

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образование

Учреждение высшего профессионального образования

« ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ »

Факультет стоматологии

Кафедра « Челюстно-лицевая хирургия »

КУРСОВАЯ РАБОТА

по дисциплине « Детская челюстно-лицевая хирургия »

«Удаление зубов у детей. Показания и противопоказания к удалению.

Инструментарий. Техника и особенности операции »

Выполнил: студент 4 курса группы 16лс7

Анесян А. А.

Руководитель: Ассистент кафедры

«Челюстно-лицевой хирургии»

Амбарян Г. М.

Работа защищена с

оценкой _____

Дата защиты « __ » _____ 2020г.

Пенза 2020

Введение.....	3
Удаление зубов у детей.....	5
Показания к удалению зубов.....	5
Инструментарий.....	9
Техника удаления временных и постоянных зубов у детей.....	13
Осложнения после удаления зубов.....	17
Вывод.....	19
Список используемой литературы.....	20

Введение

Молочные зубы ребенка закладываются еще до появления на свет и начинают прорезаться в 6-7 месяцев, иногда в 9-12 месяцев. Первыми появляются нижние резцы. Прорезывание зубов, особенно клыков и 5-х зубов (премоляров), может сопровождаться повышением температуры. Ребенок в этот период становится беспокойным, плохо спит, отказывается от еды, повышается слюноотделение. Изначально молочные зубы могут располагаться асимметрично, но в процессе жевания, как правило, они притираются друг к другу и встают в правильное положение. К 2-3 годам у ребенка прорезываются все 20 молочных зубов. Их размеры меньше, чем у коренных зубов, коронки шире и короче, а корни сравнительно коротки. Чистить зубы следует начинать после года.[1,3]

Для этого надо воспользоваться специальной детской зубной щеткой и пастой. Когда все зубы у ребенка прорежутся необходимо посетить детского стоматолога. С момента прорезывания до периода рассасывания корней и выпадения молочного зуба проходит 6-10 лет. Такой краткий период функционирования молочных зубов не оправдывает раннее их удаление и отказ от лечения. Раннее удаление молочных зубов нарушает нормальное развитие челюстно-лицевой области, влечет за собой формирование неправильного прикуса. Наличие в полости рта ребенка нелеченых молочных зубов является источником хронической инфекции, отрицательно влияет на общее состояние ребенка. Кроме того, очаг хронического воспаления у молочного зуба влияет на формирование зачатка постоянного зуба. Постоянный зуб может быть с дефектом или вообще не прорезаться. Таким образом, лечение молочных зубов необходимо. Эмаль молочных зубов более тонкая, чем у коренных, и хуже защищает молочный зуб. Для профилактики возникновения кариеса следует включить в рацион такие продукты, как молоко, сыр, творог. Процесс замены молочных зубов на коренные начинается в возрасте 5-6 лет и, как правило, продолжается до 9-12 лет. Постоянные зубы,

вырастая, разрушают корни молочных зубов, расшатывают их до тех пор, пока они совсем не выпадут. Но сначала, перед появлением постоянных зубов челюсть начнет расти, что проявится в возникновении промежутков между зубами. Это значит, что для новых зубов будет достаточно места. Если же молочные зубы и в 6 лет стоят тесно, сплошной стеной, это говорит о недоразвитии челюсти и о том, что скорее всего постоянные зубы полезут вкривь и вкось. Поэтому в 7 лет полезно побывать у специалиста по исправлению прикуса, чтобы можно было своевременно скорректировать возможное неправильное положение зубов. [5,4]

Одной из самых распространённых операций в любой стоматологической клинике является удаление зубов. Её относят к ряду костных операций, однако удаление зубов имеет свои уникальные особенности. Иногда данная операция может проходить быстро и легко, а в других случаях отнимает немало времени и сил. Для того, чтобы производить удаление зубов, необходимо обладать навыками работы особыми инструментами, а также знаниями, как выполняются те или иные необходимые приёмы. Удаление молочных зубов – случай, о котором стоит поговорить отдельно. У преждевременного удаления молочных зубов могут быть неприятные последствия. Конечно, дальнейшую жизнь ребёнку они не сломают, однако всё же, согласитесь, неприятно, когда возникают какие-либо проблемы. Так, раннее удаление молочных зубов способствует неверному формированию прикуса и создаёт неблагоприятные условия для развития челюсти. Также преждевременное удаление молочных зубов может затруднить формирование постоянных зубов. В итоге они могут неправильно (с внутренней или наружной стороны альвеолярного отростка) или не полностью прорезаться. Однако это совсем не значит, что молочные зубы не следует удалять ни при каких условиях. Бывают случаи, когда такое вмешательство просто необходимо. [2,4]

