**II II II**

**9.ЗАЖИВЛЕНИЕ РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА**

После удаления зуба рана заживает вторичным натяжением.

Вследствие сокращения отслоенной круговой связки зуба происходит

сближение краев десны. Одновременно начинается организация кро-

вяного сгустка в лунке, замещение его грануляционной, затем ос-

теоидной тканью. Процесс нормального заживления лунки протекает

безболезненно. На 3-4-й день начинается развитие грануляционной

ткани и к 14-му дню альвеола заполнена созревающей грануляци-

онной тканью. В последующем в сроки от 1 до 4 мес происходит

образование остеоидной, а затем костной ткани. Одновременно с

образованием костной ткани идет рассасывание краев лунки при-

близительно на 1/3 длины корня.

При отсутствии сгустка крови лунка заживает путем образования

грануляционной ткани со стороны костных стенок лунки. Постепенно

края десны над ней сближаются, лунка заполняется грануляционной,

затем остеоидной тканью. В дальнейшем процесс образования кости

происходит так же, как было описано выше.

При наличии воспалительных явлений в альвеоле при трав-

матическом удалении зуба с разрывом десны и повреждением

стенок лунки эпителизация раны происходит медленнее (30—

40 сут), и только через 1 1/2—2 мес большая часть лунки запол-

няется остеоидной тканью, которая постепенно превращается в

зрелую кость.

**10,13. *Луночковая послеоперационная боль***

После удаления зуба и прекращения действия анестетика в ране

возникает незначительная боль. Выраженность ее зависит от ха-

рактера травмы. Болевые ощущения чаще всего быстро проходят.

Однако иногда через 1—3 дня после операции появляется резкая

боль в области лунки удаленного зуба. Больные не спят ночами,

принимают анальгетики, но боль не прекращается. Такая острая

боль чаще всего является следствием нарушения нормального про-

цесса заживления лунки зуба и развития в ней воспаления —

альвеолита, реже — ограниченного остеомиелита лунки зуба. Кроме

того, боль может быть обусловлена оставшимися острыми краями

лунки или обнаженным, не покрытым мягкими тканями участком

кости альвеолы.

**Альвеолит.** Альвеолит — воспаление стенок лунки — развивается

часто после травматично проведенной операции, снижающей за-

щитные свойства тканей. Возникновению его способствуют: протал-

кивание в лунку во время операции зубных отложений или содер-

жимого кариозной полости зуба; наличие оставшейся в ней пато-

логической 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.

Причиной альвеолита может стать инфекция, находящаяся в

лунке, когда зуб удаляют по поводу острого и обострившегося

хронического периодонтита или осложненного пародонтита. Пред-

располагающим фактором является снижение общей иммунологи-

ческой 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 глу-

бокие слои кости, развивается ограниченный острый остит. Иногда

воспалительный процесс альвеолы приобретает гнойно-некротиче-

ский характер, возникает ограниченный остеомиелит лунки зуба.

*Клиническая картина*. 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 некоторых случаях сгусток в ней

совсем отсутствует. В лунке имеются остатки пищи, слюна, стенки

ее обнажены. Слизистая оболочка края десны красного цвета, при-

косновение к ней в этом месте болезненно.

При дальнейшем развитии воспалительного процесса боль уси-

ливается, становится постоянной, иррадиирует в ухо, висок, соот-

ветствующую половину головы. Ухудшается общее состояние боль-

ного, 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. Поднижнече-

люстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Иногда по-

является небольшая отечность мягких тканей лица. Альвеолит в

свою очередь может вызвать ряд осложнений: периостит и остео-

миелит челюсти, абсцесс, флегмону, лимфаденит.

*Лечение*. После выполненного местного обезболивания пере-

ходят к обработке раны. С помощью шприца с затупленной иглой

струей теплого раствора антисептика (перекись водорода, фура-

цилин, хлоргексидин, этакридин лактат, перманганат калия) вы-

мывают из лунки зуба частицы распавшегося сгустка крови, пищу,

слюну. Затем острой хирургической ложечкой осторожно (чтобы

не травмировать стенки лунки и не вызвать кровотечение) удаляют

из нее остатки разложившегося сгустка крови, грануляционной

ткани, осколки кости, зуба. После этого лунку вновь обрабатывают

раствором антисептика, высушивают марлевым тампоном, припуд-

ривают порошком анестезина и закрывают повязкой из узкой

полоски марли, пропитанной йодоформной жидкостью. В качестве

повязки на лунку используют биологический антисептический там-

пон, губку гемостатическую с гентамицином или канамицином,

пасты с антибиотиками. Повязка защищает лунку от механиче-

ских, химических и биологических раздражителей, действуя од-

новременно антимикробно.

