

Министерство образования и науки Российской Федерации
Пензенский государственный университет
Кафедра ЧЛХ

Курсовая работа

По дисциплине: «Детская челюстно-лицевая хирургия».

На тему: «Осложнения во время и после удаления зубов у детей»

Специальность – 31.05.03 Стоматология

Выполнила: студентка 4 курса, группы
16ЛС6

Абушева Г.И.

Руководитель: ассистент кафедры

Амбарян Г.М.

Работа защищена с оценкой _____

Дата защиты _____

Пенза-2020

Министерство образования и науки Российской Федерации

Пензенский государственный университет

Кафедра ЧЛХ

« УТВЕРЖДАЮ»

Зав.кафедрой «ЧЛХ»

к.м.н. _____ Нестеров А.В.

ЗАДАНИЕ

На курсовую работу по дисциплине «Детская челюстно-лицевая хирургия»

Тема: «Осложнения во время и после удаления зубов у детей»

- 1.Провести аналитико-синтетический обзор информационных ресурсов по выданной теме
- 2.Выделить основные проблемные вопросы
- 3.Предоставить материал на проверку руководителю
4. Выполнить работу, сформулировать основные выводы ,заключение ,при необходимости снабжая иллюстрациями .

Руководитель работы _____

Должность _____ Подпись _____ ФИО _____

Содержание

Введение.....	4
1. Виды осложнений при удалении зубов.....	5
2. Интраоперационные осложнения.....	5
2.1. Перелом коронки или корня удаляемого зуба.....	5
2.2. Перелом или вывих соседнего зуба.....	6
2.3. Проталкивание корня зуба в мягкие ткани.....	6
2.4. Перелом (отлом) альвеолярного отростка (части) челюсти.....	7
2.5. Вывих ВНЧС.....	8
2.6. Перелом нижней челюсти.....	9
2.7. Перфорация дна верхнечелюстного синуса.....	10
2.8. Удаление части альвеолярного гребня.....	11
3. Послеоперационные осложнения.....	11
3.1. Альвеолит.....	11
3.2. Луночковое кровотечение.....	12
3.3. Луночковая послеоперационная боль.....	16
3.4. Неврит.....	16
Заключение.....	19
Содержание.....	20

Введение

Удаление зуба, на сегодняшний день, является одним из самых распространенных операций в хирургическом кабинете. Для ее проведения требуются знания последовательности технических приемов исполнения, навыки владения специальными инструментами. Как правило, это вмешательство производят, прилагая силу извне. Щипцы и элеваторы действуют как рычаг. При этом происходит нарушение целостности слизистой оболочки, покрывающей зубочелюстной сегмент, травмируется надкостница, пародонт и находящиеся в нем сосуды и нервы, а также повреждается надкостница и костная ткань альвеолы. Удаление зуба заключается в насильственном разрыве тканей, связывающих корень зуба со стенками лунки и десной, и выведении его из альвеолы. При выведении расходящихся и искривленных корней из лунки стенки ее во время вмешательства смещаются, и вход в нее расширяется. Зуб удаляют специальными щипцами и элеваторами. В некоторых случаях удалить зуб ими не удастся. Тогда используют бормашину для удаления кости, препятствующей извлечению корня (операция выпиливания корня). Как и любое оперативное вмешательство, операция удаления зуба может сопровождаться различными осложнениями, несмотря на проведение ее с выполнением всех правил хирургии. Все местные осложнения могут возникать по вине врача, по вине самого пациента и по причинам, не зависящим от врача и пациента. Знание возможных осложнений после операции удаления зуба помогут стоматологу - хирургу предупредить их развитие.

1. Виды осложнений при удалении зубов:

1. Интраоперационные:

- Перелом коронки или корня удаляемого зуба.
- Перелом или вывих соседнего зуба.
- Вывих ВНЧС.
- Проталкивание корня зуба в мягкие ткани.
- Перелом (отлом) альвеолярного отростка (части) челюсти.
- Перфорация дна верхнечелюстного синуса.
- Удаление части альвеолярного гребня.

2. Послеоперационные:

- Альвеолиты.
- Ограниченный остеомиелит лунки зуба.
- Луночковое кровотечение.

