

Осложнения, возникающие после удаления зуба

Осложнения

Общие

- ОБМОРОК
- КОЛЛАПС
- ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

Местные

- КРОВОТЕЧЕНИЕ
- АЛЬВЕОЛИТ
- ОГРАНИЧЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ
- ЛУНКИ

Возникновение этих осложнений, как правило, связано с психоэмоциональным состоянием пациента, не адекватно проведённой анестезией и травматично проведённым удалением. Оказание помощи в этом случае осуществляется по принципам неотложной терапии.

Местные осложнения, возникающие после удаления зуба

Кровотечение.

- Удаление зуба сопровождается незначительным кровотечением. Как правило, кровь сворачивается через несколько минут и в лунке образуется кровяной сгусток.
- Однако в ряде случаев даже и после образования кровяного сгустка может отмечаться продолжающееся кровотечение, которое имеет ряд причин.



Причины кровотечений

```
graph TD; A[Причины кровотечений] --> B[Общие]; A --> C[Местные];
```

•Общие

- повышение артериального давления, связанное с гипертонической болезнью или усилением психоэмоционального напряжения, сопровождающего операцию удаления зуба;
- заболевания, которыми может страдать пациент. Это заболевания свертывающей и противосвертывающей системы крови (гемофилия, тромбоцитопеническая пурпура, болезнь Верльгофа, болезнь РендюОслера и т. д.).
- характер препаратов, которые может принимать пациент, например антикоагулянты. Обращают на себя внимание пациенты, страдающие циррозом и другими заболеваниями печени, из-за нарушения синтеза протромбина.

•Местные

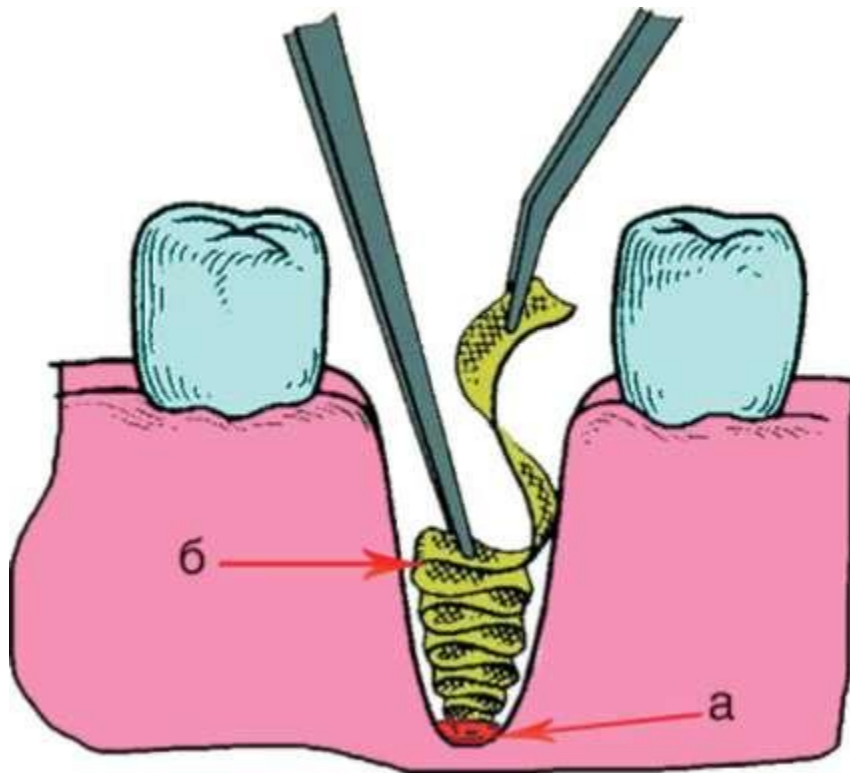
- связаны с наличием воспалительного процесса в окружающих тканях и травматично выполняемой операцией удаления зуба.