В начальной стадии альвеолита после такой обработки боль в

лунке не возобновляется. Воспалительный процесс спустя 2—3 дня

купируется. При развившемся альвеолите и сильной боли после

антисептической и механической обработки лунки в нее вводят

полоску марли, пропитанную препаратами, обладающими антибак-

териальным и анестезирующим действием: жидкость камфорофено-

ла, 10% спиртовой раствор прополиса. Эффективным средством

воздействия на микрофлору и воспалительную реакцию является

введение в лунку тетрациклин-преднизолонового конуса.

Для очищения лунки зуба от некротического распада используют

протеолитические ферменты. Полоску марли, обильно смоченную

раствором кристаллического трипсина или химотрипсина, помещают

в лунку. Действуя на денатурированные белки и расщепляя омертвевшую ткань, они очищают раневую поверхность, ослабляют воспалительную реакцию.

Как средство патогенетической терапии применяют лидокаиновую, новокаиновую или тримекаиновую блокаду. В мягкие ткани,

окружающие воспаленную лунку зуба, вводят 5—10 мл 0,5% раствора анестетика. В некоторых случаях блокируют соответствующий

нерв на всем его протяжении.

Если боль и воспалительные явления сохраняются, через 48 ч

блокаду повторяют.

Применяют один из видов физического лечения: флюктуориза-

цию, УВЧ, микроволновую терапию, локальное ультрафиолетовое

облучение, лучи гелий-неонового лазера. Рекомендуют 4—6 раз в

день ванночки для полости рта с теплым (40—42°С) раствором

перманганата калия (1:3000) или 1—2% раствором гидрокарбоната

натрия. Внутрь назначают сульфаниламидные препараты, анальге-

тики, витамины.

В случае дальнейшего развития заболевания и при существовании

угрозы распространения воспалительного процесса на окружающие

ткани проводят антибиотикотерапию.

Местное воздействие на воспалительный очаг (обработка лунки

антисептиками и смена повязки) проводят ежедневно или через

день до полного прекращения боли. Через 5—7 дней стенки лунки

покрываются молодой грануляционной тканью, но воспалительные

явления в слизистой оболочке десны еще сохраняются. Через 2 нед

десна приобретает нормальную окраску, исчезает отек, лунка заполняется грануляционной тканью, начинается ее эпителизация.

В дальнейшем процесс заживления лунки идет так же, как при

отсутствии осложнения. Когда в стенках лунки развивается гной-но-некротический воспалительный процесс, то, несмотря на активное

лечение альвеолита, боль и воспалительные явления не прекраща-

ются. Это свидетельствует о развитии более тяжелого осложнения —

ограниченного остеомиелита лунки зуба.

**17,12. перфорация дна верхнечелюстной**

пазухи может произойти во время удаления верхних больших, ре-

же - малых коренных зубов. Этому способствуют анатомические осо-

бенности взаимоотношения между корнями этих зубов и дном верх-

нечелюстной пазухи. При пневматическом типе строения пазухи вер-

хушки корней больших и малых коренных зубов отделены от ее дна

тонкой костной перемычкой. В области первого и второго больших ко-

ренных зубов толщина ее бывает 0,2-1 мм. Иногда верхушки корней

этих зубов вдаются в пазуху и выступают над ее дном.

В результате хронического периодонтита кость, отделяющая корни

зубов от верхнечелюстной пазухи, рассасывается, ткань патологиче-

ского очага спаивается с ее слизистой оболочкой. При удалении такого

зуба слизистая оболочка пазухи разрывается, образуется сообщение

ее с полостью рта через лунку удаленного зуба.

Перфорация дна верхнечелюстной пазухи может произойти и

по вине врача. Это бывает при травматичном удалении зуба щипцами

или элеватором, разъединении корней в области бифуркации долотом, а также во время обследования лунки хирургической ложкой, когда ее грубо продвигают вверх, пытаясь с усилием удалить грануляционную ткань со дна лунки.