3. Неврологические:

- Неврит[2].

2. Интраоперационные осложнения.

2.1. Перелом зуба.

Перелом коронки или корня удаляемого зуба встречается наиболее часто. Оно связано со значительным поражением зуба кариозным процессом, а иногда зависит от анатомических особенностей строения корня и окружающей костной ткани. Часто это осложнение возникает вследствие нарушения техники операции: неправильное наложение щипцов (несоблюдение правила совпадения оси щёчек с осью зуба), недостаточно глубокое их продвижение, резкие движения во время вывихивания зуба, грубое и неправильное применение элеваторов. В случае перелома корня зуба необходимо продолжить вмешательство с использованием щипцов для корней или бормашины. Если по каким-то причинам (ухудшение общего состояния, технические сложности и т.д.) отломанный корень удалить не удаётся, операцию заканчивают, а рану по возможности ушивают или

прикрывают йодоформной турундой. Назначают противовоспалительную терапию и физиолечение. Повторную операцию удаления остаточного корня проводят через 7-14 дней. К этому сроку воспалительные явления обычно стихают.[6]

2.2. Вывих и перелом соседнего зуба

Причина - использование в качестве опоры недостаточно устойчивого зуба при работе элеватором или чрезмерная опора на устойчивый зуб

С целью профилактики подобных осложнений нельзя использовать в качестве опоры для элеватора одиночные зубы. Во время вывихивания зуба элеватором большой или указательный палец левой руки следует наложить на жевательную поверхность удаляемого и соседнего с ним опорного зуб. Это позволяет врачу лучше соразмерить величину прилагаемого усилия, контролировать процесс вывихивания. Если вывих все же произошел, зуб можно реплантировать, предварительно запломбировав ретроградным путем канал корня.

- При отломе коронки в пределах дентина или эмали провести пломбирование.
- При вскрытой пульпе зуб депульпировать и запломбировать или восстановить в дальнейшем искусственной коронкой.
- При неполном вывихе - шинировать.
- При полном вывихе - провести реплантацию или удаление, в зависимости от состояния зуба[10].

2.3. 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 отламывание её 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 удалённый корень обнаружить не удаётся, проводят рентгенологическое исследование нижней челюсти в прямой и боковой проекциях или КТ 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.[1]

Повреждение десны и мягких тканей полости рта происходит в результате нарушения техники операции и грубой работы врача. При неполном отделении круговой связки от шейки зуба соединённая с ним десна может разорваться во время выведения зуба из лунки. Наложение щипцов на слизистую оболочку десны вокруг зуба «вслепую» приводит к её разрыву. Профилактикой этого осложнения служит сепарация (отслаивание) десны до середины двух соседних зубов. Повреждённые мягкие ткани ушивают. Разрыв мягких тканей полости рта может привести к кровотечению. Останавливают его путём наложения швов на повреждённую слизистую оболочку. Размозжённые участки десны отсекают, разорванные - сближают швами.[5]

2.4. Отлом альвеолярного отростка челюсти

Может наблюдаться при удалении верхних больших коренных зубов. Возникновение такого осложнения бывает обусловлено особенностями анатомического строения этого отдела верхней челюсти (тонкие стенки, тесная связь зубов с гайморовой полостью), развитием предшествующего патологического процесса и техническими погрешностями - резким применением чрезмерного усилия при вывихивании зубца щипцами. Во избежание подобного осложнения вывихивание зубов необходимо производить плавными движениями с постепенно возрастающим усилием. Если все же возник перелом альвеолярного края челюсти, но отломок удерживается на мягких тканях, его следует репонировать и закрепить

единочелюстной проволочной назубной шиной либо двуче-люстными назубными шинами с межчелюстной фиксацией. При нарушении связи отломка альвеолярного края с окружающими мягкими тканями его удаляют, а затем тщательно сближают края десны швами.[16]