Удаление зубов у детей

Для решения вопроса относительно показаний и противопоказаний к удалению зубов необходимо знать: сроки прорезывания, формирования корней временных и постоянных зубов; особенности клинического течения и лечения пульпитов, периодонтитов, периоститов и остеомиелитов, а также травматических повреждений зубов и челюстей. Учитывая тот факт, что зубы у детей проходят три периода развития, целесообразно рассмотреть показания к удалению зубов во временном, сменном и постоянном прикусах.[6]

Удаление зубов у детей стоматологи используют только тогда, когда спасти молочный зуб уже не возможно. Однако этот стоматологический процесс сопровождается рядом особенностей. Дети чрезвычайно чувствительны, поэтому стоматолог должен быть еще и хорошим психологом, чтобы найти подход к маленькому пациенту.[9]

Показания к удалению зубов

Во временном прикусе (до 6 лет):

- временные зубы, с которыми ребенок родился и которые препятствуют естественному вскармливанию;
- острые одонтогенные заболевания (гнойный периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит). В тех случаях, когда до смены временного зуба осталось еще 2-3 года, надо приложить все силы для его лечения. Только при остеомиелите "причинный" зуб однозначно должен быть удален;
- неэффективное лечение хронического гранулирующего периодонтита;
- рассасывание корня больше чем на 1/2 его длины и подвижность зуба II—III степени;
- удаление вследствие травмы или травматическая дистопия резцов при наличии резорбции корней;
- перелом коронки на уровне шейки или верхней трети корня при его

резорбции.[7]

Показания к удалению зубов в сменном прикусе (от 6 до 11 лет):

- острые одонтогенные заболевания (гнойный периостит, абсцесс, флегмона, лимфаденит) при условии, что корни временного зуба рассосались больше чем наполовину; постоянный или временный зуб не подлежит консервативному лечению;
- острый или хронический одонтогенный остеомиелит челюстей;
- острый пульпит и периодонтит временных моляров у детей 9-10 лет при наличии зачатков постоянных зубов;
- неэффективность лечения хронического периодонтита временных и постоянных зубов;
- распространение очага воспаления на межкорневую перегородку постоянных или временных многокорневых зубов;
- наличие временного зуба или его корня, когда постоянный уже прорезался;
- замедленная резорбция корней временного зуба, мешающая своевременному прорезыванию постоянного;
- все виды травматических переломов корня временного зуба и перелом корня постоянного при невозможности использования его под штифтовый зуб;
- перелом коронки зуба, если корень его находится в стадии рассасывания;
- удаление временного зуба вследствие травмы;
- расположенные в линии перелома челюсти временные и постоянные зубы.[5]

Показания к удалению зубов в постоянном прикусе (от 11 до 15 лет):

- зубы, являющиеся источником одонтогенного острого остеомиелита челюстей (преимущественно моляры);
- зубы с хроническим гранулирующим или гранулематозным

периодонтитом, который нельзя вылечить консервативно или одним из хирургических методов (гемисекция, реплантация, резекция верхушки корня, ампутация корня);

- значительное разрушение коронковой части зуба, если корень последнего нельзя использовать для протезирования;
- осложнения, связанные с лечением зубов (перфорация дна пульповой камеры зуба или корня при обострении воспаления);
- сверхкомплектные, ретенированные зубы, не имеющие условий для прорезывания;
- временные зубы, которые задержались до 15 лет, при наличии в челюсти (по данным рентгенологического исследования) правильно расположенных постоянных;
- интактные зубы, расположенные в линии перелома и мешающие репозиции отломков челюсти;
- зуб с хроническим воспалительным процессом возле верхушки корня, расположенный в линии перелома челюсти;
- оскольчатый или продольный перелом корня постоянного зуба;
- ортодонтические показания.[13]

