

Н. Н. ЧЕШКО

**МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ,
ВОЗНИКАЮЩИЕ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ
ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА**

Минск БГМУ 2012

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Н. Н. Чешко

**МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ,
ВОЗНИКАЮЩИЕ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ
ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА**

Учебно-методическое пособие



БИБЛИОТЕКА
Белорусского государственного
медицинского университета

Минск БГМУ 2012

Чешко Н.Н.
Местные осложнения,
возникающие во время
и после операции удаления
зуба.
Мн., 2012 7550 р.

цр. к. 2176

УДК 616.314-089-06 (075.8)
ББК 56.6 я73
Ч-57

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 29.02.2012 г., протокол № 5

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., зав. каф. стоматологии детского возраста и челюстно-лицевой хирургии Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета О. А. Жаркова; канд. мед. наук, доц. каф. челюстно-лицевой хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования Г. М. Руман

Чешко, Н. Н.
Ч-57 Местные осложнения, возникающие во время и после операции удаления зуба : учеб.-метод. пособие / Н. Н. Чешко. – Минск : БГМУ, 2011. – 31 с.

ISBN 978-985-528-566-4.

Описаны причины, клинические проявления, способы лечения и меры профилактики местных осложнений, которые могут возникнуть на приеме у хирурга-стоматолога во время и после операции удаления зубов.

Предназначено для студентов 3-го курса стоматологического факультета по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология».

УДК 616.314-089-06 (075.8)
ББК 56.6 я73

ISBN 978-985-528-566-4

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2012

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема занятия: «Местные осложнения, возникающие во время и после операции удаления зуба».

Общее время занятий: 8 часов.

Операция удаления зуба остается самым распространенным хирургическим вмешательством в медицине. Во время и после ее выполнения могут возникнуть как местные (чаще), так и общие осложнения. Местные обычно развиваются при травматических манипуляциях и нарушении тактики вмешательства или связаны с анатомическими особенностями челюстей и зубов пациентов, поэтому важно знать причины этих осложнений, клиническую картину, лечение и профилактические мероприятия.

Цель занятия: изучить классификацию осложнений, которые могут возникнуть во время и после операции удаления зуба, их причины и клинические проявления, способы лечения и меры профилактики.

Задачи занятия:

1. Знать виды осложнений, которые могут возникнуть во время операции удаления зуба и после нее.
2. Знать причины осложнений и их проявления.
3. Знать лечение и меры профилактики этих осложнений.
4. Уметь проводить обследование пациента с осложнениями.
5. Уметь сформулировать диагноз и оказать квалифицированную помощь.
6. Уметь принимать профилактические меры.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы занятия студенту необходимо повторить:

- из анатомии человека: строение зубов и челюстей;
- нормальной физиологии: методики определения показателей гемостаза;
- патологической физиологии: этиопатогенез, признаки и фазы воспаления;
- фармакологии: характеристику нестероидных противовоспалительных, антибактериальных, анальгетических препаратов и средств, влияющих на тромбообразование.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Макроскопические особенности строения верхней и нижней челюстей.
2. Взаимоотношение корней постоянных зубов с нижней стенкой верхнечелюстной пазухи.
3. Понятие о системе гемостаза и его звеньях (свертывающее, противосвертывающее и фибринолитическое). Функции системы гемостаза.

4. Основные методы оценки первичного и вторичного гемостазов в амбулаторных условиях.

5. Фибринолиз, его механизмы. Регуляция свертывания крови и фибринолиза.

6. Определение понятия, причины возникновения и механизмы развития воспалительного процесса.

7. Медиаторы воспаления, их происхождение, принципы классификации.

8. Показания и противопоказания к применению нестероидных противовоспалительных, антибактериальных, анальгетических препаратов и средств, влияющих на тромбообразование.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Причины и виды местных осложнений, возникающих во время операции удаления зуба.

2. Тактика врача при переломах коронки или корня удаляемого зуба.

3. Клиническая картина, диагностика, лечение и профилактика перелома или вывиха соседнего зуба.

4. Лечение и профилактика проталкивания корня зуба в мягкие ткани, повреждения десны и других тканей полости рта.

5. Тактика врача при отломах участка альвеолярного отростка и булга верхней челюсти.

6. Лечение и профилактика вывиха нижней челюсти.

7. Клиническая картина, диагностика, тактика врача при переломе нижней челюсти.

8. Клиника и диагностика перфорации верхнечелюстной пазухи.

9. Тактика врача при перфорации и проталкивании корня в верхнечелюстную пазуху.

10. Виды местных осложнений, возникающих после операции удаления зуба.

11. Луночковое кровотечение. Причины, местные и общие способы его остановки, профилактика.

12. Тактика врача при альвеолите.

13. Клиническая картина, лечение и профилактика ограниченного остеомиелита лунки зуба.

14. Местные неврологические нарушения после удаления зуба, их лечение и профилактика.

15. Тактика врача при острых краях альвеолы.

МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Перелом коронки или корня удаляемого зуба — нередкое осложнение. Оно возникает вследствие разрушения коронки патологическим процессом или в силу анатомических особенностей (длинные, тонкие или изогнутые корни, значительное их расхождение). Это осложнение может возникнуть в результате нарушения техники удаления зубов, грубого применения инструментов, резких движений руки врача, беспокойного поведения больного и т. д. Оставленный в лунке или сломанный корень зуба необходимо удалить в тот же день. Не следует вместе с корнем повреждать щипцами стенку альвеолярного отростка. На уровне травмы с вестibuлярной стороны лучше произвести скелетирование стенки отростка, а затем резецировать ее при помощи бормашин. Корень удаляют элеватором.

Перелом, полный или неполный вывих соседнего зуба возможны в результате использования щипцов с более широкими щечками, чем коронка удаляемого зуба, при неправильном использовании зубных элеваторов, например, если элеватором опираются на 5-й зуб при удалении 6-го или на 2-й при удалении 3-го. Если быть более точным, то данное осложнение следует отнести к врачебным ошибкам.

При переломе зуба проводят его консервативное лечение (изготавливают вкладки, коронки, штифтовые зубы) либо его удаляют. При неполном вывихе зуб репозируют и накладывают гладкую шину-скобу на 3–4 недели, при полном вывихе проводят операцию реплантации зуба.

Проталкивание корня зуба в мягкие ткани чаще происходит во время удаления третьего нижнего моляра. Этому способствует резорбция тонкой язычной стенки альвеолы в результате предшествовавшего патологического процесса или ее отлом во время операции, проводимой элеватором. Вывихнутый корень смещается под слизистую оболочку в области челюстно-язычного желобка.

Если корень, находящийся под слизистой оболочкой, пальпируется, то его удаляют после разреза мягких тканей над ним. Когда удаленный корень обнаружить не удастся, проводят рентгенологическое исследование нижней челюсти в прямой и боковой проекциях или компьютерную томографию и устанавливают расположение корня в мягких тканях. Топической диагностике помогает введение игл в ткани с последующей рентгенограммой. Корень, сместившийся в ткани заднего отдела подъязычной или поднижнечелюстной области, удаляют в условиях стационара.

Повреждение десны и мягких тканей полости рта происходит в результате нарушения техники операции и грубой работы врача. Так, при неполном отделении круговой связки от шейки зуба соединенная с ним десна может разорваться во время выведения зуба из лунки. Чаще всего это бывает при удалении зубов на нижней челюсти. Происходит разрыв слизистой оболочки с язычной стороны лентообразной формы.