В случае прободения верхнечелюстной пазухи из лунки удаленного зуба выделяется кровь с пузырьками воздуха. Во время выдоха через нос, зажатый пальцами, воздух со свистом выходит из лунки.

Хирургическая ложка беспрепятственно погружается на большую глубину. В отдельных случаях наблюдается кровотечение из соответствующей половины носа. При наличии гнойного процесса в пазухе из лунки зуба выделяется гной.

**При вскрытии верхнечелюстной пазухи** и отсутствии в ней воспалительного процесса следует добиться образования в лунке кровяного сгустка. Для предохранения его от механического повреждения и инфицирования лунку прикрывают йодоформной турундой.

Для удержания ее можно изготовить каппу из быстротвердеющей

пластмассы или наложить лигатурную в виде восьмерки повязку на

два соседних зуба. Используют также съемный протез больного.

Если сгусток в лунке сразу не образовался, то на устье ее

накладывают небольшой йодоформный тампон и фиксируют его

щелковыми швами к краям десны или делают каппу.

Через несколько часов после операции лунка заполняется кровью,

образуется сгусток. Тампон сохраняется 5-7 дней. В этот период

сгусток в лунке организуется, разорванная слизистая оболочка пазухи спаивается и начинает рубцеваться.

Тампонада всей лунки при прободении дна верхнечелюстной

пазухи является грубой ошибкой, так как тампон препятствует

образованию кровяного сгустка и поэтому способствует формированию постоянного хода в пазуху и развитию синуита.

При значительном дефекте дна верхнечелюстной пазухи добиться

образования сгустка в ране не удается. В этом случае стенки лунки

частично скусывают или спиливают фрезой, сглаживают острые

выступы кости, края десны над лункой сближают и ушивают наглухо,

без натяжения шелковыми или капроновыми швами.

Если таким путем ушить лунку не удается, производят пластическое

закрытие дефекта местными тканями. С наружной стороны альве-

олярного отростка выкраивают и отделяют от кости слизисто-над-

костничный лоскут трапециевидной формы. После ис-

сечения слизистой оболочки вокруг лунки удаленного зуба и рассечения надкостницы у основания лоскута его перемещают на область дефекта и подшивают к слизистой оболочке неба и краям раны. Для создания лучших условий заживления раны ее покрывают тонким слоем йодоформной марли

и надевают предварительно изготовленную защитную пластинку из

быстротвердеющей пластмассы.

Проведение описанных мероприятий не приводит к устранению

перфорации, если в верхнечелюстной пазухе имеется воспалительный процесс.

**8. Местные причины.** В большинстве случаев первичное кро-

вотечение возникает из сосудов мягких тканей и кости вследствие

травматично проведенной операции с разрывом или размозжением

десны и слизистой оболочки полости рта, отломом части альвеолы,

межкорневой или межальвеолярной перегородки. Кровотечение из

глубины лунки обычно связано с повреждением сравнительно круп-

ной зубной веточки нижней альвеолярной артерии. Обильным кро-

вотечением может сопровождаться удаление зуба при развившемся

в окружающих тканях остром воспалительном процессе, так как

сосуды в них расширены и не спадаются.

У некоторых больных после удаления зуба под влиянием действия

адреналина, применяемого вместе с анестетиком при обезболивании,

наступает раннее вторичное кровотечение. Вначале адреналин вы-

зывает сокращение стенок артериол в ране, но через 1—2 ч наступает

вторая фаза его действия — расширение сосудов, вследствие чего

и может возникнуть кровотечение. Позднее вторичное кровотечение

из лунки происходит через несколько дней после удаления зуба.

Оно связано с развитием воспалительного процесса в ране и гнойным

расплавлением организующихся тромбов в сосудах, поврежденных

во время операции.

Общие причины. Длительные кровотечения после удаления

зуба бывают при заболеваниях, характеризующихся нарушением

процесса свертывания крови или нарушениями сосудистой системы.

К ним относятся геморрагические диатезы: гемофилия, тромбоци-

топеническая пурпура (болезнь Верльгофа), геморрагический вас-

кулит, геморрагический ангиоматоз (болезнь Рендю — Ослера),

ангиогемофилия (болезнь Виллебранда), С-авитаминоз; заболева-

ния, сопровождающиеся геморрагическими симптомами: острый лей-

коз, инфекционный гепатит, септический эндокардит, сыпной и

брюшной тиф, скарлатина и др.

