

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

Кафедра-клиника хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии

Реферат:

«Хирургические методы лечения периодонтитов»

Выполнил ординатор
кафедры-клиники хирургической стоматологии и ЧЛХ
по специальности «стоматология хирургическая»

Никитин Антон Романович
рецензент ассистент кафедры Карепов Марат Русланович

Красноярск 2020

Содержание

1.Классификация.....	3
2.Этиология, патогенез.....	3
3.Лечение хронических периодонтитов.....	4
4.Лечение острого периодонтита.....	16
5.Список литературы.....	18

Хронические периодонтиты составляют 15- 30% от общего числа хирургических заболеваний челюстей.

Периодонт чрезвычайно реактивен и на любые раздражения отвечает преимущественно воспалительной реакцией. По этиологическому фактору периодонтиты делятся на инфекционные и неинфекционные (травматические, токсические, аллергические, медикаментозные). Однако в развитии воспалительного процесса в периодонте разрешающую роль часто играют сразу несколько из указанных этиологических факторов.

Воспаление в периодонте развивается в результате поступления в него микроорганизмов, их эндо - и экзотоксинов, а также эндотоксинов, образующихся в процессе некротизации пульпы зуба и периодонта.

Наибольшее распространение получила классификация И.Г. Лукомского (1936), предусматривающая выделение острого (серозный и гнойный) и хронического (фиброзный, гранулирующий и гранулематозный) периодонтита, а также хронического обострившегося периодонтита.

I. По этиопатогенезу:

1. Инфекционные.
2. Неинфекционные (травматические, токсические, аллергические, медикаментозные).

II. По пути проникновения инфекции:

1. Интрадентальные.
2. Ретродентальные (ретроградные, гематогенные).

III. По течению воспалительного процесса:

1. Острые (первичные или обострившиеся хронические).
2. Хронические.

IV. По клинико - морфологической картине:

1. Острый: серозный или гнойный.
2. Хронический ^фиброзный, гранулирующий или гранулематозный.

3. Обострившиеся хронические периодонтиты.
4. Кисты околокорневые (радикулярные).

Хирургическое лечение хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции и кист челюстей методами, сохраняющими больному зубы, требует от врача-стоматолога чёткого представления об анатомическом и топографо-анатомическом строении челюстей и, в частности, знания особенностей расположения верхушек корней зубов в альвеолярных отростках челюстей. Это необходимо для адекватного выполнения хирургических вмешательств и профилактики ряда послеоперационных осложнений: перфораций верхнечелюстных пазух и полости носа, травматических нижнеальвеолярного или подбородочного нервов и других.

С целью одномоментного и радикального удаления периапикальных очагов одонтогенной инфекции при одновременном сохранении «причинных» зубов в настоящее время используют следующие основные хирургические методы:

- **резекцию верхушки корня зуба;**
- **реплантацию зуба;**
- **гемисекцию и ампутацию корня зуба (А.С. Иванов, 1976).**

В настоящее время оперативные методы лечения периапикальных воспалительных заболеваний зубов сформировались в самостоятельные разделы периодонтальной хирургии.

Эти методы можно классифицировать следующим образом (А.К.Иорданишвили, 1990):

1. Сохраняющие коронку зуба и целость его периодонта: резекция верхушки корня зуба, цистэктомия, компактостеотомия с последующим юретажем в области периапикального очага и др.
2. Частично сохраняющие коронковую часть зуба и его периодонт: гемисекция и ампутация корня зуба, коронко-радикулярная сепарация зуба.
3. Сохраняющие коронковую часть зуба при нарушении целости периодонта: реплантация зуба (первичная, отсроченная).
4. Не сохраняющие зуб: операция удаления зуба, цистэктомия с удалением зуба и

др.

В основу приведенной классификации положен принцип учета сохранения коронковой части зуба и его периодонта.