Иногда щипцы накладывают и продвигают на корень или зуб не под контролем зрения, а вслепую (плохое открывание рта, недостаточное освещение операционного поля). Бывает, что щечки щипцов захватывают десну, раздавливая ее во время их смыкания и вывихивания зуба. Разрыв слизистой оболочки может произойти, когда щечки щипцов продвигают глубоко под десну, пытаясь захватить верхнюю часть альвеолы.

Ранение слизистой оболочки щеки, твердого неба, подъязычной области, языка может произойти при соскальзывании инструмента во время продвижения щечек щипцов или элеватора. Для профилактики этого осложнения врач должен обхватить пальцами левой руки альвеолярный отросток в области удаляемого зуба и защитить окружающие его ткани от случайного повреждения.

Ранение мягких тканей полости рта ведет к кровотечению, которое можно остановить наложением швов на поврежденную слизистую оболочку. Размозженные участки десны отсекают, разорванные — сближают швами.

Отлом участка альвеолярного отростка возможен как при врачебных ошибках (при глубоком наложении щечек щипцов на альвеолярный отросток, грубом использовании элеватора), так и в результате патологического процесса в периодонте при замещении периодонта костной тканью, когда корень зуба плотно спаивается со стенкой альвеолы.

Если отломанная часть альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей сохраняет связь с мягкими тканями, то ее репонируют и фиксируют металлической шиной, если нет, то отломок удаляют, острые костные края сглаживают, стенки раны сближают и наглухо зашивают.

Отлом бугра верхней челюсти возникает при чрезмерно энергичном и грубом удалении верхнего 8-го зуба глубоко продвинутыми щипцами или прямым элеватором. Бугор отламывается вместе с 8-м или с двумя соседними зубами (7-м и 6-м). Ввиду происходящего разрыва слизистой оболочки дна верхнечелюстной пазухи возникает значительное кровотечение, которое удается остановить лишь при помощи продолжительной (15–30 мин) тампонады.

Рассчитывать на приживание бугра верхней челюсти невозможно ввиду тонкости его стенок, трудности их точного сопоставления и затруднения продолжительной иммобилизации во вправленном положении, поэтому не следует пытаться восстановить целостность кости. Нужно прибегнуть к ушиванию образовавшегося дефекта дна верхнечелюстной пазухи. Пациенту назначают антибиотикотерапию и закапывание в нос сосудосуживающих препаратов. Профилактика состоит в соблюдении всех правил пользования щипцами и элеватором при удалении зубов, особенно при их вывихивании.

Вывих нижней челюсти может произойти при широком открывании рта, сильном надавливании на нижнюю челюсть щипцами или элева-

тором во время удаления любого зуба. Вывих нижней челюсти всегда передний, обычно односторонний и чаще происходит у лиц пожилого возраста.

Диагностика вывиха нижней челюсти несложна. Клинические проявления типичны: больной не может закрыть рот, при одностороннем вывихе челюсть смещена в здоровую сторону, при двустороннем — вперед.

Вправление нижней челюсти производят классическим способом Гиппократова. Врач становится перед сидящим на стуле или в кресле больным. В полость рта вводят оба больших пальца, другими захватывают снизу и снаружи тело нижней челюсти. Голову больного следует фиксировать к подголовнику, либо помощник может охватить ее руками. Большие пальцы накладывают на жевательные поверхности моляров. Сначала надавливают на моляры книзу; при этом суставные головки опускаются до уровня верхушек суставных бугорков. Затем другими пальцами врач поднимает подбородок кверху. Последнее движение — установление суставных головок в суставные впадины, что достигается смещением нижней челюсти кзади, а при одностороннем вывихе — в здоровую сторону. В последующем необходима двухнедельная иммобилизация нижней челюсти пращевидной повязкой.

Фиксация подбородочного отдела нижней челюсти левой рукой врача во время операции удаления зуба предупреждает развитие этого осложнения.

Перелом нижней челюсти чаще всего происходит вследствие чрезмерного усилия при удалении 3-го, реже 2-го больших коренных зубов элеватором или долотом. К развитию этого осложнения приводит истончение или рассасывание кости в результате предшествовавшего патологического процесса (радикулярная или фолликулярная кисты, амелобластома, хронический остеомиелит и др.). У пожилых людей вследствие атрофии костной ткани челюсти ее прочность снижается.

Перелом челюсти, возникший во время удаления зуба, не всегда распознается сразу. В послеоперационном периоде возникают боль в челюсти, затрудненное и болезненное открывание рта, невозможность разжевывания пищи. Часто эти явления врач связывает с возможным развитием воспалительного процесса в лунке удаленного зуба. Только после тщательного клинического обследования и рентгенографии удается установить перелом.

Лечение больного с переломом нижней челюсти заключается в репозиции отломков и их фиксации назубными шинами или путем внеочагового и внутриочагового остеосинтеза.

Если данные рентгенограммы челюсти, сделанной до удаления зуба, свидетельствуют о возможности возникновения перелома в процессе операции, следует заблаговременно изготовить шину для иммобилизации отломков. В таких случаях удаление зуба желательно производить в стацио-

нарных условиях либо обеспечить постоянное наблюдение за больным в послеоперационном периоде.

Перфорация дна верхнечелюстной пазухи может произойти во время удаления верхних больших, реже малых коренных зубов. К этому приводят анатомические особенности взаимоотношений между корнями этих зубов и дном верхнечелюстной пазухи.

Строение пазухи бывает склеротическим или пневматическим. При склеротическом типе (малые размеры) верхнечелюстная пазуха отделена от зубов толстым слоем костной ткани, который может быть нарушен патологическим процессом в кости (остеомиелит, киста, опухоль и др.). При пневматическом типе верхнечелюстная пазуха может располагаться достаточно близко от корней зубов (моляры и премоляры), отделяясь тонкой костной пластинкой, а иногда лишь слизистой оболочкой. В результате предшествующих патологических процессов, которые развиваются вокруг зуба, слизистая оболочка может быть плотно сращена с периодонтом и повредиться при удалении зуба. Это может повлечь возникновение носовых кровотечений.

Перфорация дна верхнечелюстной пазухи может возникнуть по вине врача (травматическое или неправильное удаление зуба долотом, щипцами или элеватором, неосторожное обследование лунки бюргетажной ложечкой или удаление грануляций с ее дна) или в результате индивидуальных особенностей строения верхней челюсти (пневматический тип верхнечелюстной пазухи с низким расположением дна или предшествующие патологические процессы в области верхушки корня зуба).

Диагностика перфорации верхнечелюстной пазухи (ороантрального сообщения):

- 1) из лунки удаленного зуба выделяется кровь с пузырьками воздуха (кровянистая пена);
- 2) при зондировании инструмент (тупой зонд, хирургическая ложка) беспрепятственно попадает в верхнечелюстную пазуху;
- 3) положительная носовая проба — больной закрывает пальцами обе ноздри и пытается выдохнуть воздух через нос, а воздух со свистом (с шумом и пузырьками с кровью) выходит из лунки. Отрицательная проба не исключает наличие соустья, так как оно может закрыться полипами. В таких случаях необходимо надуть щеки и пропустить воздух в обратном направлении (невозможно надуть щеки);
- 4) при полоскании рта жидкость попадает в нос.

При перфорации верхнечелюстной пазухи (без наличия в ней корня зуба) и отсутствии воспалительных явлений необходимо скусить и сгладить острые костные края лунки, мобилизовать слизисто-надкостничный лоскут ишить рану наглухо. В некоторых случаях следует добиться образования кровяного сгустка в лунке, прикрыть ее йодоформной турундой, которую укрепляют лигатурной проволокой в виде восьмерки (завязанной

на двух соседних зубах) или при помощи каппы из быстротвердеющей пластмассы (можно использовать съемный протез больного). Тампонада йодоформным тампоном всей лунки является ошибкой, так как тампон препятствует образованию кровяного сгустка, в результате формируется свищевой ход.