По ортодонтическим показаниям постоянные зубы у детей удаляют, например, при скученности их во фронтальном участке верхней челюсти с недостатком места в зубной дуге (большей частью для клыков). При этом удаляют первые премоляры или третьи моляры или их зачатки. Последние удаляют и при чрезмерном развитии ментального отдела нижней челюсти для прекращения его роста.[12]

Удалению подлежат также комплектные зубы, которые прорезались в таком положении (нёбное, язычное, щечное), при котором невозможно переместить их на обычное место современными ортодонтическими или хирургическими методами.[4]

Абсолютных противопоказаний к удалению зубов в большинстве своем

у детей нет, однако при некоторых заболеваниях и патологических состояниях это вмешательство следует временно отложить или подготовить к нему ребенка. Некоторые из нижеприведенных заболеваний можно обнаружить во время детального сбора анамнеза.[8]

Относительными противопоказаниями к удалению зубов являются:

- сердечно-сосудистые заболевания (стенокардия, аритмия, ревматизм, эндокардит и миокардит в стадии обострения, выраженная декомпенсация сердечной деятельности);
- заболевания почек (острый или обострившийся хронический гломерулонефрит с декомпенсированной функцией, почечная недостаточность);
- острые инфекционные заболевания (дифтерия, скарлатина, корь, коклюш и т.п.);
- заболевания крови (лейкоз, гемофилия, тромбоцитопения и т.п.);
- заболевания ЦНС (менингит, энцефалит);
- психические заболевания в период обострения (эпилепсия, шизофрения и т.п.);
- острые воспалительные заболевания слизистой оболочки ротовой полости (гингивит, стоматит);
- зубы, расположенные в злокачественной опухоли или костной гемангиоме.

по поводу удаления зуба из злокачественной опухоли такое противопоказание ближе к абсолютному, поскольку нет смысла удалять зуб. Болит у ребенка уже не сам зуб. Доминантным является другое заболевание — злокачественная опухоль;

удаление зуба, расположенного в костной гемангиоме, к сожалению, может быть моментом установления диагноза "гемангиома". Если же диагноз поставлен раньше, то зуб удаляют в условиях стационара на фоне предшествующей подготовки;

острые заболевания дыхательных путей (грипп, бронхит, пневмония и т.п.);

временные зубы у взрослых из-за отсутствия закладки постоянных;[10]

Инструментарий

В процессе удаления зубов врачу требуются в основном щипцы и элеваторы, в редких случаях — дополнительные приспособления. Щипцы — один из самых распространенных инструментов, используемых стоматологами-хирургами. Они состоят из трех частей: ручки, щечек и замка. С годами их строение практически не изменилось. Щечки щипцов позволяют захватывать зубные коронки, а замок служит соединительным элементом. Ручки необходимы для удобства врача: держась за них, управляют инструментом.[7,11]

Хоть щипцы достаточно просты в строении, они имеют большое количество разновидностей. В зависимости от формы их используют в определенной локализации: для нижней и верхней челюсти они будут значительно отличаться. Стоматологические инструменты для удаления зубов включают в себя и элеваторы.[14]

Они состоят из трех частей: ручки, соединительной и рабочей части. Благодаря им возможно извлечение корней или их разъединение. Кроме того, их используют для того, чтобы достать дистопированные или ретинированные зубы. Основные отличия анатомических щипцов. Отличия анатомических щипцов заключаются в разной конструкции щечно-замковых углов. За счет прямого и тупого угла образовывается центральная линия замка и рабочей части стоматологических клещей, используемых с целью лечения нижнего зубного ряда. В приспособлении, используемом для удаления органов из верхней челюсти, угловая точка между осью рабочей части и осью рукояток приближена к 2 прямым углам, или же оси обеих частей формируют прямую. Следующее отличие между анатомическими щипцами сводится к длине и форме ручек. У приборов, предназначенных для удаления верхних моляров, рукоятки имеют зигзагообразный вид, причем при работе с восьмерками