Показания к оперативному вмешательству:

1. Хронические периодонтиты, не поддающиеся консервативному лечению.
2. Хронические одонтогенные очаги инфекции (околоверхушечные гранулемы, кистогранулемы и кисты).
3. Переломы верхушечной части корней зубов.
4. Осложнения консервативного лечения пульпитов и периодонтитов: перфорация корня зуба, недопломбирование или чрезмерное выведение пломбировочного материала за верхушку корня зуба, приводящие к функциональным нарушениям, наличие в канале корня зуба отломков эндодонтического инструментария.

Кроме того, необходимо учитывать:

1. Наличие общих заболеваний организма, при которых противопоказано вообще любое амбулаторное оперативное вмешательство (декомпенсированные формы ишемической болезни сердца, заболеваний печени и почек, острые инфекционные заболевания, болезни крови и др.).
2. Обострение хронического сепсиса.
3. Острый и обострившийся хронический периодонтит, острый периостит или остеомиелит челюстей.
4. Подвижность зуба II - III степени вследствие заболеваний краевого пародонта или при наличии большого дефекта альвеолярного отростка за счет периапикального воспалительного процесса.
5. Зубы, расположены вне зубной дуги.
6. Наличие микростомы.
7. Низкий уровень гигиены полости рта.
8. Несанированная полость рта (наличие кариозных полостей, корней зубов, зубного налёта и зубных отложений).
9. Стоматиты или острые воспалительные заболевания краевого пародонта, зёва, глотки и гортани.
10. Дефекты тканей челюстей метастатического происхождения.

11. Отсутствие мотивации к хирургическим зубосохраняющим методам лечения. Выбор хирургического метода лечения зубов с хроническими периапикальными очагами одонтогенной инфекции зависит от многих факторов:

- особенностей анатомической формы зуба;
- состояние его твердых тканей и пародонта;
- взаимоотношения вершечек корней зуба и близлежащих анатомических образований челюстей и анатомических особенностей строения альвеолярных дуг челюстей;
- общего состояния организма больного, характера и распространенности периапикального воспалительного процесса.

Безусловно, вопрос о выборе метода лечения должен решаться для каждого больного индивидуально.

Консервативно-хирургические и хирургические методы лечения хронических периодонтитов.

На основании исследования гемодинамики и уровня токсикоза у пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями В. А. Козлов и соавт. утверждают, что источником эндогенной интоксикации являются очаги хронической одонтогенной инфекции. При этом возникает синдром взаимного отягощения. По их мнению одонтогенные очаги могут быть устранены только хирургическим путем. Наиболее распространенным и эффективным видом консервативно-хирургического лечения хронических периодонтитов является резекция верхушки корня.

Анатомические и клинические исследования позволили выработать дифференцированный подход к определению объема оперативного вмешательства, проведению комбинированной терапии, например апикотомии щечных корней 6|6 зубов и консервативной терапии небного корня.

Резекции верхушки корня предшествует механическая, антиасептическая обработка юэрневого канала с последующим заполнением его твердеющим пломбирочным материалом (до места рассечения корня). Для пломбирования корневых каналов применяют гуттаперчевые штифты, разогретую гуттаперчу. При отсутствии свищей корневые каналы пломбируют в день операции.

Хирургическое лечение хронических периодонтитов с сохранением коронки зуба и целостности его периодонта является методом выбора при лечении резцов, верхних премоляров, а также при расположении хронических очагов в области верхушек щечных корней моляров верхней челюсти. Это обусловлено незначительной толщиной наружной стенки альвеол этих зубов (0,3-2,5мм), которая в основном представлена компактным веществом. При этом подвижность зуба и степень атрофий альвеолярного отростка в области этого зуба не должна превышать I - II степени. Состояние коронковой части этих зубов может быть различным, вплоть до полного её отсутствия.

Наибольшее распространение из них в практике получила операция резекции верхушки корня зуба, предложенная в 1899 г. С.РайсЬ.