2.5. Вывих нижней челюсти

Происходит при чрезмерном раскрытии рта во время удаления зуба. Может случиться передний одно- или двусторонний вывих височно-нижнечелюстных суставов. Возникают типичное смещение нижней челюсти вперед и в здоровую сторону (при одностороннем вывихе) или вперед (при двустороннем) и невозможность смыкания челюстей. Чаще это происходит при привычном вывихе. Вправление вывиха можно осуществить различными способами. Наиболее известный, называемый методом Гиппократа, заключается в следующем: больного усаживают в опущенное до упора кресло или на низкий стул, голову пациента прочно фиксируют в подголовнике или удерживает помощник. Врач располагается спереди от пострадавшего, а нижняя челюсть находится на уровне локтевого сустава опущенной руки доктора. Обернутые полотенцем большие пальцы рук врач помещает на нижние моляры с обеих сторон и, захватив с помощью других 4 пальцев тело нижней челюсти, смещает ее вниз и вперед. Обогнув суставные бугорки, суставные головки входят в суставные ямки, при этом слышен характерный щелчок. Данный способ, несмотря на простоту, имеет ряд недостатков. Во-первых, чтобы вправить вывих, нужно прилагать значительные усилия для преодоления тяги жевательных мышц. Поэтому и используются методы местной анестезии (в частности, блокада по Берше) или общего обезболивания. Во-вторых, возникает опасность прикусывания пальцев врача в момент вправления челюсти из-за рефлекторного сокращения мышц. Разработаны и предложены другие методы. Так, П. В. Ходорович (1963) рекомендует большие пальцы накладывать на наружные косые линии нижней челюсти в области моляров, чтобы ногтевые фаланги

располагались в ретромоларных треугольниках, указательными пальцами охватывать углы, а остальными — тело челюсти. Г. Г. Митрофанов и А. М. Соколов (1966) рекомендуют надавливать большими пальцами на венечные отростки. Метод А. А. Тимофеева (1987) осуществляется путем внеротового надавливания большими пальцами (в направлении вниз и назад) на вывихнутые головки нижней челюсти, которые четко прощупываются под скуловой дугой. После репозиции необходимы иммобилизация нижней челюсти повязкой на срок до 10-15 дней, ограничение открывания рта, щадящий режим питания (прием мягкой, измельченной пищи). Нередко больные сами предупреждают врача о привычном вывихе челюсти, и от врача требуется осторожность при удалении зуба. В других случаях врач должен помнить о возможности этого осложнения и во время удаления зубов нижней челюсти фиксировать ее левой рукой.[8]

2.6. Перелом нижней челюсти

Осложнение достаточно редкое, но тяжелое. Возникает вследствие грубой работы элеватором при удалении моляров на нижней челюсти или выдалбливании их долотом. Истонченная нижнечелюстная кость у пожилых людей или у пациентов с выраженной патологией (киста, опухоль и т. п.) в области тела и угла челюсти может предрасполагать к данному осложнению. Предположить перелом во время удаления зуба можно по внезапной боли в челюсти, которую отмечает пациент, хрусту челюсти, появлению патологической подвижности костных фрагментов. Рентгенологическое исследование (боковая рентгенограмма тела нижней челюсти, ортопантомограмма, обзорная рентгенограмма костей лицевого скелета) позволяет уточнить диагноз. При отсутствии смещения отломков не всегда удается обнаружить перелом нижней челюсти сразу во время удаления зуба, а лишь через несколько дней у больного нарастают отек и боль в челюсти, затрудняется открывание рта, что соответствует проявлению воспалительного процесса мягких тканей после удаления зуба, но

рентгенологическое исследование позволяет подтвердить перелом челюсти. При лечении перелома используются общеизвестные методы репозиции и фиксации отломков назубными шинами или путем остеосинтеза, проводится противовоспалительное и общеукрепляющее лечение.[11]

2.7. Перфорация дна верхнечелюстного синуса

Является частым осложнением при удалении верхних моляров или премоляров. Причиной этого осложнения могут быть анатомические особенности строения верхнечелюстного синуса (близкое расположение корней зубов ко дну пазухи и тонкая костная перегородка). Хронический воспалительный процесс в периапикальных тканях (гранулёма) приводит к резорбции костной перегородки, в результате чего слизистая оболочка пазухи спаивается с корнями зубов и при удалении разрывается. В этом случае возникает сообщение между полостью рта и верхнечелюстным синусом.[17]