применяют щипцы со значительным изгибом. Вырывание верхнего 3 моляра выполняется с помощью байонетных клещей, конструкция которых отличается наличием удлиненной промежуточной части, позволяющей беспрепятственно подобраться к зубу. В конкретных случаях байонетный инструмент применяют, чтобы удалить клык или корень резца в нижнем зубном ряду. Изогнутые по плоскости стоматологические клещи с более удлиненными рукоятками и промежуточной удлиненной частью используются при необходимости вырвать нижние моляры. Определенная форма изгиба и длина ручек обеспечивают удобство их использования, включающее в себя упрощенный подход к последнему моляру и его надежную фиксацию. Виды и формы инструментов для удаления.[2,5,8]

Стоматологические инструменты для удаления зубов включают в себя элеваторы. Как и щипцы, это один из наиболее распространенных приспособлений. Благодаря им возможно удалить непрорезанные или растущие в неправильном направлении зубы, а также их корни. Врач использует одну из разновидностей инструмента:

Прямой – все его части расположены на одной оси, некоторые модели характеризуются слегка изогнутым соединительным элементом. Чаще его используют для работы с верхней челюстью.

Угловой – щечка наклонена на 60° по отношению к ручке. Некоторые модели позволяют изменять угол. Инструмент делится на лево- и правосторонние элеваторы. Применимы для работы с нижней челюстью.[13]

Группа элеваторов для удаления зубов мудрости на нижней челюсти – угловые, представлены несколькими моделями: Леклюза (угол 90° , щечки остроконечные), Барри и Винтера (разделены на лево- и правосторонние, щечки треугольные), Пота (угол 60° , удлиненный стержень).

Для извлечения частиц корней – имеет тонкие заостренные щечки, по форме напоминает цилиндр. Элеватор – универсальный инструмент для удаления корня зуба. Он нетравматичный, но требует от стоматолога

определенных навыков и умений. Стоматологические клещи функционируют по методу действия рычага, что позволяет получать необходимое усилие на их рабочем конце. Основными хирургическими инструментами, используемыми в стоматологии, являются щипцы. Их конструкция отличается в зависимости от того, на какой челюсти их будут использовать: нижней или верхней.[16]

Инструменты, используемые для верхнего зубного ряда, характеризуются тем, что у них ось щечек и ручек совпадает либо они параллельны. Для нижней челюсти ось щечек и ось ручек располагаются либо под прямым углом, либо этот угол приближается к 90° . Щипцы для удаления зубов отличаются также по другим признакам: Если удаляются зубные единицы с сохраненной коронковой частью, тогда конструктивные особенности характеризуются несходящимися щечками рабочей зоны. Если удалению подвергаются оставшиеся в лунке корни, тогда используют кусачки со сходящимися щечками. Чтобы хирургическое вмешательство прошло без осложнений, необходимо правильно выбирать инструмент. Если операция будет осуществляться во фронтальном отделе верхней челюсти (резцы, клыки), форма инструмента выбирается прямая, т. е. оси ручек и щечек совпадают. Щипцы для удаления зубов верхней челюсти бокового отдела (премоляры, моляры) имеют рабочие части разного размера. Для удаления моляров щечки инструмента больше, чем для премоляра. Последние моляры удаляются щипцами с S-образным изгибом, их щечки располагаются под тупым углом по отношению к браншам. Такие щипцы называются байонетными.[1,14]

Инструментарий для удаления зубов верхней челюсти имеет одну щечку закругленную, а другую с выступом (шипом). Этот шип располагается или на левой, или на правой стороне. По этому признаку понимают, для какой стороны зубного ряда предназначен инструмент. Если клиническая картина характеризуется разрушением зубных тканей над уровнем десны, тогда для

извлечения корня используют элементы со штыковидными, удлинёнными, сужеными щечками. Признаки щипцов Признак ширины щёчек. Щипцы с шириной щёчек более 0,75 см предназначены для удаления моляров, т.е. зубов с широкими коронками, а щипцы с узкими щёчками (шириной меньше 0,75 см) применяют для удаления зубов с узкой коронкой (резцы, клыки, премоляры, корни). Признак формы. Большинство щипцов можно использовать для удаления зубов справа и слева; щёчки у них одинаковые острые или закругленные. В то же время для удаления верхних моляров, имеющих два щёчных корня, щипцы подбирают с таким расчётом, чтобы щёчка с заостренным концом была обращена в вестибулярную сторону для того, чтобы заостренный конец щёчки входил между двумя щёчными корнями и плотно фиксировал коронку. Таким образом, имеются щипцы для удаления зубов правой и левой стороны. Признак изгиба и длины щипцов. Длина ручек и щёчек щипцов зависит от месторасположения зубов. Так, для удаления верхних резцов и клыков используют прямые щипцы с короткими щёчками. Для удаления верхних премоляров и моляров предназначены специальные S-образные щипцы.[6,9]