Резекция верхушки корня зуба.

Под резекцией верхушки корня зуба понимают отсечение и удаление верхушки корня «причинного» зуба и окружающих её патологических тканей. Эту операцию можно проводить на всех зубах, но чаще её проводят на резцах, клыках обеих челюстей и премолярах верхней челюсти.

Методика и этапы операции:

1. Хирургическое лечение начинается с разреза. Форма и размер разреза зависят от локализации, величины, наличия одного или нескольких зубов в области очага деструкции, расположения свищевого хода, если таковой имеется, а также в зависимости от наличия или отсутствия несъемных протезов, типов пломб на «причинных» или соседних с ними зубах, расположения и глубины зубодесневой борозды, толщины кости в области вмешательства, расположения и размера уздечек и прикрепления мышц.

При небольших деструктивных очагах, расположенных в области верхушки одного корня, и глубоком преддверии проводится полулунный разрез. Его

начинают на 1 мм выше переходной складки нижней челюсти или на 1 мм ниже - на верхней челюсти, разрезая слизистую оболочку и надкостницу в виде полумесяца с выпуклостью, обращенной к зубодесневому краю. Часть десны должна находиться на прикрепленной десне, отступя от зубодесневого края на 3 мм.

При наличии свищевого хода и очага деструкции, расположенного ближе к краю альвеолярного отростка, разрез проводится по зубодесневому краю горизонтально с дополнительными вертикальными боковыми разрезами к переходной складке. Слизисто-надкостничный лоскут формируется так, чтобы он был на 5-10 мм больше предполагаемого костного дефекта.

В тех случаях, когда очаг деструкции расположен высоко от зубодесневого края, в процесс вовлечены несколько зубов и могут быть несъемные металлокерамические конструкции, трапециевидный разрез проводится отступя от зубодесневого края на 3-4 мм для предотвращения рецессии десны и сохранения круговых связок зубов. Вертикальные и горизонтальные разрезы должны соединяться под тупым углом.

При выкраивании любого лоскута разрез должен начинаться от зуба в направлении переходной складки и никогда, если это возможно, не должен доходить до места прикрепления мышц и щек.

2. Отслойка слизисто-надкостничного лоскута производится с помощью распатора. Сам лоскут удерживают тупым крючком. При операции на многокорневых зубах необходимо создание больших лоскутов (3,0-1,5см), которые позволяют лучше обозревать операционное поле, меньше травмировать ткани во время работы борами и фрезами.

3. Трепанацию кости проводят на альвеолярном отростке нижней челюсти, осуществляют бор-фрезой А.С.Иванова. При наличии узуры на поверхности альвеолярного отростка в области верхушки корня зуба шаровидным бором параллельно проекции корня делают канавки, углубляемые фиссурным бором. После этого фрезой увеличивают костный дефект до полного обнажения верхушки корня и патологического очага. Для правильного выбора места трепанации кости во избежание повреждения сосудисто-нервного пучка нижней челюсти или проникновения в верхнечелюстную пазуху, да и для экономного отношения к альвеолярной кости необходимо представлять

расположение верхушки корня зуба. Длина корня условно соответствует двум величинам высоты коронки. Трепанацию необходимо начинать чуть отступя от предполагаемой проекции верхушки корня, ближе к коронке на 1-2 мм.

4. Резекция верхушки корня зуба - фиссурным бором строго перпендикулярна оси корня зуба плавными горизонтальными движениями срезают верхушку корня. Затем делают вывих её на себя с помощью крючка для снятия зубных отложений.

5. После удаления верхушки выскабливают грануляционную ткань или оболочку кисты и патологически изменённые ткани с помощью угловых костных ложечек, экскаватора или двухсторонней острой ложечки. Фрезой сглаживают острые костные края раны и поверхность опиленного корня; После остановки кровотечения производят ретроградное пломбирование.