Процесс свертывания крови нарушается у больных, получающих

антикоагулянты непрямого действия, подавляющие функцию обра-

зования протромбина печенью (неодикумарин, фенилин, синкумар),

а также при передозировке антикоагулянта прямого действия —

гепарина. Склонность к кровотечению наблюдается у больных, стра-

дающих гипертонической болезнью.

В результате длительного кровотечения, вызванного местными

или общими причинами, и связанной с этим кровопотерей общее

состояние больного ухудшается, появляются слабость, головокруже-

ние, бледность кожных покровов, акроцианоз. Пульс учащается,

может снизиться артериальное давление. Лунка удаленного зуба,

альвеолярный отросток и соседние зубы покрыты кровяным сгустком,

из-под которого вытекает кровь.

Местные способы остановки кровотечения. Пин-

цетом и хирургической ложкой удаляют кровяной сгусток, марле-

выми тампонами высушивают лунку и окружающие участки аль-

веолярного отростка. Осмотрев рану, определяют причину кровоте-

чения, его характер и локализацию.

Кровотечение из поврежденной слизистой оболочки чаще бывает

артериальным, кровь вытекает пульсирующей струей. Остановку

такого кровотечения производят путем наложения швов на рану и

сближения ее краев, перевязки сосуда или прошивания тканей. При

наложении швов на разорванную десну иногда приходится произ-

вести мобилизацию краев раны, отслоить от кости слизистую обо-

лочку вместе с надкостницей. Кровотечение из мелких сосудов

можно остановить электрокоагуляцией кровоточащего участка тка-

ней.

Кровотечение из стенок лунки, межкорневой или межальвеоляр-

ной перегородки останавливают, сдавливая кровоточащий участок

кости штыковидными или крампонными щипцами. Для введения

щечек щипцов в лунку удаленного зуба в некоторых случаях нужно

отслоить десну.

Для остановки кровотечения из глубины лунки производят ее

тампонаду различными средствами. Простым и наиболее доступным

методом является тугая тампонада йодоформной турундой. После

удаления сгустка крови лунку орошают раствором перекиси водорода

и высушивают марлевыми тампонами. Затем берут йодоформную

турунду шириной 0,5—0,75 см и начинают тампонировать лунку с

ее дна. Плотно придавливая и складывая турунду, постепенно за-

полняют лунку до краев (рис. 47). Если кровотечение возникло

после удаления многокорневого зуба, лунку каждого корня тампо-

нируют отдельно.

Для сближения краев раны и удерживания турунды в лунке поверх нее, отступя от края десны на 0,5—0,75 см, накладывают швы. Сверху на лунку помещают сложенную марлевую салфетку или несколько тампонов и просят больного сжать зубы. Через 20—30 мин марлевую салфетку или тампоны убирают и при отсутствии кровотечения отпускают больного. Если кровотечение продолжается, лунку вновь тщательно тампонируют.

Турунду из лунки извлекают только на 5—6-й день, когда начинается гранулирование ее стенок. Преждевременное

удаление турунды может привести к повторному кровотечению.

Помимо йодоформной турунды, лунку можно тампонировать био-

логическим тампоном, кровоостанавливающей марлей ≪Оксицело-

декс≫, а также марлей, пропитанной раствором тромбина, гемофо-

бина, эпсилон-аминокапроновой кислоты или препаратом капрофер.

Хороший гемостатический эффект дает введение в лунку рассасы-

вающихся биологических гемостатических препаратов, приготовлен-

ных из крови человека (гемостатическая губка, фибринная пленка),

крови и ткани животных (гемостатическая коллагеновая губка, же-

латиновая губка ≪Кровостан≫, губка антисептическая с гентамици-

ном или канамицином, гемостатическая губка с амбеном).

При позднем вторичном кровотечении удаляют распавшийся кро-

вяной сгусток из лунки, орошают ее антисептическим раствором,

высушивают и заполняют каким-нибудь гемостатическим препара-

том. Предпочтительно в этих случаях использовать губку антисеп-

тическую с канамицином или гентамицином, обладающую гемоста-

тическими и противомикробными свойствами.