При наличии шипа с вестибулярной стороны они применяются для удаления моляров, а без шипа — для премоляров. Специальные щипцы с несколько удлинёнными сходящимися щёчками и браншами, по форме напоминающими штык, называются штыжовидными, или байонетными (от франц. «байонет» — штык). Эти щипцы предназначены для удаления корней моляров верхней челюсти. В клинической практике данные щипцы можно использовать для удаления корней всех зубов верхней челюсти. Кроме того, байонетные щипцы при необходимости можно использовать и для удаления корней резцов и клыков нижней челюсти. Поэтому байонетные щипцы ещё называют универсальными. Верхние третьи моляры удаляют байонетными щипцами с удлинёнными и более изогнутыми щёчками[11,16]

При удалении зубов нижней челюсти применяют клювовидные щипцы,

изогнутые по ребру (со сходящимися и несходящимися концами щёчек). Для удаления фронтальных зубов и премоляров пользуются в основном этими щипцами. Моляры, особенно третьи, удаляют щипцами, изогнутыми по плоскости. Этими же щипцами пользуются для удаления моляров нижней челюсти при ограниченном открывании рта. Корни всех зубов нижней челюсти удаляют клювовидными щипцами со сходящимися концами щёчек. Как проходит извлечение зубов и корней? Вырывание верхних моляров выполняют, применяя клещи с зигзагообразным изгибом. Указанный стоматологический прибор имеет форму, сходную с анатомическими щипцами, с помощью которых вырывают малые коренные зубы. Их отличие заключается в рабочей части: в данной модели щечки широкие, но короткие, что делает зазор между ними больше, когда инструмент находится в закрытом состоянии. Кроме того, изнутри каждый рабочий элемент имеет желобок, край одного скругленный или плоский, край второго имеет острый выступ, от которого идет маленький гребень.[19]

Техника удаления временных и постоянных зубов у детей

Удаление зубов в детском возрасте имеет свои особенности, они связаны с анатомическим строением челюсти у ребенка, смешанным прикусом, наличием в челюстях зачатков постоянных зубов. Количество, форма и расположение корней у молочных зубов несколько отличаются от строения постоянных зубов. У временных зубов расхождение корней более выражено, стенки альвеол зубов тонкие. Обычно удаление временных зубов не представляет больших трудностей, так как в большинстве случаев к моменту удаления молочных зубов корни их частично лизируются.

Тем не менее удалять их надо с большой осторожностью из-за возможности травмирования близко расположенных в челюстной кости постоянных зубов или зачатков.[14]

При удалении молочных зубов не следует продвигать щечки щипцов на

большую глубину из-за опасности повреждения зачатков постоянных зубов. Фиксация должна быть более слабая, иначе можно раздавить тонкие стенки коронок молочных зубов. Амплитуда раскачивания зуба при вывихивании должна быть минимальной. После извлечения зуба из альвеолы проводят ее обследование и кюретаж, избегая повреждения зачатков постоянных зубов.[3]

При удалении временных зубов следует учитывать особенности строения челюсти (маленькие размеры, нежная костная ткань альвеолярного отростка и слизистой оболочки, покрывающей его) и временных зубов (невыражена шейка, широкое расположение корней и наличие зачатков постоянных зубов под или между ними). Поэтому целесообразно использовать набор детских щипцов и хорошо владеть техникой удаления.[11]

Техника удаления временных зубов несколько отличается от таковой при удалении постоянных, а именно:

круговую связку не разрушают, после наложения щипцов щечки их далеко не продвигают;