6. Ретроградное пломбирование. Целью ретроградного пломбирования является предотвращение проникновения микроорганизмов и их продуктов из корневого канала в периапикальную область, что достигается благодаря плотной герметизацией апикальной зоны.

Необходимость выполнения ретроградного пломбирования диктуется следующими показаниями:

1. Некачественно запломбированный корневой канал из-за применения ранее фосфат-цемента, использования резорцин-формалинового метода.
2. Некачественно запломбированный канал с наличием в нем металлического предмета: культевой вкладки, анкерного штифта, отломков эндодонтического инструмента.
3. Облитерация корневого канала вторичным дентином.
4. Чрезвычайно длинный и искривленный корневой канал, когда эндодонтическое лечение невозможно.
5. Каналы с апикальными дельтами, дельтовидные каналы.
6. Наличие металлокерамических или других коронок или несъемных конструкций.

После указанных этапов рану промывают 2% раствором перекиси водорода и зашивают с таким расчетом, чтобы линия швов располагалась на твердом костном основании. Швы обрабатывают.

При необходимости трепанационное отверстие в челюсти можно заполнить кровоостанавливающими препаратами (гемостатическая губка) и препаратами, улучшающими оптимизацию репаративного остеогенеза (хонсурид, гидроксилпатит).

В течение последних пяти лет американцы апробировали и стали широко использовать для ретроградного пломбирования материал «МК.Т» - минерал триоксид агрегат, который из-за своей дороговизны не получил у нас широкого распространения. Поиски доступного по цене и удовлетворяющего по физико-химическим свойствам материала позволяют обратить внимание на стеклоиономерные цементы химического отверждения, обладающим высоким уровнем адгезии к дентину и цементу корня зуба. Запечатывающая способность и антибактериальная активность у них гораздо лучше, чем у амальгамы и цинк-карбоксилантных цементов. По данным некоторых авторов, лучший эффект достигается при использовании стеклоиономерного цемента, а также отечественного стеклоиономерного цемента «Стеон». Эти материалы обладают следующими положительными свойствами:

- хорошей адгезией, что обеспечивает полную герметизацию;
- терпимостью к влажной среде во время полимеризации;
- отсутствием рассасывания.

Общепринятая методика ретроградного пломбирования заключается в поэтапном запечатывании - пломбировании резецированной верхушки корня.

Методика ретроградного пломбирования заключается в следующем: с вестибулярной стороны альвеолярного отростка после проводниковой анестезии производится угловой или трапециевидный разрез слизистой оболочки и надкостницы по зубоальвеолярному краю либо отступая от него на 2 мм для предупреждения ретракции десны. Откидывается слизисто-надкостничный лоскут, обнажается альвеолярный отросток. Производится гранулэктомия или цистэктомия через узору в костной пластинке после ее

механического расширения либо после трепанации кортикальной пластинки в случае отсутствия узуры в области проекции верхушки корня. Резецируется с помощью фиссурного бора верхушка зуба под углом 45°.

После резекции верхушки корня образовывается гладкая поверхность, обращенная к врачу. Она должна быть достаточно широкой, чтобы можно было сформировать полость по I классу. Ширина ткани корня вокруг полости не менее 2 мм. Если созданный скос недостаточен для выполнения данной манипуляции (как это бывает со многими молярами), то необходимо еще более укоротить корень. Затем колесовидным и обратноконусовидным бором обрабатывается устье канала корня зуба и создается ретенционный пункт. Препаровку полости желательно осуществлять по оси наибольшей длины зуба, с целью избежания перфорации при создании ретенционных пунктов. В зависимости от угла резекции оптимальной является глубина 1,0, 2,1 и 2,5 мм при углах резекции соответственно 90, 30 и 45 градусов. Окончательная форма полости в большей степени зависит от анатомии раскрывшегося основного канального пространства.

В связи с тем, что медиально-щечный корень первого верхнего моляра в 50% случаев имеет вторые каналы, то после резекции верхушки необходимо тщательное ее обследование.

