зондирование лунки или полоскание рта жидкостью с целью диагностики наличия антроорального сообщения мы не считаем целесообразным, так как при этом инфицируется верхнечелюстная пазуха.

При вскрытии верхнечелюстной пазухи (без наличия в ней корня) и отсутствии в ней воспалительных явлений необходимо сгладить острые края лунки, мобилизовать слизисто-надкостничный лоскут и рану зашить наглухо.

При проталкивании корня зуба в верхнечелюстную полость больного следует направить в стационар для проведения операции по поводу удаления инородного тела из верхнечелюстного синуса. Не рекомендуем пытаться удалить протолкнутый в верхнечелюстной синус корень через лунку.

Проталкивание корня в нижнечелюстной канал. Может произойти при удалении больших коренных зубов (чаще корней седьмого и восьмого). Это наблюдается в тех случаях, когда верхушки корней этих зубов находятся в непосредственной близости от нижнечелюстного канала или в периапикальных тканях имеются воспалительные процессы, которые сопровождаются резорбцией костной ткани. Проталкивание происходит при попытке врача удалить верхушечный фрагмент корня прямым элеватором. При проталкивании в канал корня происходит сдавление нижнелуночкового нерва и может сопровождаться неврологическими болями, парестезией. Лечение: удаление корня из нижнечелюстного канала.

Проталкивание зуба или корня в мягкие ткани. Проталкивание зуба в окружающие челюсть мягкие ткани происходит крайне редко, чаще происходит проталкивание корней зуба. Чаще всего происходит проталкивание корня при его переломе и попытке удалить остаток его с помощью прямого элеватора. Чаще всего проталкивание происходит из-за нежелания врача перейти от типичного к атипичному удалению остатков корней, а также наличием патологического процесса в периапикальных тканях приведшего к разрушению стенки лунки. Чаще всего происходит проталкивание корня в вестибулярную сторону, а при удалении нижнего третьего моляра - в язычную сторону (в крыловидно-нижнечелюстное пространство, дно полости рта).

Повреждение мягких тканей. Повреждение мягких тканей наблюдается при неосторожной работе врача: при недостаточной отслойке круговой связки от зуба, наложении щипцов на десневой край, работе без страховки прямым элеватором (при соскальзывании его), применении долота. Чаще всего происходит травма слизистой оболочки десневого края, но может повреждаться язык, дно полости рта, твердое и мягкое небо. Ранение мягких тканей приводит к возникновению кровотечения. На поврежденные ткани следует наложить швы.

Прочие осложнения. У детей возможно повреждение зачатков постоянных зубов при травматичном удалении временных (молочных) зубов (особенно при удалении элеватором). Может возникнуть внезапное профузное кровотечение из лунки при наличии нераспознанной костной гемангиомы. Для профилактики этого тяжелейшего осложнения необходимо рентгенологическое обследование на наличие сосудистой опухоли любого отдела челюстно-лицевой области. Аспирация зуба или корня может привести к obturации дыхательных путей. Возникает нарушение внешнего дыхания, вплоть до асфиксии. В этом случае больному срочно производят трахеотомию или направляют в специализированное учреждение для удаления инородного тела. Аспирация зуба или корня чаще наблюдается при удалении под наркозом (масочный и внутривенный), когда угнетен кашлевой рефлекс, а дыхательные пути не изолированы. При проглатывании удаленного зуба с острыми краями коронки, травмируется слизистая оболочка глотки, зуб из желудочно-кишечного тракта выходит естественным путем.

Местные осложнения, возникшие после удаления зубов

Кровотечение. Удаление зуба сопровождается кровотечением, которое чаще всего прекращается через несколько минут с образованием кровяного сгустка. Однако в некоторых случаях оно самостоятельно не останавливается и продолжается длительное время – первичное кровотечение. Иногда кровотечение появляется спустя некоторое время после операции (через несколько часов и даже суток) – вторичное кровотечение. Продолжительные кровотечения чаще всего обусловлены местными причинами, реже – общими.

Местные причины луночковых кровотечений: повреждение (разрыв, разможнение) сосудов мягких тканей и кости при травматическом проведении операции; отлом стенки альвеолы или межкорневой перегородки; наличие внутрикостной сосудистой опухоли; при остром воспалительном процессе (воспалительная гиперемия), во второй фазе действия вазоконстрикторов (вазопарез), при гнойном расплавлении кровяного сгустка и тромбов в сосудах при альвеолите.