Перфорация дна верхнечелюстного синуса может возникать по вине врача из-за неправильной техники удаления зуба, когда специалист злоупотребляет «проталкивающими» движениями щипцов, элеватора или кюретажной ложки. В случае прободения дна верхнечелюстного синуса врач может ощущать "чувство проваливания", иногда из лунки выделяется кровь с пузырьками воздуха. Убедиться в том, что произошла перфорация, можно с помощью аккуратного зондирования или проведения "носовых проб". Они заключаются в том, что во время выдоха через нос, зажатый пальцами, воздух с шумом или свистом выходит из лунки. Перфорационное отверстие может быть закрыто полипом, смещаемым выдыхаемым воздухом, поэтому в данной клинической ситуации "носовая проба" оказывается неинформативной. В этом случае надо попросить пациента надуть щёки, при этом воздух из полости рта будет проникать под давлением в пазуху, отодвигая полип и создавая kloкочущий звук. При этом больной не сможет надуть щёки. В случае полипоза верхнечелюстной пазухи возможно ввести зонд и попытаться приподнять (отодвинуть) полип, тогда

выдыхаемый через предварительно зажатый нос воздух будет со свистом проникать из пазухи в полость рта. При наличии гнойного процесса в синусе из лунки зуба во время проведения "носовых проб" будет выделяться гной. При отсутствии в верхнечелюстном синусе воспалительного процесса для закрытия сообщения следует добиться образования в лунке кровяного сгустка. По данным различных авторов, самостоятельно сгусток формируется примерно в 30% случаев. Для сохранения сгустка на устье лунки накладывают йодоформную турунду (тугая тампонада устья лунки), которую закрепляют наложением восьмиобразного шва. Под турундой лунка заполняется кровью и образуется сгусток. Тампон сохраняют 5-7 дней. [12]

2.8. Удаление части альвеолярного гребня.

Происходит при неправильном удалении зуба, когда щипцы накладывают прямо на кость окружающую зуб и вместе с ней удаляют зуб. При этом возникает обширный костный дефект и косметический (особенно в переднем - фронтальном участке). Решить данную проблему можно только при помощи пластики с применением искусственной костной ткани и специальных защитных мембран.[13]

3. Послеоперационные осложнения.

3.1. Альвеолит.

Альвеолит - воспаление стенок лунки - развивается чаще всего после травматично проведенной операции, снижающей защитные свойства тканей. Возникновению его способствуют: проталкивание в лунку во время операции зубных отложений или содержимого кариозной полости зуба; оставление в ней патологической ткани, осколков кости и зуба; длительное кровотечение из раны; отсутствие в лунке кровяного сгустка или механическое разрушение его; нарушение больным послеоперационного режима и плохой уход за полостью рта.[18]

Причиной альвеолита может стать инфекция, находящаяся в лунке, когда зуб удаляют по поводу острого и обострившегося хронического периодонтита или осложненного пародонтита. Предрасполагающим

фактором является снижение общей иммунологической реактивности организма больного под влиянием перенесенных общих заболеваний и в пожилом возрасте.

При альвеолите в воспалительный процесс вовлекается вначале внутренняя компактная пластинка альвеолы, затем — более глубокие слои кости, развивается ограниченный острый остит. Иногда воспалительный процесс альвеолы приобретает гнойно-некротический характер, возникает ограниченный остеомиелит лунки зуба. В начальной стадии альвеолита появляется непостоянная ноющая боль в лунке. Боль усиливается во время еды. Общее состояние больного не нарушается, температура тела нормальная. Лунка зуба только частично выполнена рыхлым, распадающимся сгустком крови. В ряде случаев сгусток в ней совсем отсутствует. В лунке имеются остатки пищи, слюна, стенки ее обнажены. Слизистая оболочка края десны красного цвета, прикосновение к ней в этом месте болезненно.[10]