Если поперечный срез корня овальный или в виде гантели, то он имеет два канала. Тогда на верхушке делают не одно круглое отверстие, а два или одно овальное, охватывающее оба канала. Если корень сильно изогнут, то после резекции под углом 45 градусов можно не обнаружить канал корня. В этом случае следует укорачивать корень до тех пор, пока не будет обнаружен его канал.

В дальнейшем проводится антисептическая обработка в области костного дефекта и гемостаз. Гемостатический препарат "Каталюгем".

Сформированная полость в области верхушки корня высушивается, протравливается, затем промывается, после чего вновь высушивается воздухом и бумажными адсорбентами.

После этого тонкой гладилкой вносится замешанный стеклоиономерный цемент химического отверждения и конденсируется штопфером. На 4-5 минут полость оставляется под сухим марлевым тампоном для окончания процесса полимеризации. Костная полость повторно обрабатывается раствором антисептика. Убирается излишек пломбировочного материала. Дефект альвеолярного отростка заполняется остеопластическим материалом направленного действия на основе гидроксиалатита («Колалол», «Коллапан», «Остим-ЮО», «Гапкол»). Лоскут укладывается наместо и ушивается узловыми швами.

Биоактивный материал Коллапан содержит однородную композицию особо чистого гидроксиалатита и коллагена специальной обработки с введением антимикробных средств.

Состав препарата:

Искусственный гидроксиалатит, коллаген, лекарственное вещество (линкомицина гидрохлорид, гентамицина сульфат, метронидазол, клафоран, диоксидин, рифампицин, изониазид).

Препарат является эффективным средством для лечения заболеваний; связанных с патологией костной ткани.

- ПОЛНОСТЬЮ замещается костной тканью БЕЗ образования фиброзной прослойки.
- Активно стимулирует остеогенез.
- Значительно усиливает репаративные процессы в поврежденных тканях.
- Способствует быстрому заживлению и восстановлению костной структуры.
- Обладает противовоспалительным действием.
- Создает антимикробный фон в ране за счет пролонгированного выделения лекарственного средства в течении 20 суток.
- Отсутствие побочных эффектов и осложнений

В послеоперационном периоде отсутствуют цианоз и гиперемия слизистой, послеоперационный отек слабо выражен. Препарат обладает высокой биосовместимостью. Не вызывает воспаления, отторжения, аллергических реакций. Противопоказания не выявлены.

В послеоперационном периоде проводится эвакуация сукровичного содержимого из раны между швами (в течение 2-3 суток) и лазеротерапия. Швы снимаются на 5-8 сутки.

С целью сохранения зуба применяют также гемисекцию, ампутацию корня зуба и коронко-радикулярную сепарацию.

Лечение хронических периодонтитов методами частичного сохранения коронки зуба и целости его периодонта выполняют на многокорневых зубах при непроходимости одного из каналов корней зуба, наличие в его верхушечном периодонте воспалительного процесса и при значительном разрушении коронки зуба в области пораженного корня.

При этом сохраняющийся корень должен быть: устойчивым, его канал проходимым, в области верхушки корня не должно быть патологических изменений. атрофия альвеолярного отростка на уровне такого зуба не должна превышать 1-й степени.

Коронко-радикулярную сепарацию проводят на молярах нижней челюсти в случае расположения патологического воспалительного процесса в области бифуркации корней зуба и вершины межкорневой перегородки альвеолы. Зуб рассекают на две части и осуществляют некротомию. Каждый сегмент зуба покрывают спаянными коронками, восстанавливая его функцию.

Гемисекция корня зуба - отсечение и удаление от зуба одного из его корней вместе с прилежащей к нему частью зуба. Эту операцию выполняют на молярах нижней и верхней челюстях, реже на премолярах верхней челюсти. Операцию можно проводить с отслаиванием и без отслаивания слизисто-надкостничного лоскута. Последняя методика более травматичная, не обеспечивает хорошего обзора операционного поля и поэтому применяется редко.