Если перфорация верхнечелюстной пазухи (без наличия корня зуба) осложнена острым гнойным синуситом, то через лунку следует промыть пазуху верхней челюсти антисептическим раствором (в течение нескольких дней) для снятия воспалительных явлений. В последующем закрывают ороантральное сообщение общепринятым способом. Ороантральный свищ (эпителизированное соустье) развивается через 10–14 дней после удаления зуба.

При перфорации верхнечелюстной пазухи и наличии у больного хронического или обострившегося хронического синусита с проталкиванием корня зуба (или без него) необходимо госпитализировать больного в стационар для проведения оперативного вмешательства — синусотомии с местной пластикой соустья.

Проталкивание корня зуба в верхнечелюстную пазуху происходит при неправильном продвижении щипцов или прямого элеватора, когда корень удаляемого зуба отделен от дна пазухи тонкой костной пластинкой или она в результате патологического процесса полностью отсутствует. Надавливая на корень зуба щечкой инструмента (вместо введения щетки между корнем и стенкой лунки), его смещают в верхнечелюстную пазуху. Иногда при этом отламывается небольшой участок кости, и он тоже попадает в пазуху. В некоторых случаях во время сведения ручек щипцов при недостаточно глубоком их наложении корень выскальзывает и попадает в пазуху.

Когда при удалении корня происходит перфорация верхнечелюстной пазухи и корень не обнаруживается, делают рентгенограммы околоносовых пазух и внутриротовые рентгенограммы в разных проекциях. Рентгенологическое исследование позволяет определить наличие корня в верхнечелюстной пазухе и уточнить его локализацию. В последнее время для этой цели используют эндоскопию. Ринофиброскоп или эндоскоп вводят в дефект дна верхнечелюстной пазухи через лунку удаленного зуба и осматривают ее.

В связи с тем, что проталкивание корня в верхнечелюстную пазуху сопровождается перфорацией ее дна, появляются симптомы, характерные для этого осложнения. Иногда корень зуба оказывается смещенным под слизистую оболочку пазухи без нарушения ее целостности. Если корень попадает в полость кисты верхней челюсти, то клинические признаки прободения дна пазухи отсутствуют.

Корень, попавший в верхнечелюстную пазуху, необходимо удалить в ближайшее время. Нельзя удалять корень зуба из пазухи через лунку.

Костный дефект дна пазухи при этом вмешательстве увеличивается, условия его закрытия ухудшаются, поэтому одним из вышеописанных способов следует добиваться устранения перфорации дна пазухи. Затем больного направляют в стационар. Корень извлекают через трепанационное отверстие в передненаружной стенке верхнечелюстной пазухи. При развившемся синусите выполняют все этапы радикальной операции на верхнечелюстной пазухе. При необходимости одновременно производят пластическое закрытие дефекта дна пазухи. С помощью эндоскопа, введенного через образованное отверстие в нижнем носовом ходу, фиксируют расположение корня и специальными эндоскопическими инструментами его удаляют. Такое удаление корня позволяет избежать более травматичного вмешательства — радикальной синусотомии.

МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

ЛУНОЧКОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Выделение крови из лунки после удаления зуба является нормальной физиологической реакцией, которую следует рассматривать как благоприятный исход операции. Излившаяся кровь служит субстратом для формирования кровяного сгустка, заполняющего лунку. Он выполняет гемостатическую и пластическую функции: является матрицей для ткани, закрывающей раневую дефект.

Выделяют следующие степени интенсивности луночковых кровотечений (Б. Л. Павлов, В. В. Шашкин, 1987):

- I степень — кровотечение продолжается более 20 мин, кровь окрашивает слюну и пропитывает марлевые тампоны;
- II степень — кровотечение длится более 40 мин, кровь обильно смешивается со слюной;
- III степень — выделение крови продолжается в течение 1 ч и более, в полости рта — свободная кровь.

Классификация луночковых кровотечений по срокам развития:

- первичное — развивается сразу после удаления зуба;
- вторичное — развивается спустя некоторое время после операции (через несколько часов и даже суток).

Причины луночковых кровотечений:

1) местные:

- повреждение (разрыв, разможнение) сосудов мягких тканей и кости при травматическом проведении операции;
- отлом части альвеолы или межкорневой перегородки;
- наличие внутрикостной сосудистой опухоли или сосудистой остеодисплазии;
- острый воспалительный процесс;

– прекращение действия вазоконстрикторов (вначале адреналин вызывает сужение сосудов, а через 1–2 ч — расширение);

– гнойное расплавление (разрушение) кровяного сгустка и тромбов в сосудах при альвеолите, когда существенно повышается фибринолитическая активность в лунке;

2) общие:

– заболевания, которые сопровождаются нарушением процесса свертывания крови (гемофилия, болезнь Виллебранда, гипофибриногенемия, гипопротромбинемия и др.);

– заболевания, сопровождающиеся поражением сосудистой стенки (геморрагический васкулит, болезнь Рандю–Ослера, С-авитаминоз, системная красная волчанка, некоторые инфекционные заболевания: сыпной и брюшной тифы, скарлатина и др.);

– фибринолитическое кровотечение, обусловленное повышением фибринолитической активности (шок);

– функциональная и количественная недостаточность тромбоцитов при тромбоцитопении, лейкозах, болезни Верльгофа, сепсисе, ДВС-синдроме и др.;

– болезни печени (цирроз печени, инфекционный гепатит);

– гормональные геморрагии (гиперменорея, метроррагии и др.);

– использование антикоагулянтов непрямого (неодикумарин, синкумар, фенилин) или прямого (гепарин) действия;

– применение до операции некоторых медикаментов (аспирин, парацетамол, нитроглицерин и др.).

Первичные кровотечения в 80 % случаев обусловлены местными причинами, в 20 % — общими. Вторичные кровотечения чаще связаны с местными факторами. У взрослого человека количество крови составляет 4,5–6 л или 6–8 % ($1/16$) массы тела.

Степени кровопотери при постэкстракционных кровотечениях:

(С. И. Лысенко, 1991):

– I степень — незначительная, скорость до 15 мл/ч;

– II степень — умеренная, скорость 15–30 мл/ч;

– III степень — интенсивная, скорость более 30 мл/ч.

При кровотечении интенсивностью до 15 мл/ч в течение суток кровопотеря составляет около 360 мл, что не превышает объема разовой сдачи крови донорами. При кровотечении с интенсивностью более 30 мл/ч возможны негативные вегетативные реакции, так как кровопотеря в течение суток превышает 600 мл.

В результате длительного кровотечения общее состояние больного ухудшается, появляется слабость, головокружение и бледность кожных покровов, артериальное давление снижается, частота сердечных сокращений увеличивается. Лунка, соседние зубы и альвеолярный отросток по-

крываются увеличенным в объеме и бесформенным кровавым сгустком, из-под которого выделяется кровь.

Механизм гемостаза связан с взаимодействием трех важнейших элементов: сосудистой стенки, тромбоцитов и факторов коагуляции. После повреждения сосуда его просвет уменьшается за счет снижения артериального давления и рефлекторного сокращения мышечной оболочки сосуда. Состояние сокращения поврежденного сосуда поддерживается биологически активными веществами, которые выделяются при повреждении клеток. В дальнейшем (в течение 2–4 мин) происходит образование белого (тромбоцитарного) кровавого сгустка с последующим включением других факторов коагуляции (V, VII–XI и др.). После развивается пролиферация фибробластов и эндотелиальных клеток. Образуется грануляционная ткань, которая замещает фибриновый сгусток в лунке. Растворение фибринового сгустка регулируется и происходит под действием фибринолитической активности пролиферирующей ткани, где эндотелий сосудов является источником плазминогена. Эпителлизация происходит по поверхности соединительной ткани в виде краевой регенерации и завершается к 14–16-му дню. В последующем осуществляется трансформация волокнистой соединительной ткани в остеондную с постепенным замещением ее зрелой костной тканью.