При дальнейшем развитии заболевания боль усиливается, становится постоянной, иррадирует в ухо, висок, соответствующую половину головы. Ухудшается общее состояние больного, появляются недомогание, субфебрильная температура тела. Прием пищи из-за боли затруднен. В лунке зуба содержатся остатки распавшегося сгустка крови; стенки ее покрыты серым налетом с неприятным гнилостным запахом. Слизистая оболочка вокруг лунки гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Иногда появляется небольшая отечность мягких тканей лица. Альвеолит в свою очередь может вызвать ряд осложнений: периостит и остеомиелит челюсти, абсцесс, флегмону, лимфаденит.[1]

3.2. Луночковое кровотечение

Удаление зуба, как всякая другая операция, сопровождается кровотечением. Выделение крови из лунки после удаления зуба является

нормальной физиологической реакцией и ее следует рассматривать, как благоприятный исход операции. Излившаяся кровь служит субстратом для формирования кровяного сгустка, заполняющего лунку, который выполняет как гемостатическую, так и пластическую функцию (является матрицей для ткани, закрывающей раневой дефект). После удаления зуба в нормальных условиях такое кровотечение останавливается самостоятельно через 5-10 минут в результате формирования кровяного сгустка под защитой марлевого тампона. Однако в некоторых случаях оно самостоятельно не останавливается, продолжается длительное время (первичное кровотечение). Иногда кровотечение прекращается в обычные сроки, но спустя некоторое время появляется вновь (вторичное кровотечение). Это служит поводом для обращения пациента к врачу.[3]

В полости рта различают идиопатические и ятрогенные кровотечения (Бельдюкевич М.А., 1978; Cheraskin E., 1979).

Идиопатические - возникают спонтанно при изъязвлении опухолей, геморрагических заболеваниях и некоторых формах пародонтопатий.

Ятрогенные - появляются после проведения хирургических вмешательств.

Местные причины луночковых кровотечений следующие:

1. повреждение (разрыв, разможнение) сосудов мягких тканей и кости при травматичном проведении операции;
2. отлом части альвеолы, межальвеолярной или межкорневой перегородки;
3. наличие внутрикостной сосудистой опухоли, которая не была вскрыта во время удаления зуба, но стенка, которой постепенно подвергалась эрозированию, или сосудистой остеодисплазии;
4. при остром воспалительном процессе (т.к. в воспалительном очаге имеется воспалительная гиперемия);
5. прекращение действия вазоконстрикторов применяемых с анестетиком (вначале адреналин вызывает сокращение стенок артериол в ране, но через 1-

2 часа наступает вторая фаза его действия- расширение сосудов), что ведет за собой стойкий вазопарез вокруг раны;

6. гнойном расплавлении (разрушении) кровяного сгустка и тромбов в сосудах при альвеолите, когда существенно повышается фибринолитическая активность в лунке;

7. повреждение аномально расположенного внутрикостного сосуда или проходящего в мягких тканях десны.

Общие причины постэкстракционных кровотечений:

1. заболевания, которые сопровождаются нарушением процесса свертывания крови (гемофилия, ангиогемофилия - болезнь Виллебрандта, псевдогемофилия - гипофибриногенемия, гипопротромбинемия на почве К-авитаминоза, гипопроконвертинемия и др.)
2. поражением сосудистой стенки без заметного нарушения процесса свертывания (геморрагический васкулит- болезнь Шенлейн-Геноха, геморрагический ангиоматоз - болезнь Рендю-Ослера, С- авитаминоз - цинга, системная красная волчанка, некоторые инфекционные заболевания - сыпной и брюшной тиф, скарлатина и др.);
3. фибринолитическое кровотечение, обусловленное повышением ее фибринолитической активности (шок);
4. функциональная и количественная недостаточность тромбоцитов сочетающаяся всегда с функциональной нестойкостью стенок капилляров (тромбоциты живут 7-12 дней), которая наблюдается при тромбоцитопении, лейкозах, иммунных нарушениях в организме с образованием антитромбоцитарных тел, болезни Верльгофа, сепсисе , ДВС- синдроме и др.;
5. болезнях печени (цирроз печени, инфекционный гепатит);
6. гормональные геморрагии, т. е. имеющие гормональный генез (гиперменорея, метроррагии, климактерическая кровоточивость, геморрагическая метропатия, в основе которой лежат нарушения функций передней доли гипофиза и яичников и др.);
7. при использовании антикоагулянтов непрямого (неодикумарин, синкумар,

фенилин) или прямого (гепарин) действия;
8. при применении до операции некоторых медикаментов - аспирин, парацетамол, нитроглицерин и др.[7]

Для удобства характеристики луночкового кровотечения авторы предлагают различать его интенсивность по длительности и скорости. Классификация интенсивности луночковых кровотечений по длительности (Б.Л. Павлов, В.В. Шашкин, 1987):

- Первой степени - кровотечение продолжается более 20 минут, кровь окрашивает

слюну и пропитывает марлевые тампоны.