Методика и этапы операции:

1. Выполняют разрез и отслаивают слизисто-надкостничный лоскут так чтобы обеспечить хороший обзор операционного поля, особенно в области бифуркации корня зуба.
2. С помощью алмазного диска и тонких фиссурных боров рассекают коронку зуба через бифуркационную зону так, чтобы не травмировать межкорневую перегородку и стенки альвеолы.
3. Щипцами удаляют один из корней зуба вместе с прилежащей к нему коронковой частью. Люксационные движения должны быть легкими, лучше производить ротационные движения. Если при удалении корня зуба используют элеватор, то должна быть правильно выбрана точка опоры. Элеватор не должен опираться на межзубную перегородку, которая должна быть сохранена. Дал ее проводят кюретаж лунки.
4. Гемостаз.
5. С помощью алмазных фасонных головок и боров сглаживают нависающие края прилежащей к ране коронковой части зуба.
6. Окончательный гемостаз и туалет раны.
7. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают в правильное положение и рану зашивают наглухо. Хорошие результаты дает также заполнение альвеолы удаленного корня биоматериалом на основе гидроксиапатита и коллагена. В тех случаях, когда удаление корня, не подлежащему лечению, представляет трудности, следует откинуть слизисто-надкостничный лоскут и провести гингивотомию. Если патологический очаг расположен в области расхождения корней, особенно при перфорации в этом участке, то сепарацию коронки и корня следует проводить за пределами этого участка(чаще всего в области между щечными корнями верхних моляров или медиальным и дистальным корнями нижних моляров).В альвеолу удаленного зуба и на поверхности кости у шейки зуба укладывают биоматериал и рану зашивают наглухо.
8. На рану накладывают стерильный марлевый шарик на 10-15 минут.

Ампутация корня зуба - отсечение и удаление целого корня зуба в месте его отхождения от бифуркации (трифуркации) без нарушения целостности коронковой

части зуба. Эту операцию проводят на молярах верхней челюсти в различных вариантах: удаление одного или обоих щечных корней или одного небного корня. Реже эту операцию проводят на премолярах верхней челюсти, когда удаляют один из корней.

Методика и этапы операции:

1. Выполняют углообразный или трапециевидной формы разрез с одной из сторон альвеолярного отростка верхней челюсти или только с вестибулярной стороны альвеолярной части нижней челюсти с таким расчетом, чтобы он перекрывал будущий участок остеотомии. Отслаивают слизисто-надкостничный лоскут так, чтобы создать более удобный доступ к ампутируемому корню и бифуркации (трифуркации) корня зуба.
2. Гемостаз.
3. Тонким фиссурным (алмазным, твердосплавным) бором проводят удаление части альвеолы в области ампутируемого зуба.
4. Отпиливают корень зуба и удаляют его щипцами или элеватором. Движение щипцами только ротационные.
5. В области лунки корня удаленного зуба проводят кюретаж.
6. Алмазными борами, фасонными головками, фрезами выравнивают нависающие края зуба в области его шейки и альвеолы.
7. Осуществляют гемостаз и туалет раны, при необходимости производят ретроградное пломбирование вместе удаления корня зуба стеклоиономерным цементом.
8. Промывают рану, устанавливают слизисто-надкостничный лоскут в прежнее положение и фиксируют его кетгутовыми или полиамидными швами. Коронко*радикул ярная сепарации- рассечение коронки зуба на две части в обьящщц|^::^ бифуркации с последующим кюретажем. Эту операцию выполняют на молярах нижней челюсти.

Методика и этапы операции:

1. Делают разрез и отслаивают слизисто-надкостничный лоскут так, чтобы

обеспечить хороший обзор места бифуркации.