Общие способы остановки кровотечения. Одновре-

менно с остановкой кровотечения местными способами применяют

средства, повышающие свертывание крови. Их назначают после

определения состояния свертывающей и противосвертывающей си-

стем крови (развернутая коагулограмма). В экстренных случаях, до

получения коагулограммы, внутривенно вводят 10 мл 10% раствора

кальция хлорида или 10 мл 10% раствора глюконата кальция, или

10 мл 1% раствора амбена. Одновременно с этими препаратами

вводят внутривенно 2—4 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты.

В дальнейшем общую гемостатическую терапию проводят целенап-

равленно, исходя из показателей коагулограммы.

При кровотечении, связанном с низким содержанием протром-

бина в результате нарушения его синтеза печенью (гепатит, цирроз),

назначают аналог витамина К — викасол. Внутримышечно вводят

1 мл 1% раствора этого препарата 1—2 раза в день, внутрь — по

0,015 г 2 раза в день. При повышенном уровне фибринолитической

активности крови назначают эпсилон-аминокапроновую кислоту внутрь по 2—3 г 3—5 раз в день или внутривенно капельно по

100 мл *5%* раствора.

При повышенной проницаемости сосудистой стенки и кровоте-

чении, связанном с передозировкой антикоагулянтов, целесообразно

назначать внутрь рутин (содержит витамин Р) по 0,02—0,05 г 2—3

раза в день.

Быстрым кровоостанавливающим действием отличается дицинон.

После внутривенного введения 2 мл 12,5% раствора препарата

гемостатический эффект наступает через 5—15 мин. В последующие

2—3 дня его вводят по 2 мл внутримышечно или дают внутрь по

0,5 г через 4—6 ч.

Больным, страдающим гипертонической болезнью, одновременно

с остановкой кровотечения местными средствами проводят гипотен-

зивную терапию. После снижения артериального давления крово-

течение у них быстро прекращается.

При обильном и длительном кровотечении, не прекращающемся

несмотря на проведенные общие и местные гемостатические лечеб-

ные мероприятия, показана срочная госпитализация больного. В ста-

ционаре тщательно осматривают послеоперационную рану и в за-

висимости от источника кровотечения проводят остановку его опи-

санными ранее местными средствами. В соответствии с показателями

коагулограммы осуществляют общую гемостатическую терапию. Вы-

раженное гемостатическое действие оказывает прямое переливание

крови или переливание свежецитратной крови.

**18. Удаление зубов больным** с геморрагическими диатезами проводят

в условиях стационара. Подготовку их к операции осуществляют

совместно с гематологом. Под контролем коагулограммы назначают

средства, нормализующие показатели гемостаза. При гемофилии

вливают антигемофильную плазму, криопреципитат или антигемо-

фильный глобулин, свежецитратную кровь; при тромбопении —

тромбоцитарную взвесь, цельную кровь, витамины К и С. Изготов-

ляют пластмассовую защитную пластинку.

Удаление зуба у таких больных стремятся выполнить с наимень-

шей травмой кости и окружающих мягких тканей. После удаления

зуба лунку тампонируют гемостатической губкой, антисептической

гемостатической губкой или сухой плазмой, накладывают защитную

пластинку. Прошивать края десны для удержания в лунке гемоста-

тических препаратов не рекомендуется, так как проколы слизистой

оболочки являются дополнительным источником кровотечения.

В послеоперационном периоде продолжают общую терапию, на-

правленную на повышение свертываемости крови (трансфузии кро-

ви, антигемофильной плазмы, криопреципитата, аминокапроновой

и аскорбиновой кислот, назначение кальция хлорида, гемофобина,

рутина, викасола). Гемостатические препараты в лунке оставляют

до полного ее заживления. Таким больным не следует удалять

одновременно несколько зубов.

Оказание неотложной хирургической стоматологической помощи

больным с геморрагическими диатезами проводят только в условиях

стационара. Предоперационная подготовка предусматривает полный

объем общих гемостатических мероприятий. После операции кро-

вотечение останавливают общими и местными средствами.