Обследование больных заключается в проведении анализов крови. Интенсивность кровопотери определяют в динамике по содержанию гемоглобина, количеству эритроцитов в крови, показателю гематокрита.

Локальные способы гемостаза

Хирургическим инструментом удаляют кровавый сгусток из лунки, высушивают ее и окружающие участки альвеолярного отростка. Проводят осмотр раны и устанавливают причину кровотечения. При повреждении сосудов слизистой оболочки после обезболивания можно произвести коагуляцию, перевязку сосуда или прошивание тканей. Остановку постэкстракционного кровотечения завершают мобилизацией краев раны и ее ушиванием. Для коагуляции тканей используют физические факторы или химические вещества (кристаллы перманганата калия). В месте коагуляции развивается некроз. Необходимо помнить, что после отторжения некротизированных тканей могут развиваться повторные кровотечения.

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

Остановку кровотечения из глубины раны осуществляют путем тампонады лунки марлевыми турундами с различными лекарственными средствами. Наиболее распространенным способом гемостаза является тампонада раны йодоформной марлей. Ее начинают со дна лунки, плотно придавливая и складывая турунду. Лунку заполняют турундой постепенно до

краев, из раны ее убирают не ранее чем на 5–6-й день после ее наложения, т. е. после начала гранулирования стенок лунки. Удаление йодоформной турунды в ранние сроки может спровоцировать повторные кровотечения. Для тампонады лунки при постэкстракционном кровотечении можно использовать марлю, пропитанную тромбином, ε-аминокапроновой кислотой, гемофобинном, амифером, а также гемостатическую губку, гемостатическую марлю, фибринную губку (пленка, вата, пена), фибриновый клей, биологический антисептический тампон (БАТ), желатиновую или коллагеновую губку и другие средства.

Гемостатические препараты

Гемофобин — прозрачная или слегка мутноватая жидкость коричневого или желто-коричневого цвета со специфическим запахом. Содержит раствор пектинов (3%) с добавлением кальция хлорида (1%) и ароматических веществ. Выпускают во флаконах. Применяют местно и внутрь (2–3 чайных ложки 1–3 раза в день).

Аминокaproновая кислота — вещество, угнетающее фибринолиз, ингибитор кининов. Выводится с мочой через 4 ч. Применяют местно, внутривенно (около 100 мл 5%-ного раствора, при необходимости повторяют через 4 ч) и внутрь (2–3 г 3–5 раз в день в течение 6–8 дней, суточная доза — 10–15 г).

Амбен (памба) — антифибринолитическое средство. По химическому строению и механизму близок к аминокaproновой кислоте, но более активно действует. Применяют местно, внутривенно (струйно 5–10 мл 1%-ного раствора (50–100 мг) с промежутками не менее 4 ч) и внутрь.

Губка гемостатическая с амбеном содержит плазму донорской крови человека, амбен и кальция хлорид. Пористое гигроскопическое вещество белого цвета с желтым оттенком.

Тромбин. Активность препарата выражается в единицах активности (ЕА). Раствор тромбина применяют только местно: пропитывают стерильный марлевый тампон или гемостатическую губку и накладывают на кровоточащий участок лунки. Гемостатическую губку, пропитанную тромбином, можно оставить в лунке, так как она впоследствии рассасывается.

Губку гемостатическую коллагеновую делают из коллагеновой массы с добавлением фурацилина и борной кислоты. Сухая пористая масса желтого цвета, мягкой консистенции хорошо впитывает жидкость. Оставленная в лунке, полностью рассасывается.

Губка желатиновая — сухая пористая масса белого цвета, содержащая фурацилин. В лунке полностью рассасывается.

Фибриноген — естественная составная часть крови. Применяют местно и внутривенно. Препарат готовят ex tempore: растворяют в воде для инъекций (количество воды указано на этикетке флакона), подогретой до 25–35 °С. Раствор необходимо использовать не позже чем через 1 ч после

приготовления. Внутривенная доза препарата — 0,8–8 г и более, суточная доза — 2–4 г.

Пленка фибринная изогенная представляет собой фибрин, полученный из фибриногена плазмы крови человека и пропитанный водным раствором глицерина. Оставленная в лунке, пленка полностью рассасывается.

Губка фибринная изогенная — пористый фибрин, получаемый из плазмы крови человека. Это сухая пористая масса белого или кремового цвета, в ране постепенно рассасывается.

Губка антисептическая с канамицином содержит желатин с добавлением канамицина сульфата, фурацилина, кальция хлорида. При воспалительных процессах в лунке губку ежедневно меняют. Оставленная в лунке, полностью рассасывается.

Желпластан состоит из высушенной плазмы крови крупного рогатого скота, канамицина моносульфата и пищевого желатина. Выпускают в виде порошка, который наносят на марлевую турунду.

Гемостатические средства растительного происхождения — листья крапивы, кора калины, трава тысячелистника, трава горца перечного или почечуйного, цветки арники.

Общие способы гемостаза

Одновременно с местной остановкой кровотечения применяют лекарственные средства, повышающие свертывание крови. Обычно их назначают после получения анализа, определяющего состояние свертывающей и противосвертывающей систем крови (коагулограмма).

До получения результатов этих анализов внутривенно можно вводить раствор кальция хлорида или кальция глюконата (10 мл 10%-ного раствора), или амбен (5–10 мл 1%-ного раствора), или этамзилат (дицинон, 12,5%-ный раствор внутримышечно или внутривенно, первая инъекция — 2–4 мл, затем каждые 4–6 ч по 2 мл или по 2 таблетки). Одновременно назначают внутривенное введение аскорбиновой кислоты (2–4 мл 5%-ного раствора).

При гипопротромбинемии назначают препараты из группы витамина К: фитоменадион (внутри через 30 мин после еды 0,01–0,02 г 3–4 раза в день, до 6 раз в день) или викасол (внутри 0,015 г 2–3 раза в день в течение 3–4 дней, внутримышечно — 1 мл 1%-ного раствора).

При повышенной фибринолитической активности крови применяют аминокaproновую кислоту или амбен. При повышенной проницаемости сосудов назначают рутин (0,02–0,05 г 2–3 раза в сутки) или аскорутин.

У больных с гипертонической болезнью назначают гипотензивные средства (клофелин, раунатин, арифон, диротон и др.). Общее лечение больных с постэкстракционным кровотечением следует проводить в условиях стационара.

Профилактика луночковых кровотечений

Перед удалением зуба необходимо тщательно собрать анамнез с целью выявления у больных длительных кровотечений после повреждения тканей или ранее проведенных операций. При появлении сомнений в нормальном свертывании крови следует сделать общий анализ крови (для выяснения количества тромбоцитов) и коагулограмму. При отклонении этих показателей от нормы назначают консультацию терапевта или гематолога. Если у больных выявлены общие сопутствующие заболевания, которые могут повлечь развитие постэкстракционных кровотечений, то оперативное лечение необходимо проводить после коррекции состояния. В отдельных случаях применяют пред- и послеоперационные антигеморрагические мероприятия.

Профилактика вторичных луночковых кровотечений заключается в том, что пациента консультируют по режиму питания и запрещают раннее полоскание полости рта после удаления зуба. Кроме того, при лечении пациентов пожилого возраста, страдающих гипертонической болезнью и атеросклерозом, не используют анестетики с вазоконстрикторами.