Устранение местной причины кровотечения

Локализация кровотечения	Тактика врача
Из мягких тканей	При повреждении мелких сосудов - пальцевое прижатие, кровоостанавливающие растворы, коагуляция. При повреждении крупных сосудов - прошивание тканей, перевязка сосуда
Из стенки лунки	Сдавить кровоточащий участок штыковидными щипцами. Если сдавить возможности нет, следует установить сомкнутые концы штыковидных щипцов на кровоточащий участок и легкими постукивающими движениями по ручкам «забить» кровоточащую рану
Со дна лунки	Тугая тампонада: после обработки раны раствором водорода пероксида плотно укладывают йодоформную турунду шириной 0,5-0,75 см и длиной 1,5-2,0 см так, чтобы лунка полностью была закрыта марлевым тампоном, сверху для ее удержания накладывают швы. Турунду из лунки извлекают только на 5-6-е сутки после удаления

- Необходимо определить, откуда происходит кровотечение: из костной лунки удалённого зуба или из мягких тканей. Для этого пальцами сжимают края лунки. Если кровотечение прекращается, то оно возникло из мягких тканей, а если нет - то из кости.

- Кровотечение из кости останавливают путём разрушения и сдавливания костных балок аккуратным поколачиванием кюретажной ложкой или элеватором по дну или стенкам лунки. Если это неэффективно, лунку туго тампонируют йодоформной турундой со дна, оставляя её на 5-7 дней. Также можно воспользоваться гемостатической губкой, которую вводят в лунку. На лунку удалённого зуба накладывают стерильную марлевую салфетку, пациента просят сомкнуть зубы. Через 20-30 мин проверяют, остановилось ли кровотечение, и только тогда отпускают пациента из клиники.



- Желательно назначить медикаментозные средства. Хороший эффект даёт внутримышечное введение гемостаблизатора дицинона или этамзилата натрия или в/в капельное введение эпсилон аминакапроновой кислоты. Все мероприятия проводят с обязательным контролем артериального давления. При неэффективности остановки кровотечения в амбулаторных условиях пациент госпитализируется.

Луночковая послеоперационная боль (альвеолит).

- После удаления зуба и купирования действия анестетика у пациента возникает незначительная боль в области лунки. Как правило, болевой приступ самостоятельно разрешается или требует незначительной коррекции. Приём обезболивающих препаратов из группы кетопрофена или парацетомола полностью купирует приступ боли.
- Если процесс заживления лунки нарушается, то через 1-3 дня после удаления зуба боль усиливается. Изменяется также и характер боли, она становится постоянной и беспокоит часто в ночное время. Это состояние связано с несколькими причинами: кровяной сгусток не удерживается в лунке, лунка остаётся пустой и подвергается раздражению ротовой жидкости. Остатки кровяного сгустка и попавшие в лунку фрагменты пищи создают условия для развития воспалительного процесса, который называется «альвеолит».



- Основным клиническим симптомом альвеолита является боль в области лунки удалённого зуба. По мере развития заболевания боль усиливается, появляется иррадиация в различные анатомические образования (глаз, ухо) на здоровую сторону челюсти. Ухудшается общее состояние, может быть субфебрильная температура. При внешнем осмотре изменений, как правило, не отмечается. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны. При осмотре полости рта слизистая оболочка вокруг лунки гиперемирована, отёчна. Лунка или пустая, или покрыта сероватым фибринозным налетом. Пальпация десны в области лунки резко болезненная.
- Если не проводится лечение, воспалительный процесс может перейти в ограниченный остеомиелит лунки.

Лечение

- Проводится под местной анестезией. С помощью шприца с затупленной иглой струёй тёплого раствора антисептика (хлоргексидин 0,05 %) вымывают из лунки зуба частицы распавшегося сгустка крови, пищу. Аккуратно кюретажной ложкой удаляют остатки распавшегося сгустка. После высушивания лунки в неё укладывают повязку с йодоформом, поверх которой наносят мазь «Метрогил». Назначают нестероидные противовоспалительные средства. Перевязки осуществляют каждый день до появления грануляционной ткани. Обычно процесс купируется в течение 5-7 дней. Дополнительно назначают физиотерапевтическое лечение (ультравысокочастотную (УВЧ) терапию, микроволны, ультрафиолетовое облучение, лазеротерапию).

Ограниченный остеомиелит лунки.

- - гнойно-некротический процесс в стенках лунки .
В лунке удаленного зуба появляется острая пульсирующая боль, возникает боль в соседних зубах. Появляются слабость, сильная головная боль. Температура тела 37,6-37,8 °С и выше, иногда бывает озноб. Больной не спит, не может работать.