Общие причины длительных постэкстракционных кровотечений бывают обусловлены нарушением процесса свертывания крови или нарушением сосудистой системы. К ним относятся геморрагические диатезы: гемофилия, тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа), геморрагический васкулит, геморрагический ангиоматоз (болезнь Рендю-Опелера), ангиогемофилия (болезнь Виллебранна), С-авитаминозы, заболевания, сопровождающиеся геморрагическими симптомами: острый лейкоз, инфекционный гепатит, септический эндокардит, сыпной и брюшной тиф, скарлатина и

др.; у больных, получавших антикоагулянты, у больных, страдающих гипертонической болезнью.

В результате длительного кровотечения и кровопотери общее состояние больного ухудшается, появляется слабость, головокружения, бледность кожных покровов, акроцианоз. Пульс учащается, может снизиться артериальное давление. Лунка удаленного зуба, альвеолярный отросток и соседние зубы покрыты кровяным сгустком, из-под которого вытекает кровь

Местные способы остановки кровотечения

С помощью хирургических инструментов удаляют кровяной сгусток из лунки, высушивают ее и прилежащий участок альвеолярного отростка, производят осмотр раны и выясняют причину кровотечения, ее характер и локализацию.

Кровотечение из поврежденной слизистой оболочки останавливают путем наложения швов на рану, на рану, перевязки сосудов или прошивания тканей, кровотечение из мелких сосудов можно остановить электрокоагуляцией их.

При повреждении костного сосуда его сдавливают щипцами или другим хирургическим инструментом. После остановки кровотечения послеоперационную рану следует зашить.

Для остановки кровотечения из глубины лунки производят ее тампонаду различными средствами. Наиболее простым и доступным способом гемостаза является тампонада йодоформной марлей, которую извлекают из лунки не ранее 5-6 дней, после начала гранулирования стенок лунки

Для тампонады лунки можно использовать кровоостанавливающую марлю «Оксицеллодин», а также марлю, пропитанную раствором тромбина, гемофобина, эпислон-аминокапроновой кислотой, ампрофером, препаратом капрофер. Хороший гемостатический эффект дает введение в лунку рассасывающих биологических гемостатических препаратов: гемостатической губки, фибриновой пленки, ваты, пены, фибринового клея, биологического антисептического тампона (БАТ), желатинной или коллагеновой губки и др.

Общие способы остановки кровотечения. Одновременно с проведением местных гемостатических мероприятий применяют средства, повышающие свертывание крови. Обычно их назначают после определения состояния свертывающей и противосвертывающей системы крови (коагулограмму). В экстренных случаях, до получения коагулограммы, внутривенно вводят 10 мг 10% раствора кальция хлорида или глюконата кальция или 5-10 мл 1% раствора амбена (помба), внутримышечно или внутривенно 12,5% раствор этомзилата (диципон) по 2-4 мл, а затем каждые 4-6 часов по 2 мл (по 2 табл.). Одновременно необходимо назначить внутривенное введение 2-4 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты. При гипопротромбинемии назначают препараты из группы витамина К : викасол по 0,015 г 2-3 раза в день 3-4 дня (или внутримышечно 1 мл). При повышенной фибринолитической активности крови назначают

аминокапроновую кислоту внутрь по 2 -3 г 1 раз в день или внутривенно капельно по 100 мл 5% раствора или амбен. При повышенной проницаемости сосудов больному назначают прием рутина по 0,02-0,05 г 2-3 раза в сутки или аскорутин. У больных, страдающих гипертонической болезнью проводят гипотензивную терапию. Общее лечение больных с послеэкстракционным кровотечением следует проводить в условиях стационара.

Профилактика кровотечения заключается в тщательном сборе анамнеза, а также обследовании больного: анализ крови с определением числа тромбоцитов, времени свертывания и длительности кровотечения. При отклонении этих показателей необходим консультация терапевта или гематолога и провести подготовку больного к оперативному вмешательству. Оперативное вмешательство следует проводить с наименьшей травмой. При травматическом удалении следует провести тщательный гемостаз и ушить рану. Применять меры профилактики развития альвеолита. Оказание необходимой хирургической помощи больным с геморрагическим диатезом следует проводить только в условиях стационара с проведением пред- и послеоперационных антигеморрагических мероприятий.