АЛЬВЕОЛИТ

Это воспаление лунки зуба, широко распространенное заболевание, которое, по данным различных авторов, составляет 24–35 % от общего количества всех осложнений, встречающихся у пациентов после удаления зубов. Термин «альвеолит» предложен А. И. Верлоцким и А. М. Пименовой.

Его причинами являются травматичное удаление зуба, присутствие воспалительного очага к моменту операции, наличие в ране инородных тел, осколков корней и кости, грануляционной ткани в периапикальной области, проталкивание в рану инфицированных зубных отложений, отсутствие в лунке кровяного сгустка или механическое его разрушение при несоблюдении больным послеоперационного режима.

По данным А. А. Тимофеева, у 24,2 % пациентов патологический процесс развивается на верхней челюсти, у 75,8 % — на нижней. На верхней челюсти альвеолит наблюдают чаще после удаления седьмых (30,2 %), шестых (24,1 %), четвертых (22,6 %) и пятых (16,4 %) зубов, на нижней челюсти — после удаления восьмых (33,2 %), шестых (27,4 %), седьмых (22,1 %) и пятых (12,5 %) зубов.

Альвеолит чаще развивается у женщин (57,1 %), чем у мужчин (42,9 %). Считают, что у женщин на появление альвеолита влияет повышение уровня женских половых гормонов, которые воздействуют на фибринолиз сгустка крови.

Основным клиническим симптомом альвеолита является боль в области лунки удаленного зуба. По мере развития заболевания боль усиливается, появляется иррадиация в глаз, ухо. Ухудшается общее состояние, может быть субфебрильная температура. При внешнем осмотре изменений, как правило, нет. Регионарные лимфатические узлы увеличенные и

болезненные. При осмотре полости рта слизистая оболочка вокруг лунки гиперемирована, отечна. Лунка или пустая, или покрыта сероватым фибринозным налетом. Пальпация десны в области лунки резко болезненная.

Лечение альвеолита основано на проведении противовоспалительной терапии, удалении распавшейся части сгустка из лунки зуба, отломков корня, коронки и создания условий для регенерации тканей.

После выполненного местного обезболивания переходят к обработке лунки. С помощью шприца с затупленной иглой струей теплого раствора антисептика (перекись водорода, фурацилин, хлоргексидин, этакридина лактат, перманганат калия) вымывают из лунки зуба частицы распавшегося сгустка крови, пищу, слюну. Затем острой хирургической ложечкой осторожно, чтобы не травмировать стенки лунки и не вызвать кровотечение, из нее удаляют остатки разложившегося сгустка крови, грануляционной ткани, осколки кости, зуба. После этого лунку вновь обрабатывают раствором антисептика, высушивают марлевым тампоном, припудривают порошком анестезина и закрывают повязкой из узкой полоски марли, пропитанной йодоформной жидкостью, или вводят антисептическую и обезболивающую повязку «Alvogyl». В качестве повязки на лунку используют БАТ, гемостатическую губку с гентамицином или канамицином, пасты с антибиотиками. Повязка защищает лунку от механических, химических и биологических раздражителей, действуя одновременно антимикробно.

Для очищения лунки зуба от некротического распада используют протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин, химопсин), которые растворяют в изотоническом растворе натрия хлорида или в 0,25%-ном растворе новокаина (10 мг фермента в 5–10 мл растворителя). Энзимотерапия сокращает сроки заживления раны.

Лунку зуба можно заполнить турундой с гидрофильными мазями (левосин, левонорсин, левомеколь, мирамистин, офлокаин, стрептонитол, нитацид или 2%-ный тиотриазолин) или смоченной раствором антисептика (диоксидин), куриозина. Первую смену тампона осуществляют через сутки, в дальнейшем — через 2–3 дня (до появления грануляционной ткани). Эффективным средством воздействия на микрофлору и воспалительную реакцию является введение в лунку тетрациклин-преднизолоно-вого конуса.

При лечении альвеолитов у больных с сахарным диабетом рекомендуют вводить в полость лунки зуба турунду, смоченную в растворе, состоящем из 20 ЕД инсулина, 5 мл фурацилина 1 : 5000 и 1 мл 5%-ного раствора витамина В₁.

На клиническое течение альвеолитов нижней челюсти благотворное влияние оказывает регионарная новокаиновая блокада нижнечелюстного нерва. В целом все манипуляции при лечении альвеолита необходимо проводить под местной анестезией, так как последняя помимо обезболивающего эффекта оказывает благоприятное действие на течение воспалительного процесса.

При альвеолитах применяют один из видов физиотерапевтического лечения: флюктуоризацию, лучи гелий-неонового инфракрасного лазера, локальное ультрафиолетовое облучение, магнитотерапию. Флюктуоризация оказывает обезболивающее, стимулирующее действие. Лазеротерапия снижает проницаемость сосудов, улучшает микроциркуляцию, анальгезирует. Облучение лунки ультрафиолетовым светом имеет выраженный антимикробный эффект. Магнитотерапия обладает обезболивающим, противоотечным действием.

По показаниям назначают нестероидные противовоспалительные средства или анальгетики.

В целях профилактики альвеолита врачу необходимо:

- перед удалением зуба провести профессиональную гигиену полости рта пациенту;
- соблюдать выполнение всех последовательных этапов удаления зуба;
- сделать ревизию лунки, удалив отломки зуба, кости, сблизить ее края;
- при удалении двух и более рядом стоящих зубов накладывать швы на слизистую оболочку;
- тщательно осуществить гемостаз;
- при отсутствии крови в лунке заполнить ее йодоформной турундой;
- рекомендовать пациенту после операции удаления зуба выполнять рекомендации по режиму питания и полосканию полости рта.

ОГРАНИЧЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЛУНКИ ЗУБА

Это осложнение, при котором в стенках лунки развивается стойкий гнойно-некротический процесс. Пациенты предъявляют жалобы на острую пульсирующую боль в области лунки и соседних зубов, слабость, головную боль, озноб, повышение температуры тела, нарушение работоспособности и сна.

Околочелюстные мягкие ткани отечны, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличенные, 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 затруднено.

При осмотре полости рта дно и стенки лунки покрыты грязно-серым налетом с запахом. При перкуссии рядом стоящих зубов возникает боль. Мягкие ткани в области переходной складки гиперемированы и отечны. Пальпация альвеолярного отростка со щечной и оральной сторон как в области лунки, так и соседних зубов резко болезненна.

Явления острого воспаления проявляются 6–8 дней, иногда 10 дней, затем они уменьшаются, процесс становится хроническим. Общее состоя-

ние улучшается, нормализуется температура тела. Отек и гиперемия слизистой оболочки становятся менее выраженными, уменьшаются, затем исчезают болезненность при пальпации альвеолярного отростка, а также отек тканей лица и проявления поднижнечелюстного лимфаденита.

Через 12–15 дней лунка зуба заполняется рыхлой, иногда выбухающей 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.

В острой стадии заболевания терапию начинают с ревизии лунки. После проводникового или инфильтрационного обезболивания из лунки удаляют разложившийся сгусток крови, патологическую ткань и инородные тела. Затем ее обрабатывают из шприца слабым раствором антисептика или биологически активным препаратом: стафилококковым и стрептококковым бактериофагами, протеолитическими ферментами, лизоцимом. После этого рану закрывают повязкой с препаратом «Alvogyl».