- Сгусток крови в лунке отсутствует, дно и стенки ее покрыты грязно-серой массой со зловонным запахом. Окружающая лунку зуба слизистая оболочка краснеет, отекает, надкостница инфильтрируется, утолщается. Пальпация альвеолярного отростка с вестибулярной и оральной сторон в области лунки и на соседних участках резко болезненна. При перкуссии рядом стоящих зубов возникает боль.
- Околочелюстные мягкие ткани отечны, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, плотные, болезненные.
- Явления острого воспаления держатся 6-8, иногда 10 дней, затем уменьшаются, процесс переходит в подострую и затем в хроническую стадию. Через 12-15 дней лунка заполняется рыхлой патологической грануляционной тканью, при надавливании на которую выделяется гной. На рентгенограмме контуры компактной пластинки альвеолы нечеткие, разрыхлены, выражен остеопороз кости.
- Спустя 20-25 дней от начала острого воспаления могут появляться в кости мелкие секвестры.

Тактика врача:

- • обезболивание;
- • удаление из лунки некротизированного сгустка крови, патологических тканей, инородных тел;
- • рыхлое введение в лунку йодоформной турунды;
- • разрезы по переходной складке на уровне лунки с вестибулярной и оральной стороны длиной 1,5-2,0 см, дренирование;
- • новокаиновые блокады по переходной складке;
- • физиотерапия;
- • назначение антибиотиков, антигистаминных препаратов, анальгетиков, аскорбиновой кислоты, сульфаниламидов;
- • подкожное введение 0,5 мл анатоксина стафилококкового. Ревакцинация через 7 дней;
- • после прекращения острых явлений - для стимуляции неспецифического иммунитета: диоксометилтетрагидропиримидин (метилурацил[®]) 0,5 г 3-4 раза в день;
- • через 25 дней (когда полностью образуются секвестры) - секвестрэктомия, ревизия лунки.

Неврит нижнего альвеолярного нерва

- **Причины:**

- • анатомическая близость сосудисто-нервного пучка и верхушки корней моляров нижней челюсти;
- • патологический процесс в периапикальных тканях (хронический периодонтит), разрушивший костную ткань между верхушкой корня и стенкой нижнечелюстного канала;
- • травма нерва во время вывихивания корня элеватором из глубоких участков лунки.

- **Клиническая картина**

- Появление боли в челюсти, онемение нижней губы, подбородка, снижение или отсутствие чувствительности десны, снижение электровозбудимости пульпы зубов на пораженной стороне. Обычно все эти явления через несколько недель постепенно проходят.

Тактика врача:

- • при выраженном болевом синдроме назначают анальгетики, физиотерапию импульсными токами, ультрафиолетовое облучение;
- • назначают курс инъекций тиамина (витамина В₁[▲]) (1 мл 6% раствора через день, 10 инъекций);
- • электрофорез 2% раствором прокаина (новокаина[▲]) (5-6 процедур по 20 мин);
- • прием внутрь рибофлавина (витамин В₂) (по 0,005 г 2 раза в день) и аскорбиновой кислоты (витамин С[▲]) (по 0,1 г 3 раза в день);
- • назначают также до 10 инъекций бендазола (дибазол[▲]) (2 мл 0,5% раствора через день), галантамина (1 мл раствора в день), экстракта алоэ[▲] (1 мл ежедневно), цианокобаламина (витамин В₁₂[▲]) (1 мл 0,2% раствора через день).

Изменение положения соседних зубов после удаления зуба

- После удаления зубов в челюсти часто могут образоваться дефекты, и соседние зубы начинают наклоняться в сторону образовавшегося дефекта, а зуб-антагонист с противоположной челюсти начинает выдвигаться в сторону дефекта, что приводит к нарушению процесса жевания. При этом резко повышается жевательная нагрузка, нарушается привычное состояние челюстей и развивается деформация прикуса, что может сильно отразиться на общем состоянии зубов. В данном случае рекомендуется заменить удаленный зуб на искусственный при помощи мостовидных протезов, имплантов, съемных частичных протезов.

Источники литературы

- Учебник «Хирургическая стоматология»
2-е издание под редакцией профессора
В.В. Афанасьева 2015 стр.184