- Второй степени - кровотечение длится более 40 минут, слюна обильно смешивается

с кровью.

- Третьей степени - выделение крови продолжается на протяжении одного часа и более, в полости рта находится свободная кровь..

Классификация интенсивности луночкового кровотечения по скорости (Лысенко, 1991):

- I степень - незначительные кровотечения - интенсивность кровопотери до 15 мл/час;

- II степень - умеренные кровотечения - интенсивность кровопотери от 15 до 30 мл/час;

- III степень - интенсивные кровотечения - интенсивность кровопотери свыше 30 мл/час.

В результате длительного кровотечения общее состояние больного ухудшается.

Клинические симптомы:

- Появляется слабость;

- Головокружение;

- Бледность кожных покровов;

- Акроцианоз (синюшная окраска стоп и кистей рук);

3.3. Луночковая послеоперационная боль

Луночковая боль – это боль в лунке, возникающая после операции удаления зуба. Боли после удаления зуба встречаются достаточно часто. Как правило, в течение одного-двух часов после удаления зуба боль уменьшается или окончательно стихает. Однако бывают случаи, когда острая боль не унимается в течение длительного времени, иногда даже нескольких дней.

Причины:

- травма во время проведения операции (чем больше травма, тем чаще возникают луночковые боли в послеоперационном периоде). Во время проведения операции удаления зуба неизбежно травмируются прилежащие к зубу ткани. Травматизация тканей заключается в:
 - нарушении целостности связочного аппарата зуба и возникающий при этом разрыв нервов и сосудов;
 - механическом давлении на стенки луночки и в той или иной степени возникающее при этом размоложение нервных окончаний;
 - механическом проталкивании инфекционного материала в стенки луночки и расширение зоны распространения инфекции. Эти явления возникают при любом удалении, но степень их проявления может быть различна, в зависимости от силы травмы и состояния травмируемых тканей.[13]

3.4. Неврит

Неврит - воспалительное заболевание периферических нервов, при котором наряду с болью выявляются симптомы так называемые выпадения, т. е. утрата или снижение чувствительности, а также параличи и парезы.

Причины:

- Врач не произвел тщательной обработки костных краев раны, оставив на них выступающие шипы. Когда наступает заполнение раны остеонной, а затем костной тканью, надкостница натягивается над шипами и последние

«впиваются» в нее, вызывая механическое раздражение обильных нервных разветвлений.

- Проталкивание корней хронический периодонтит в области больших коренных зубов

- Находящийся непосредственной близости к каналу зуба.

Неврит (невропатия) нижнеальвеолярного нерва возникает в результате сложного, травматичного удаления зубов на нижней челюсти (чаще при удалении третьего моляра при его ретенции и дистопии). Больные жалуются на сильную боль, иррадиирующую по ходу ветвей тройничного нерва, усиливающуюся в ночное время, снижение (гипостезия) или полное выпадение (анестезия) чувствительности слизистой оболочки десны нижней челюсти, нижней губы и подбородка на стороне поражения.

Значительно реже неврит бывает осложнением удаления зубов на верхней челюсти. При этом чаще возникает более отдаленное осложнение — дентальная плексалгия. Соотношение по частоте 2:1 (что, вероятно, обусловлено отсутствием у 50% людей нижнего зубного сплетения). Болевой синдром нередко с переходом на противоположную сторону носит неинтенсивный характер, сопровождается ощущением жжения в зубах и деснах. У некоторых больных отмечается уменьшение боли во время приема пищи и усиление под влиянием эмоций, неблагоприятных метеорологических факторов и переохлаждения. Боль может сопровождаться вегетативными нарушениями. Рентгенологически выявить какой-либо костной патологии в зоне локализации боли не удастся. Лечение дентальной плексалгии проводится по схеме лечения неврита (невропатии).