**11. ОБРАБОТКА РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И УХОД ЗА НЕЙ**

После извлечения зуба из лунки следует осмотреть его и убедиться, что все корни зуба и их части удалены полиостью. Затем небольшой острой хирургической ложечкой обследуют вначале дно лунки и удаляют разрастания патологической грануляционной ткани или оставшуюся гранулему, а также попавшие туда во время удаления осколки кости или зуба. Затем проверяют целостность стенок лунки. Если какой-то участок стенки лунки оказывается подвижным, то его отделяют от надкостницы хирургической ложечкой или гладилкой и, захватив анатомическим пинцетом, извлекают. Иногда приходится удалять отломанную межкорневую или межальвеолярную перегородку. После этого проверяют состояние слизистой оболочки альвеолярного отростка. Отслоенную во время операции десну укладывают на место, значительно поврежденные участки ее отсекают, разорванные края слизистой оболочки сближают, накладывают

швы. Убеждаются в отсутствии выступающих, не покрытых слизистой оболочкой участков кости и острых краев лунки. Выступающие

над слизистой оболочкой участки кости скусывают щипцами или

костными кусачками. Острые края альвеолы отделяют от десны

и сглаживают хирургической ложечкой, распатором или гладилкой.

При вывихивании зуба наружная и внутренняя стенки лунки

немного смещаются в стороны, и вход в нее широко зияет. Для

сближения краев десны и придания стенкам лунки первоначального

положения их сдавливают с двух сторон пальцами через марлевую

салфетку или марлевые тампоны. При удалении нескольких рядом

стоящих зубов десна в межзубных промежутках часто разрывается

и образуется большая раневая поверхность. Для сближения краев

раны и уменьшения ее размеров на десневые сосочки, а иногда и

на края десны накладывают швы.

Rp.: Iodoformii

Glycerini aa 10,0

Spiritus aethylici 5,0

Aetheris medicinalis **40,0**

M. D. S. Для приготовления йодоформной марли

После удаления зуба в результате разрыва сосудов в тканях,

окружающих его корень, из лунки происходит небольшое кровотечение. Оно обычно останавливается через 2—5 мин, кровь свертывается, лунка заполняется кровяным сгустком, защищающим ее от

попадания инфекции из полости рта. В некоторых случаях лунка

не заполняется кровью, тогда в нее рыхло вводят полоску йодоформной марли. Удаляют марлю на 5—7-й день, когда стенки лунки

покрываются грануляционной тканью.

Для того чтобы предохранить кровяной сгусток от повреждения

и не вызвать кровотечение, больному рекомендуют не принимать

пищу и не полоскать рот в течение 3—4 ч. В день операции нельзя

употреблять горячее питье и пищу, принимать тепловые процедуры,

заниматься тяжелым физическим трудом.

Удаление зуба сопряжено с травмой окружающих его тканей,

поэтому через 2 ч после операции возникает незначительная боль,

которая чаще всего вскоре проходит без лечения. После травматично

выполненной операции боль носит более интенсивный и продолжительный характер. В этих случаях назначают анальгетики.

Больного предупреждают о необходимости соблюдения гигиены

полости рта. В течение 2—3 дней после удаления зуба он должен

полоскать рот слабым теплым раствором перманганата калия (1 :

3000) или 1—2 *%* раствором гидрокарбоната натрия после каждого

приема пищи и на ночь. Зубы можно чистить щеткой, не касаясь

послеоперационной раны.

**ЗАЖИВЛЕНИЕ РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА**

После удаления зуба рана заживает вторичным натяжением.

Вследствие сокращения отслоенной круговой связки зуба происходит

сближение краев десны. Одновременно начинается организация кровяного сгустка в лунке, замещение его грануляционной, затем остеоидной тканью. Процесс нормального заживления лунки протекает

безболезненно. На 3—4-й день начинается развитие грануляционной

ткани и к 14-му дню альвеола заполнена созревающей грануляционной тканью. В последующем в сроки от 1 до 4 мес происходит

образование остеоидной, а затем костной ткани. Одновременно с

образованием костной ткани идет рассасывание краев лунки приблизительно на 1/з длины корня.

При отсутствии сгустка крови лунка заживает путем образования

грануляционной ткани со стороны костных стенок лунки. Постепенно

края десны над ней сближаются, лунка заполняется грануляционной,

затем остеоидной тканью. В дальнейшем процесс образования кости

происходит так же, как было описано выше.

При наличии воспалительных явлений в альвеоле при травматическом удалении зуба с разрывом десны и повреждением тенок лунки эпителизация раны происходит медленнее (30-40 сут), и только через 1-2 мес большая часть лунки заполняется остеоидной тканью, которая постепенно превращается в

зрелую кость.