2. С помощью алмазных дисков, боров и фасонных головок распиливают зуб пополам и сглаживают нависающие края коронковых частей зуба.

3. Проводят кюретаж в области бифуркации корня зуба.

4. Гемостаз и туалет раны.

5. Лоскут укладывают в прежнее положение и фиксируют его швами.

6. На рану стерильный марлевый шарик на 10-15 минут.

Оптимальной областью для использования метода хирургического лечения с сохранением коронки зуба и нарушением целостности его периодонта (реплантация зуба)

являются коренные зубы нижней челюсти. Наличие в этой области толстой компактной пластинки альвеолярного отростка (внутренней-2,1-2,3мм; наружной-2,3-3,4мм) обеспечивает хорошую сохранность и целостность альвеолы и межкорневой перегородки в момент удаления зуба, а в дальнейшем - хорошую фиксацию и стабилизацию реплантата в собственной альвеоле. При этом зуб может иметь подвижность I - III степеней, но разрушение коронковой части зуба должно превышать 30%, а атрофия альвеолярного отростка должна быть не более I - II степени. При этом корни реплантируемого зуба не должны быть тонкими, расходящимися и не должны иметь искривления.

Острый верхушечный периодонтит.

При лечении острого периодонтита необходимо создать свободный отток экссудата из периапикальной области. Это в большинстве случаев приводит к стиханию воспалительного процесса, предотвращает распространение его на окружающие ткани, уменьшает боль, нормализует общее состояние больного. Если пораженный зуб не сильно разрушен кариозным процессом и в дальнейшем может быть вылечен и запломбирован, то дренирование воспалительного очага производят через канал корня.

В случаях, когда дренировать гнойник в периодонте через*канал корня не удастся или зуб сильно разрушен и сохранение его не целесообразно, зуб удаляют; отток экссудата происходит через лунку. Если гнойный периодонтит сопровождается ограниченным серозным периоститом, показано рассечение

инфильтрированного участка слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке у пораженного зуба. Это снимает напряжение в воспалительных тканях и создает условия для оттока серозного экссудата. Стиханию воспалительных явлений способствует введение 5-10 мл 0,5-% раствора лидокаина или тримекаина под слизистую оболочку рта по переходной складке по типу инфильтрационной анестезии. По показаниям проводят антибактериальную терапию. В целях уменьшения болей и других проявлений воспалительного процесса назначают анальгин, ацетилсалициловую кислоту по 0,25-0,5 г 2-3 раза в день или комбинацию этих средств. У ослабленных больных с выраженными явлениями интоксикации можно применить лечение антибиотиками (эритромицин, канамицин по 250000 ЕД 4-6 раз в сутки, индометацин, вольторен в дозе 0,25 г 3-4 раза в сутки). Купированию воспаления способствуют полоскания рта теплым раствором 1-2% раствором бикарбоната натрия и физические методы воздействия (соллюкс УВЧ и микроволновая терапия.) При выраженном болевом синдроме хороший эффект оказывают диадинамические и синусоидальные модулированные токи, гелий-неоновые или полупроводниковые инфракрасные лазеры.

Список литературы

1. Безруков В.М., Григорьянц Л.А., Рабухина Н.А. Амбулаторная хирургическая стоматология // Руководство для врачей. М.: Мед. информагентство, 2004. - 108 с.
2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: Учеб. пособие. – 2003. – 504 с.
3. Соловьёв М.М. Пропедевтика хирургической стоматологии: Учеб. Пособие / М.: Медпресс-информ. - 4-е изд. - 2013. – 264 с.
4. Чудаков О.П., Черченко Н.Н., Гузерова Н.Ф. Дентальная хирургия в работе врача-стоматолога общей практики. Методические
5. Phillips C, White RP, Jr., Shugars DA, Zhou X: Risk factors associated with prolonged recovery and delayed healing after third molar surgery. J Oral Maxillofac Surg 61:1436, 2003 129.