Уменьшению воспалительных явлений и боли способствует рассечение инфильтрированного участка слизистой оболочки и надкостницы. Разрез длиной 1,5–2 см делают по переходной складке и с внутренней стороны альвеолярного отростка, на уровне лунки зуба и соседних зубов до кости. Внутри назначают антибиотики, сульфаниламидные и антигистаминные препараты, анальгетики, аскорбиновую кислоту, физиотерапию (УВЧ, ультразвук, гелий-неоновый лазер). Для повышения специфической иммунологической реактивности целесообразно назначение стимуляторов фагоцитоза: пентоксила, метилурацила, милайфа, лимонника.

После прекращения острых воспалительных явлений продолжают лечение поливитаминами и стимуляторами неспецифической резистентности организма (метилурацил по 0,5 г или пентоксил по 0,2 г 3–4 раза в день, нуклеинат натрия по 0,2 г 3 раза в день, милайф по 0,2 г). Одновременно проводят ультразвуковую или лазерную терапию очага воспаления.

Через 20–25 дней, иногда и позднее, от начала острого воспалительного процесса при незаживлении раны и обнаружении на рентгенограмме секвестров из лунки хирургической ложечкой удаляют 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 (обработка лунки антисептическим раствором и смена в ней йодоформной марли) выполняют каждые 2–3 дня до образования на стенках и дне лунки молодой грануляционной ткани.

Профилактика этого заболевания такая же, как и вышеописанная при альвеолите.

НЕВРОПАТИЯ НИЖНЕГО ЛУНОЧКОВОГО НЕРВА

Она возникает вследствие повреждения нижнего луночкового нерва в нижнечелюстном канале при удалении больших коренных зубов. Верхушечный отдел корней этих зубов находится в непосредственной близости от нижнечелюстного канала. В некоторых случаях в результате хронического периодонтита кость между верхушечной частью корня и стенкой нижнечелюстного канала рассасывается. Во время вывихивания корня элеватором из глубоких отделов лунки можно травмировать нерв, в результате чего частично или полностью нарушается его функция. В результате появляется боль в челюсти, онемение нижней губы и подбородка, снижение или выпадение чувствительности десны, снижение электровозбудимости пульпы зубов на пораженной стороне. Обычно все эти явления через несколько недель постепенно проходят.

При выраженном болевом симптоме назначают анальгетики, физиотерапию импульсными токами, ультрафиолетовое облучение. Для ускорения восстановления функции нерва показан курс инъекций витамина В₁ (по 1 мл 6%-ного раствора через день, 10 инъекций). Проводят электрофорез 2%-ным раствором лидокаина (5–6 процедур по 20 мин) или 2%-ным раствором анестетика с 6%-ным раствором витамина В₁ (5–10 процедур по 20 мин). Хорошие результаты дает введение внутрь в течение 2–3 недель витамина В₂ (по 0,005 г 2 раза в день) и витамина С (по 0,1 г 3 раза в день), а также до 10 инъекций дибазола (по 2 мл 0,5%-ного раствора через день), галантамина (по 1 мл 1%-ного раствора в день), экстракта алоэ (по 1 мл ежедневно), витамина В₁₂ (по 1 мл 0,02%-ного раствора через день).

Профилактикой этого осложнения является щадящее выполнение техники вывихивания элеватором корней зубов на нижней челюсти.

ОСТРЫЕ КРАЯ АЛЬВЕОЛЫ

Луночковая боль может быть вызвана выступающими острыми краями лунки, травмирующими расположенную над ними слизистую оболочку. Острые края альвеолы чаще всего образуются при травматично проведенной операции, а также при удалении нескольких рядом стоящих зубов или одиночно расположенного зуба (вследствие атрофии кости на соседних участках).

Боль появляется через 1–2 дня после удаления зуба, когда края десны над лункой начинают сближаться. Костные выступы травмируют расположенную над ними слизистую оболочку десны, раздражая находящиеся в ней нервные окончания. Боль усиливается во время жевания. Отличить ее от боли при альвеолите можно по отсутствию воспалительных явлений в области лунки и наличию в ней организуемого сгустка крови. При пальпации лунки определяется выступающий острый край челюсти.

Для устранения боли производят альвеолотомию, во время которой удаляют острые края лунки. Под проводниковой или инфильтрационной

анестезиями делают дугообразный или трапециевидный разрез десны и отслаивают распатором от кости слизисто-надкостничный лоскут. Выступающие края лунки удаляют костными кусачками. Неровности кости сглаживают фрезой с охлаждением. Рану обрабатывают раствором антисептика. При неровном крае кости возможна пластика биоматериалами, которые плотно укладывают на поверхности альвеолярного гребня и между выступами кости. Отслоенную десну укладывают на прежнее место и укрепляют узловатыми швами из кетгута.

Профилактикой этого осложнения служит нетравматичное проведение операции удаления зуба.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Составить план ориентировочной основы действий при появлении местных осложнений во время и после операции удаления зуба по следующей схеме.

Осложнения	Причины	Тактика

Для успешного освоения темы студенту необходимо изучить содержание учебно-методического пособия. В нем представлены:

- опорный конспект, содержащий учебный материал;
- самоконтроль освоения темы, позволяющий оценить подготовку студента;
- дополнительная литература, чтение которой позволит расширить и углубить полученные знания.

Также необходимо повторить учебный материал из смежных дисциплин, затем ознакомиться с учебным материалом учебно-методического пособия. Для того чтобы изучение темы было более осознанным, студенту рекомендуется вести записи вопросов и замечаний, которые в последствии можно выяснить в ходе самостоятельной работы с дополнительной литературой или на консультации с преподавателем. Решение ситуационных задач, используемых в качестве самоконтроля, позволит не только адекватно оценить собственные знания, но и покажет преподавателю уровень освоения студентом учебного материала.

Завершающим этапом в работе над темой служат контрольные вопросы, ответив на которые, студент может успешно подготовиться к текущему контролю по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология».

ТЕСТЫ

1. Во время удаления первого моляра произошла перфорация верхнечелюстной пазухи. В анамнезе у пациента синусита нет. Тактика врача следующая:

- 1) инстилляций пазухи антисептиками;
- 2) тампонада всей лунки йодоформной турундой;
- 3) пластика перфорационного отверстия местными тканями.

2. Наиболее близко расположены ко дну верхнечелюстной пазухи корни:

- 1) резцов;
- 2) премоляров;
- 3) моляров.

3. После травматичного удаления зуба на нижней челюсти пациент не может закрыть рот, так как у него следующее осложнение:

- 1) перелом нижней челюсти;
- 2) вывих нижней челюсти.

4. При удалении зуба у пациента стоматолог-хирург травмировал мягкие ткани щеки, в результате образовалась рана слизистой оболочки. Тактика врача следующая:

- 1) наложить швы;
- 2) ввести в рану раствор антибиотика.

5. Во время атипичного удаления второго моляра стоматолог-хирург протолкнул корень зуба в верхнечелюстную пазуху. Для устранения осложнения врач должен удалить корень в условиях:

- 1) поликлиники;
- 2) стационара.

6. При перфорации верхнечелюстной пазухи наблюдается:

- 1) положительная носоротовая проба;
- 2) резкие боли в области верхней челюсти;
- 3) внезапная головная боль.

7. Удалив зуб, врач обнаружил, что у пациента началось кровотечение из слизистой оболочки в области лунки. Стоматолог-хирург должен:

- 1) наложить шов из кетгута;
- 2) затампонировать лунку.

8. При переломе верхушки корня во время удаления зуба врач обязан:

- 1) прекратить дальнейшие манипуляции для уменьшения травмы окружающих тканей;
- 2) завершить операцию, используя методики атипичного удаления зуба;
- 3) удалить зуб через день.