Альвеолит

Термин «альвеолит» предложен А.И.Верлоцким и А.М.Пименовой. Синонимами его являются: послеэкстракционный альвеолоневрит (А.И.Евдокимов), луночковая послеэкстракционная боль (Г.А.Васильев), «сухая лунка» (А.А.Тимофеев), остеомиелит лунки (Ф.А.Звержковский) и др. Альвеолит является довольно распространенным заболеванием, которое по данным различных авторов составляет 24-35% от всех послеоперационных осложнений. По данным А.А.Тимофеева (1983) альвеолит в 24,2% развивается на верхней челюсти и в 75,8% - на нижней. Возникновению альвеолита способствуют многие факторы: травматичное удаление, сопровождающееся повреждением мягких и костных тканей, проталкивание в лунку зубных отложений или содержимого кариозной полости, наличие в ней патологических тканей, остатков костей зуба, плохое гигиеническое состояние полости рта, а также факторы, препятствующие образованию кровяного сгустка (применение вазоконстрикторов, заболевания. Нарушающие процесс свертывания крови) и способствующие его разрушению (тампонада лунки, полоскание полости рта, прием особенно горячей пищи, курение, прием алкоголя, инфицирование лунки. При альвеолите в воспалительный процесс вовлекаются вначале внутренняя компактная пластинка альвеолы, а затем более глубокие слои кости. Иногда воспалительный процесс альвеолы приобретает гнойно- некротический характер, возникает ограниченный остеомиелит лунки.

При альвеолите больные жалуются на постоянную ноющую боль, усиливающуюся во время еды. Общее состояние больного не нарушается, температура тела нормальная. Кровяной сгусток в лунке частично или полностью разрушен. В лунке, кроме распавшегося сгустка имеются остатки пищи, слюна. Стенки ее обнажены. Регионарные лимфоузлы не воспалены. Альвеолит развивается на 2-3 сутки после удаления зуба и длится около недели. В ряде случаев при альвеолите у больных

появляется интенсивная постоянная боль с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва, гнилостный запах изо рта, слабость, недомогание, субфебрильная температура тела. Прием пищи из-за боли затруднен. Кожные покровы бледные. Имеется асимметрия лица за счет отека мягких тканей на стороне удаленного зуба. Регионарные лимфатические узлы увеличены и при пальпации болезненны. Слизистая оболочка вокруг лунки гиперемирована, отечна, болезненна. В лунке зуба содержатся остатки распавшегося сгустка, ее стенки покрыты налетом грязно-серого цвета с резким гнилостным запахом.

У больных с сопутствующими общесоматическими заболеваниями (особенно сахарным диабетом) альвеолит протекает с более выраженной воспалительной реакцией и длительным течением. Альвеолит вызывает ухудшение клинической картины сахарного диабета (взаимное отягощение).

В настоящее время предложено множество методов лечения альвеолита. Однако несмотря на большое их число, все методы лечения начинаются с обработки послеэкстракционной раны. После выполнения местного обезболивания с помощью шприца с затупленной иглой струей теплого раствора антисептика (перекись водорода, хлоргексидин, перманганат калия и др.) вымывают из лунки частицы распавшегося сгустка, пищу, осколки кости и зубы. Мы считаем недопустимым проведение кюретажа, так как это приводит к травматизации, усилению отека тканей и болевого синдрома. Детрит удаляют из лунки экскаватором или ложечкой без травматизации стенок. Далее лунку высушивают, обрабатывают раствором антисептика и анестетика. Дальнейшие мероприятия всех предлагаемых способов направлены на быстрое очищение лунки, снятие боли, купирование воспаления, повышение регенерации. Для этих целей предложено: протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин, химопсин), энзимы, анестезирующую пасту (антибиотики + сульфаниламиды + трипсин + анестезин), антистафилококковую плазму, препарат пчелиного яда (венанеолин-1), поверхностно-активные вещества (ПАВ), дефлагин, раствор аира, эктерицид и раствор димексида, диоксидин, гидрофильные мази (левосин, левомеколь, левоперсин), 5% хлорацетофосовая мазь, эмульсия синтомицина, бактерицидная жидкость Горгиева и 0,1% раствор лизоцима в соотношении 1:1. Хороший лечебный эффект оказывают блокады нижнелуночкового нерва и применение физиотерапевтических мероприятий: флюктуаризация, излучение гелий-неонового лазера, магнитотерапия, иглоукалывание

Ограниченный остеомиелит лунки

Ограниченный остеомиелит лунки зуба. В лунке удаленного зуба появляется острая пульсирующая боль, возникает боль в соседних зубах. Появляются слабость, сильная головная боль. Температура тела 37,6—37,80С и выше, иногда бывает озноб. Больной не спит, не может работать. Сгусток крови в лунке отсутствует, дно и стенки ее покрыты грязно-серой массой со зловонным запахом. Окружающая лунку зуба слизистая оболочка краснеет, отекает, надкостница инфильтрируется, утолщается. Пальпация альвеолярного отростка с вестибулярной и оральной сторон в области лунки и на соседних участках резко болезненна. При перкуссии рядом стоящих зубов возникает боль. Околочелюстные мягкие ткани отечны, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, плотные,