Невропатию следует дифференцировать с невралгией тройничного нерва. Последняя характеризуется резкой приступообразной болью по ходу иннервации чаще одной из ветвей тройничного нерва. Болевые приступы кратковременны, длятся от одной до нескольких секунд, очень жестокие, со светлыми промежутками, когда пациент совсем не испытывает боли. В зависимости от тяжести заболевания светлые промежутки бывают разными

— от нескольких минут до нескольких часов. Имеются так называемые курковые зоны, прикосновение к которым вызывает болевой приступ. Они могут локализоваться в зубе, на слизистой оболочке рта или на коже лица. Нарушений в виде изменений чувствительности в зоне иннервации в период между приступами не наблюдается.

Острые края альвеолы могут вызывать болевые ощущения после удаления зуба, которые образуются после травматичного удаления, а также удаления одиночно стоящего зуба, при выраженной атрофии альвеолярного отростка. Костные выступы травмируют слизистую оболочку, причиняя боль, которая усиливается во время жевания и при дотрагивании до десны, при этом воспалительные явления в лунке отсутствуют. [18]

Заключение

Операция удаления зубов и корней есть одним из наиболее часто выполняемых оперативных вмешательств, которые по времени ее выполнения может колебаться от нескольких минут до 1 часа и более. Подчас врачу необходимо прилагать максимум умений и знаний, чтобы предотвратить возможные нежелательные последствия данной манипуляции, а также справиться с осложнениями, которые наступили в ходе нее. Поэтому, я считаю, что безупречное знание техники и овладение навыками операции удаления зуба - является необходимым условием для успешного вмешательства. Кроме того, необходимо всегда помнить о возможных неудачах и знать тактику ведения больных при возникновении различных осложнений.

Список литературы

1. Хирургическая стоматология. Учебник / Под ред. Афанасьева В. В. - . - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 400 с.
2. Афанасьев В.В. Травматология челюстно-лицевой области. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г. - 256 с.
3. Базикян Э.А., Операция удаления зуба [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Э. А. Базикян и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 144 с.
4. Бажанов Н.Н. Стоматология./ Н.Н. Бажанов - М.: Наука, 2015 - 221 с.
5. Балин В.Н., Александров Н.М., Малышев В.А. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: руководство для врачей. 4-е изд., перераб. и дополнен. - СПб: СпецЛит, 2015. - 574 с.
6. Бернадский Ю.И., Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии./ Ю.И. Бернадский - М.: Медицинская Литература, 2019 - 224 с.
7. Челюстно-лицевая хирургия. Учебник. / Под ред. Дробышева А.Ю., Янушевича О.О.. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018
8. Дьяковой, С. В. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия.
9. Сборник иллюстрированных клинических задач и тестов / Под редакцией О.З. Топольницкого, С.В. Дьяковой, В.П. Вашкевич. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
10. Зеленский, В. А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия / В.А. Зеленский, Ф. С.Мухорамов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 226 с.
11. Кулаков А.А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия, 2018
12. Орданишвили А.К., Толмачев И.А., Толмачев С.И. Способ выявления дефектов медицинской помощи после операции удаления зуба // Сборник изобретений и рац. предложений. Вып.37. /

- А.К. Орданишвили, И.А. Толмачев, С.И. Толмачев - СПб.: Нева, 2016. - С. 37-38.
- 13.Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова - М.: Прогресс, 2015. – 504
- 14.Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев - М.: Юнити, 2015. - 1000 с.
- 15.Стоматология и челюстно-лицевая хирургия. ГЭОТАР-Медиа Под ред. О.О. Янушевича, В.В. Афанасьева 2019г, 176с.
- 16.https://revolution.allbest.ru/medicine/00268378_0.html
- 17.<https://www.skachatreferat.ru/referaty/Осложнения-Возникающие-Во-Время-и-После/97187.html>
- 18.<https://docviewer.yandex.ru/view/>