чтобы не травмировать близлежащие мягкие ткани, при работе элеватором обязательно фиксируют альвеолярный отросток с обеих сторон пальцами; чрезмерных движений при удалении не делают (это позволяет не отломать коронку, верхушку корня или альвеолярный отросток и не вывихнуть челюсть);

особенно осторожно надо удалять моляры с разрушенной коронковой частью. Корни их широко расходятся в стороны и при расшатывании могут ломаться. Поэтому для удаления таких зубов лучше использовать элеватор, который при подходе со стороны межкорневой перегородки не следует глубоко погружать в ткани лунки, так как можно повредить фолликул постоянного зуба;

кюретаж альвеолы не проводят, чтобы не травмировать или не удалить зачаток постоянного зуба;

края альвеолы после удаления зуба сжимают осторожно, чтобы не

травмировать альвеолярный отросток.[13,20]

После удаления зуба для уверенности, что он удален полностью, необходимо тщательно осмотреть его корни. Что касается временных зубов, которые удаляют в период резорбции корней, то в большинстве случаев во время осмотра невозможно отличить резорбированный корень от отломка его части, так как физиологическая резорбция происходит неравномерно и края корня как бы изъедены. Если врач при удалении временных зубов оставил часть резорбированного корня, нет необходимости заканчивать удаление его элеватором, поскольку есть риск повреждения зачатка постоянного зуба. Последний, прорезываясь, вытолкнет остаток корня.[15]

Типичная операция удаления постоянного зуба состоит из таких последовательных этапов:

- отделение круговой связки зуба;
- наложение щечек щипцов на зуб;
- продвижение (углубление) щечек щипцов к краю альвеолярного отростка;
- смыкание щечек щипцов;
- ротация (расшатывание зуба вокруг своей оси) и люксация (расшатывание в передне-заднем и боковом направлениях);
- извлечение зуба из альвеолы (тракция).

Техника удаления постоянных зубов у детей не отличается от таковой у взрослых. Пользуются набором щипцов для удаления отдельных групп зубов у взрослых, шире применяют элеваторы — прямые и боковые.[16]

Проводя удаление постоянных зубов у детей, необходимо учитывать совпадение осей корня зуба, щечек щипцов и направления движения, а также типичную анатомическую форму корня и строение альвеолярного отростка, то есть знать, какая стенка его тоньше, а какая толще. Знание последнего помогает выбрать правильное направление движений при этой операции и, таким образом, предотвратить типичные осложнения — отлом коронки,

перелом корня или его верхушки.[10]

При удалении зубов, имеющих конусообразный корень (резцы верхней челюсти, клыки), следует применять ротационные движения, объединяя их с маятникообразными, а удаляя верхние малые, а также вторые и третьи большие коренные зубы, сначала следует выполнять движение в направления щеки, дальше — в сторону нёба. Чтобы удалить первый верхний моляр, сначала расшатывают его в направления нёба, а потом — в щечную сторону, так как внешняя стенка утолщена скулоальвеолярным гребнем.[13,17]

При удалении резцов нижней челюсти используют маятникообразные движения (первое — в губную сторону) и ротационные, клыков — ротационные, нижних малых коренных зубов — маятникообразные: первое — в щечную сторону, второе — в оральную. При удалении больших коренных зубов первое движение делают в щечную сторону. Эти рекомендации являются ориентировочными, и движениями при удалении зуба всегда можно обнаружить и ощутить наименьшее сопротивление кости. Такие навыки, конечно, приходят с опытом. Но учиться надо тому, чтобы движения были дозированными и нерезкими.[12]

После удаления постоянного зуба по поводу гранулирующего или гранулематозного периодонтита необходимо провести тщательный кюретаж лунки и при наличии свища — его ревизию.