болезненные. При остеомиелите лунки одного из нижних больших коренных зубов из-за распространения воспалительного процесса на область жевательной или медиальной крыловидной мышцы открывание рта часто ограничено. Явления острого воспаления держатся 6—8 дней, иногда 10 дней, затем они уменьшаются, процесс переходит в подострую и далее в хроническую стадию. Боль становится тупой, слабой. Общее состояние улучшается. Нормализуется температура тела. Отек и гиперемия слизистой оболочки становятся менее выраженными; уменьшается, затем исчезает болезненность при пальпации альвеолярного отростка. Исчезают отек тканей лица и проявления поднижнечелюстного лимфаденита. Через 12—15 дней лунка зуба заполняется рыхлой, иногда взбухающей из нее патологической грануляционной тканью, при надавливании на которую выделяется гной. На рентгенограмме контуры внутренней компактной пластинки альвеолы нечеткие, размытые, выражены остеопороз кости и деструкция ее у альвеолярного края. В некоторых случаях, спустя 20—25 дней от начала острого периода, удается выявить мелкие секвестры.

Лечение. В острой стадии заболевания терапию начинают с ревизии лунки. После проводникового и инфильтрационного обезболивания удаляют из лунки разложившийся сгусток крови, патологическую ткань и имеющиеся в ней инородные тела. Затем ее обрабатывают из шприца слабым раствором антисептика или биологически активным препаратом: стафилококковым и стрептококковым бактериофагом, протеолитическими ферментами, лизоцимом. После этого рану закрывают антибактериальной повязкой. Стиханию воспалительных явлений и уменьшению боли способствует рассечение инфильтрированного участка надкостницы и слизистой оболочки. Разрез длиной 1,5—2 см делают по переходной складке и с внутренней стороны альвеолярного отростка, на уровне лунки зуба, до кости. Назначают внутрь антибиотики, антигистаминные препараты, анальгетики, аскорбиновую кислоту, проводят новокаиновые блокады, физиотерапию. Назначают поливитамины. Одновременно проводят ультразвуковую или лазерную терапию очага воспаления. Через 20—25 дней от начала острого воспалительного процесса из лунки удаляют хирургической ложечкой образовавшуюся патологическую грануляционную ткань и мелкие секвестры, тщательно выскабливают дно и стенки лунки. Рану обрабатывают антисептическим раствором, высушивают и рыхло тампонируют полоской марли, пропитанной йодоформной жидкостью. Перевязки проводят через 2—3 дня до образования на стенках и дне лунки молодой грануляционной ткани.

Луночковая послеэкстракционная боль.

Больные жалуются на сильные невралгического характера боли, которые усиливаются во время еды или при случайном прикосновении языком к лунке зуба. Лунка удаленного зуба заполнена организующимся кровяным сгустком, признаки воспаления отсутствуют, что отличает это осложнение от альвеолита. Причиной возникновения болей является смещение стенок альвеолы (чаще вестибулярной) при выполнении люксации и непроведения ее репозиции. При этом может происходить ущемление первых веточек острыми краями альвеолы, что вызывает болевые ощущения (часто невралгического характера). Острые края альвеолы чаще образуются после удаления нескольких рядом стоящих зубов или одиночно расположенного зуба (вследствие атрофии кости на соседних участках). При ощупывании лунки пальцем определяется выступающий острый

край кости, а также возникает резкая боль. Профилактика этого осложнения заключается в репозиции смещенных стенок альвеолы путем сдавления ее стенок после удаления зуба или удаления выступающих краев альвеолы. Для устранения боли производят операцию – альвеолоэктомию, во время которой удаляют острые края лунки.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Хирургическая стоматология: Учебник/Под ред. Т.Г.Робустовой. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2010. – 688 с.: ил. (Учеб. лит. Для мед.вузов).
2. Афанасьев В.В., Пашинян Г.А., Новосельская В.Н. Хирургическая стоматология (Запись и ведение истории болезни) : практическое руководство / под общей редакцией проф. Афанасьева В.В. М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005.- 128 с.
3. Тимофеев А.А., Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- Киев, 2002. -621с.: ил.

Дополнительная:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 3-е изд., перераб. и доп. Витебск: Белмедкнига, 1998.- 416 с.: ил.
2. Безруков В.М. Амбулаторная хирургическая стоматология: Руководство для врачей. /В.М. Безруков, Л.А. Григорьянц, Н.А. Рабуха и др. – М.: Медицинское информационное агентство, 2002.- 75с.