9. Тактика стоматолога-хирурга при отломе бугра верхней челюсти следующая:

- 1) репонировать участок бугра верхней челюсти;
- 2) оставить отломанный участок бугра, рану затампонировать йодоформной турундой;
- 3) удалить отломанный участок бугра, сгладить острые края.

10. Причины, которые могут привести к вывиху нижней челюсти во время операции удаления зуба, следующие:

- 1) чрезмерное открывание рта пациентом;
- 2) неконтролируемое усилие со стороны врача при удалении зубов на нижней челюсти;
- 3) особенности анатомического строения сустава (плоский суставной бугорок, слабость связочного аппарата), которые часто наблюдаются у лиц пожилого возраста;
- 4) истончение костной ткани за счет кистозных образований и опухолей, расположенных в зоне удаляемого зуба.

11. Тактика врача при первичном кровотечении из лунки удаленного зуба у пациентки с гипертонической болезнью сводится к следующему:

- 1) нужно снизить артериальное давление, используя гипотензивные средства, местно применить гемостатический препарат;
- 2) госпитализировать пациентку в отделение челюстно-лицевой хирургии.

12. Местными признаками альвеолита являются:

- 1) боль в лунке;
- 2) отсутствие кровяного сгустка в ране;
- 3) отек и гиперемия десны в проекции удаленного зуба;
- 4) гнилостный запах из лунки;
- 5) стенки лунки, покрытые серым налетом;
- 6) боль в височно-нижнечелюстном суставе.

13. После сложного удаления зуба мудрости у пациента появилось «онемение» кожи нижней губы и подбородка на соответствующей стороне. Правильный диагноз:

- 1) невралгия нижнего луночкового нерва;
- 2) альвеолит;
- 3) острые края лунки зуба.

14. К общим причинам луночкового кровотечения относят:

- 1) гемофилия;
- 2) геморрагический васкулит;
- 3) болезнь Рандю-Ослера;
- 4) пневмонию;
- 5) бронхит;
- 6) болезнь Верльгофа;

- 7) использование антикоагулянтов непрямого или прямого действия;
- 8) применение до операции аспирина, парацетамола, нитроглицерина.

15. Местными признаками ограниченного остеомиелита лунки зуба являются:

- 1) отсутствие сгустка крови в лунке;
- 2) отек и гиперемия десны вокруг лунки удаленного зуба;
- 3) дно и стенки лунки, покрытые грязно-серым налетом;
- 4) гнилостный запах из лунки;
- 5) боль при перкуссии рядом расположенных зубов;
- 6) ограничение открывания рта;
- 7) утолщение, инфильтрация надкостницы с обеих сторон;
- 8) все ответы правильные.

16. К возможным причинам альвеолита относят:

- 1) невыполнение рекомендаций врача;
- 2) отсутствие кровяного сгустка в лунке;
- 3) длительное кровотечение из лунки;
- 4) плохую ревизию лунки;
- 5) травматичное удаление зуба;
- 6) нарушение асептики во время операции;
- 7) снижение общей резистентности организма.

17. Последовательность выполнения манипуляций при местном лечении альвеолита следующая:

- 1) проведение анестезии;
- 2) заполнение лунки медикаментозными препаратами, обладающими противовоспалительным и обезболивающим действием;
- 3) ревизия лунки;
- 4) инстилляционная лунки растворами антисептиков.

18. К гемостатическим препаратам, которые применяют локально при луночковом кровотечении, относят:

- 1) губку гемостатическую коллагеновую;
- 2) пленку фибринную изогенную;
- 3) губку антисептическую с канамицином;
- 4) раствор кальция хлорида;
- 5) дицинон;
- 6) амбен (памба);
- 7) викасол;
- 8) губку желатиновую.

19. К препаратам, которые не используют при общих способах гемостаза, относят:

- 1) викасол;
- 2) амбен (памба);

- 3) гемофобин;
- 4) тромбин;
- 5) раствор кальция хлорида;
- 6) аминокaproновую кислоту;
- 7) желпластан.

20. К местным причинам луночковых кровотечений относят:

- 1) острый воспалительный процесс в области удаленного зуба;
- 2) прекращение действия вазоконстрикторов;
- 3) использование антикоагулянтов непрямого или прямого действия;
- 4) гормональные геморрагии;
- 5) отлом части альвеолы или межкорневой перегородки;
- 6) наличие внутрикостной сосудистой опухоли.

Ответы: 1 — 3; 2 — 3; 3 — 2; 4 — 1; 5 — 2; 6 — 1; 7 — 1; 8 — 2; 9 — 3; 10 — 1, 2, 3; 11 — 1; 12 — 1, 2, 3, 4, 5; 13 — 1; 14 — 1, 2, 3, 6, 7, 8; 15 — 8; 16 — 1, 2, 4, 5, 6, 7; 17 — 1, 4, 3, 2; 18 — 1, 2, 3, 6, 8; 19 — 4, 7; 20 — 1, 2, 5, 6.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Пациент К., 45 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на разрушенный зуб 17, головную боль, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи справа.

Объективно: коронка зуба 17 разрушена до уровня десны, его перкусия болезненная. На рентгенограмме определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня зуба 17.

Под инфильтрационной и небной анестезиями удалены корни зуба 17, из лунки выделилось обильное гнойное отделяемое. При ее ревизии обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой.

Определите тактику врача.

Задача 2

У пациента Н., 37 лет, во время операции удаления корней зуба 26 произошло проталкивание небного корня в верхнечелюстную пазуху.

Объективно: лунка зуба 26 пустая, имеется сообщение в области дна лунки с верхнечелюстной пазухой слева. На рентгенограмме придаточных пазух носа определяется тень инородного тела (корня) в области дна верхнечелюстной пазухи слева.

1. Поставьте диагноз.
2. Обозначьте возможные причины данного осложнения.
3. Определите тактику врача.

Задача 3

У пациента Е., 39 лет, во время удаления зуба 16 обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой справа.

Объективно: все три корня зуба 16 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Обозначьте тактику врача.

Задача 4

Стоматолог-хирург, используя элеватор во время операции удаления зуба 36 у пациента И., 29 лет, вывихнул зуб 35, который оказался вне лунки.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите возможную причину осложнения.
3. Составьте план лечения пациента.

Задача 5

Во время удаления 3-го нижнего моляра у пациента Л., 40 лет, стоматолог-хирург, работая элеватором, обнаружил отсутствие в лунке одного из корней зуба 48 и предположил, что протолкнул корень в мягкие ткани.

1. Назовите причины этого осложнения.
2. Определите тактику врача.

Задача 6

Пациентка С., 28 лет, обратилась с жалобами на боли в области лунки зуба 36, который был удален три дня назад. Она отмечает недомогание, повышение температуры тела до 37,3 °С, иррадиацию боли в ухо, висок, изо рта неприятный запах.

Объективно: слизистая оболочка в области удаленного зуба 36 гиперемирована, отечна, лунка покрыта серым налетом, сгусток отсутствует.

1. Поставьте диагноз.
2. Обозначьте возможные причины осложнения.
3. Составьте план лечения.

Задача 7

Пациентке К., 63 года, четыре дня назад был удален зуб 24. Обратилась к хирургу-стоматологу повторно с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, усиливающиеся во время жевания.

Объективно: в лунке организующийся сгусток крови. Пальпация участка альвеолярного отростка верхней челюсти в проекции ранее удаленного зуба резко болезненная, определяются выступающие острые края альвеолы.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите тактику врача.
3. Назовите мероприятия по профилактике данного осложнения.