При удалении зубов у детей могут возникнуть такие местные осложнения:

1. Во время удаления:

- отлом коронки (если ее сразу не изъять изо рта, она может попасть при вдохе в дыхательные пути и, как следствие, развиться механическая асфиксия);
- перелом альвеолярного отростка;
- ранение близлежащих мягких тканей;
- повреждение фолликула постоянного зуба;

- перелом зуба-антагониста;
- вывих или удаление рядом расположенного зуба;
- перелом челюсти;
- вывих челюсти (обычно передний);
- проталкивание корня зуба в верхнечелюстную пазуху
- отлом бугра верхней челюсти;
- случайная перфорация верхнечелюстной пазухи.[5]

Внезапное соединение ротовой полости с верхнечелюстной пазухой сопровождается субъективными и объективными признаками. Субъективные: изменение тембра голоса, носовой оттенок речи. Объективные: выделения из лунки удаленного зуба крови с пузырьками воздуха (при интактной верхнечелюстной пазухе), большого количества гноя (при одонтогенном гайморите), при зондировании лунки зонд проникает глубже длины лунки. При возникновении сообщения между полостью рта и верхнечелюстной пазухой объективными являются ротовая и носовая пробы:

а) ротовая — если зажать ноздри пальцами и попробовать надуть щеки, то воздух со свистом выходит сквозь лунку в рот ;

б) носовая — при попытке надуть щеки, воздух выходит через нос и щеки надуть не удастся.[9]

Осложнения после удаления зубов

После удаления:

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

неврологические нарушения — неврит, парестезии соответствующей половины нижней губы и зубов.[14]

Чтобы предотвратить указанные осложнения, перед удалением зуба у ребенка необходимо тщательно собрать анамнез, подобрать метод обезболивания и анестезирующий раствор, знать технику удаления разных групп зубов и уметь ее выполнять, а также подготовить ребенка к операции и дать необходимые рекомендации относительно его поведения после вмешательства.[18]

Вывод

Молочные зубы играют важную роль в формировании постоянного прикуса, именно от них зависит здоровье коренных зубов. Поэтому удалять их преждевременно можно только в самом крайнем случае. Лишь родители в состоянии уберечь свое чадо от подобных неприятностей, регулярно посещая с ним профилактические осмотры и контролируя соблюдение ребенком правил гигиены полости рта.

Список используемой литературы

1. Агапов В.С. Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МИА ,2012.
2. В. М. Безруков и др. М.: МИД Амбулаторная хирургическая стоматология: Современные методы: Руководство для врачей , 2015 г. 112 с.
3. Роберт П. Лангле Крэйг С. Миллер. Атлас заболеваний полости рта. 3-е издание Перевод с английского под ред. . 2014 г. 224 с.
4. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. М., Мед. литература, 3-е изд. 2017г. 408 с.
5. Грудянов А. И. Хирургическое лечение заболеваний пародонта М: МИА 2016г.
- 6.Зеленский В.А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия : учебник для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов и систем послевузовского профессионального образования врачей-стоматологов / В. А. Зеленский, Ф. С. Мухорамов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 208 с.
7. Максимовский Ю. М. Основы профилактики стоматологических заболеваний : учебное пособие М:Владос ПРЕСС 2015.
8. Муковозов И. Н. "Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области". МЕДпресс, 2012 г., мягкая обложка, 224 стр.
9. Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н. Оперативная хирургия и топографическая анатомия 5-е изд. МИА 2015.
10. Параскевич В. Л. Клиническая имплантология. 2016г.205с.
11. Персин, Леонид Семенович. (стоматология ; 19480131). Стоматология детского возраста : учебник для студентов, обучающихся по специальности "040400 - Стоматология" / Л. С. Персин, В. М. Елизарова, С. В. Дьякова. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : Медицина, 2011. - 640 с. - (Учебная литература для студентов медицинских вузов)

12. Рабухина Н. А. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Атлас рентгенограмм. М., Медицинское информационное агентство, 2013. 295с.
13. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология учебник Медицина 2013.
- 14.Столяренко Л. Ю. История обезболивания в стоматологии (от древности до современности): Монография / МЗ РФ; Сам. ГМУ.- Самара, 2011.- 172с.
15. Тимофеев челюстно-лицевой хирургии. 2017.-1024с.
16. Харьков Л. В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста /Под ред. Л.В. Харькова. Пер. с укр. М.: Книга плюс, 2015г. 470с.
17. Шарогородский А. Г. Травмы мягких тканей полостей лица 2014.-301с
18. <https://zubiki.top/zubov/instrumenty-dlya-udaleniya-zub/>
19. https://www.bsmu.by/downloads/kafedri/k_stom_hir/stud/1.pdf
20. <https://studfiles.net/preview/1859602/page:23/>