Задача 8

У пациента М., 27 лет, после удаления зуба 26 определяется кровотечение из лунки и места вкола иглы. В анамнезе — тромбоцитопеническая пурпура. Хирург-стоматолог затампонировал лунку йодоформной турундой и назначил пациенту внутрь 10%-ный раствор хлорида кальция, викасол.

Обозначьте вашу тактику в данном случае.

Задача 9

К хирургу-стоматологу обратился пациент Я., 39 лет, с жалобами на острую пульсирующую боль в области нижней челюсти справа, сильную головную боль, слабость, нарушение работоспособности, повышение температуры тела до 37,8 °С. Пациенту неделю назад был удален зуб 47, в течение этого срока он отмечает боль в области лунки, неприятный запах изо рта. Ко дню визита к врачу интенсивность луночковой боли уменьшилась, но появилась боль при накусывании в зубе 48.

Объективно: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Открывание рта затруднено. Сгусток крови в лунке зуба 47 отсутствует, ее дно и стенки покрыты серым налетом со зловонным запахом. Слизистая оболочка гиперемирована, отечна, надкостница утолщена. Пальпация альвеолярного отростка со щечной и язычной сторон резко болезненна. При перкуссии зуба 48 возникает боль.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику врача.

Задача 10

Вследствие чрезмерного усилия, осуществленного стоматологом-хирургом при работе элеватором и долотом, во время операции удаления зуба 38 у пациента Н., 56 лет, произошел перелом нижней челюсти.

1. Опишите возможные жалобы пациента при нераспознанном переломе.
2. Обозначьте тактику врача, если диагноз поставлен.

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Учитывая наличие гнойного отделяемого из лунки удаленного зуба, следует в течение недели инстиллировать верхнечелюстную пазуху через лунку зуба 17 растворами химопсина или трипсина, фурацилина до чистых промывных вод. Необходимо назначить пациенту противовоспалительную терапию, в последующем произвести закрытие ороантрального свища.

Задача 2

1. Инородное тело (корень зуба) в верхнечелюстной пазухе слева.
2. Причины данного осложнения: неправильное наложение щипцов, сильное давление на элеватор, разрушение дна верхнечелюстной пазухи околоверхушечным воспалительным процессом.
3. Необходимо госпитализировать пациента в стационар для удаления инородного тела (корня зуба) в ходе операции синусотомии с пластикой местными тканями соустья.

Задача 3

1. Перфорация верхнечелюстной пазухи справа в области лунки зуба 16.
2. При отсутствии воспаления в пазухе нужно добиться образования кровяного сгустка в лунке. Для этого в устье лунки необходимо рыхло ввести йодоформную турунду на 5–7 дней (без тампонады всей лунки!). При значительном дефекте дна верхнечелюстной пазухи и отсутствии кровяного сгустка в лунке следует провести пластику перфорации местными тканями. С этой целью со щечной стороны выкраивается и мобилизуется трапециевидный лоскут, который подшивается к слизистой оболочке лунки с небной стороны.

Задача 4

1. Полный вывих зуба 35.
2. Произошла врачебная ошибка: при работе элеватором врач использовал в качестве опоры недостаточно устойчивый зуб.
3. Необходимо реплантировать зуб 35, предварительно запломбировав корневой канал; укрепить зуб шиной; назначить противовоспалительную терапию.

Задача 5

1. Возможные причины:
 - грубая работа элеватором при удалении нижнего 3-го моляра, которая привела к отлому края альвеолы;
 - резорбция тонкой язычной стенки альвеолы в результате патологического процесса;
 - недостаточная фиксация левой рукой альвеолярного отростка в области удаляемого зуба.
2. Нужно осмотреть лунку и оценить степень погружения корня. При поверхностном расположении штыковидными щипцами захватить удаляемый корень и извлечь его, помогая левой рукой продвигать его под слизистой. Если корень пальпируется под слизистой в области лунки, но извлечь его щипцами не удастся, то необходимо сделать небольшой разрез слизистой с последующим наложением швов. Если визуально и при по-

мощи пальпации корень не определяется, пациента следует поместить в стационар, где под контролем рентгенограммы нужно удалить корень.

Задача 6

1. Альвеолит зуба 36.
2. Причины: невыполнение рекомендаций врача, отсутствие либо распад кровяного сгустка, травматично проведенное удаление зуба, плохая ревизия лунки после удаления и, как следствие, оставленные в ней фрагменты коронки, корня, альвеолы.
3. Нужно осмотреть лунку, провести местное обезболивание; осторожно удалить из лунки фрагменты корня, альвеолы, остатки кровяного сгустка. Затем необходимо струйно инстиллировать лунку растворами ферментов, антисептиков, просушить стерильным марлевым шариком, заполнить лунку йодоформной турундой, или турундой с гидрофильной мазью.

Пациентке следует назначить теплые ротовые ванночки с антисептическими растворами, отварами лекарственных трав, а также включить в комплекс физиотерапевтическое лечение, противовоспалительную терапию, анальгетики.

Задача 7

1. Острые края альвеолы зуба 24.
2. Альвеолотомия с последующим наложением швов.
3. Профилактика осложнения заключается в сглаживании острых краев лунки после удаления зуба.

Задача 8

Пациента необходимо госпитализировать в гематологическое отделение для проведения терапии.

Задача 9

1. Ограниченный остеомиелит лунки зуба 47.
2. Следует направить пациента в стационар.

Задача 10

1. В послеоперационном периоде при нераспознанном переломе пациент может жаловаться на боль в области угла нижней челюсти слева, затрудненное и болезненное открывание рта, невозможность разжевывания пищи.
2. Необходима госпитализация пациента в стационар челюстно-лицевой хирургии и иммобилизация отломков.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Бернадский, Ю. И.* Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. 3-е изд., перераб. и доп. М. : Медицинская литература, 2007. С. 56–68.
2. *Соловьев, М. М.* Пропедевтика хирургической стоматологии : учеб. пособие / М. М. Соловьев. М. : МЕДпресс-информ, 2007. С. 165–188.
3. *Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии* : в 2 т. / под ред. В. М. Безрукова, Т. Г. Робустовой. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 2000. Т. 1. С. 152–160.
4. *Тимофеев, А. А.* Челюстно-лицевая хирургия : учеб. / А. А. Тимофеев. Киев : Медицина, 2010. С. 133–151.

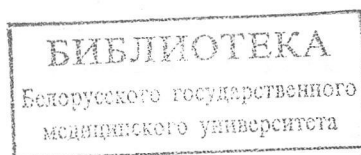
Дополнительная

1. *Альвеолиты* : учеб.-метод. пособие / А. С. Артюшкевич [и др.]. Минск : БелМАПО, 2009. 11 с.
2. *Пропедевтическая стоматология* : учеб. / под ред. Э. А. Базикяна. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 663–682.
3. *Хирургическая стоматология* : учеб. / В. В. Афанасьев [и др.] / под общ. ред. В. В. Афанасьева. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 213–222.
4. *Хирургическая стоматология* : учеб. / под ред. Т. Г. Робустовой. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 2000. С. 130–146.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Местные осложнения во время удаления зуба	5
Местные осложнения после удаления зуба	10
Луночковое кровотечение	10
Альвеолит	15
Ограниченный остеомиелит лунки зуба	17
Невропатия нижнего луночкового нерва	19
Острые края альвеолы	19
Задания для самостоятельной работы	20
Тесты	21
Ситуационные задачи	24
Ответы на ситуационные задачи	26
Литература	29

уч. в. 2176



Учебное издание

Чешко Нелли Николаевна

МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск И. О. Походенько-Чудакова
Редактор А. В. Михалёнок
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 01.03.12. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Zoom».
Печать ризографическая. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,51. Тираж 50 экз. Заказ 203.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.