

УДК 616.314.14-089.87-06-009.7-079.4-08 (043.3)  
DOI <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2025-55-1.2>

**Ель-Хамад Діма Ходр,**

аспірант кафедри ортодонції, ортопедичної  
та хірургічної стоматології,  
Харківський національний медичний університет,  
пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, індекс 61022,  
[dkelkhamad.po24@knmu.edu.ua](mailto:dkelkhamad.po24@knmu.edu.ua)

**Е.Д. Діасамідзе,**

кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри  
ортодонції, ортопедичної та хірургічної стоматології,  
Харківський національний медичний університет,  
пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, індекс 61022,  
[ed.diasamidze@knmu.edu.ua](mailto:ed.diasamidze@knmu.edu.ua)

**С.А. Гордієнко,**

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри  
ортодонції, ортопедичної та хірургічної стоматології,  
Харківський національний медичний університет,  
пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, індекс 61022,  
[sa.hordienko@knmu.edu.ua](mailto:sa.hordienko@knmu.edu.ua)

**О.В. Мовчан,**

кандидат медичних наук, доцент кафедри ортодонції,  
ортопедичної та хірургічної стоматології,  
Харківський національний медичний університет,  
пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, індекс 61022,  
[ov.movchan@knmu.edu.ua](mailto:ov.movchan@knmu.edu.ua)

**П.Ю. Варв'янський,**

асистент кафедри ортодонції, ортопедичної  
та хірургічної стоматології,  
Харківський національний медичний університет,  
пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, індекс 61022,  
[py.varvianskyi@knmu.edu.ua](mailto:py.varvianskyi@knmu.edu.ua)

## РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ АЛЬВЕОЛІТІВ ЯК ПІСЛЯЕКСТРАКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ МІСТА ХАРКОВА

**Мета дослідження.** На основі ретроспективного аналізу амбулаторних карт і журналів планових оперативних утручань у хірургічних відділеннях стоматологічних поліклінік міста Харкова вивчити структуру, причини та частоту виникнення альвеоліту як післяекстракційного ускладнення залежно від віку та статі пацієнтів. **Методи дослідження.** Був проведений ретроспективний аналіз 2 000 медичних карт стоматологічних хворих (форма 043/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України № 110 від 14 лютого 2012 року), журналів планових оперативних утручань та інших медичних записів, що містили інформацію про діагностику, лікування та

реабілітацію пацієнтів із захворюваннями зубощелепної системи за 2022–2024 роки, архівної бази в хірургічних відділеннях стоматологічних поліклінік міста Харкова. Вивчали й аналізували статі і вік пацієнтів, частоту виникнення альвеолітів як післяекстракційного ускладнення після хірургічних утручань, частоту виникнення та причини розвитку альвеоліту залежно від групової приналежності видаленого зуба, тяжкості операції, ретельно вивчали больовий синдром, який виникав після проведення хірургічного втручання. **Наукова новизна.** Проведено гендерний розподіл вибірки із 2 000 пацієнтів, які звернулися на амбулаторний хірургічний стоматологічний прийом, із яких жінки становили 60,7% (1 214 осіб), а чоловіки – 39,3% (786 осіб). Основним видом утручань було видалення зубів, яке виконали в 1 420 хворих (71%), загалом проведено 1 624 екстракції. Пацієнти віком понад 40 років становили 73% (1 460 осіб). Серед усіх видалень 81,2% були типовими, 18,8% – складними. У 13,2% випадків діагностували альвеоліт (214 випадків), переважно в жінок (55,3%) та на нижній щелепі (67,5%). Альвеоліт частіше виникав після видалення молярів (65,9%) і супроводжувався больовим синдромом, зокрема симптомами, схожими на невралгію трійчастого нерва (9%) чи дентальну плексалгію (15%). **Висновки.** 1. У 71% пацієнтів, які звернулися на амбулаторний хірургічний стоматологічний прийом, основним утручанням було видалення зуба. 2. Альвеоліт діагностовано у 13,2% випадків усіх екстракцій. 3. Частота і тяжкість клінічного перебігу альвеоліту залежали від стану причинного зуба, гігієни порожнини рота, віку, статі, характеру оперативного втручання та ступеня травматизації тканин. 4. Больова чутливість за альвеоліту зумовлена травматичними втручаннями в зубощелепний ділянку, що може спричиняти ушкодження гілок трійчастого нерва та розвиток дентальної плексалгії. Симптоматика, схожа на невралгію трійчастого нерва, спостерігалась у 9% пацієнтів з альвеолітом, а симптоми дентальної плексалгії – у 15%. 5. Отримані результати підтверджують актуальність досліджень щодо профілактики, диференціальної діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів із післяекстракційними ускладненнями.

**Ключові слова:** альвеоліт, екстракція, ретроспективний аналіз, біль.

**El-Khamad Dima,**

PhD Student of the Department of Orthodontics,  
Prosthetic and Surgical Dentistry,  
Kharkiv National Medical University,  
4 Nauky avenue, Kharkiv, Ukraine, postal code 61022,  
[dkelkhamad.po24@knmu.edu.ua](mailto:dkelkhamad.po24@knmu.edu.ua)

**E.D. Diasamidze,**

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,  
Head of the Department of Orthodontics, Prosthetic  
and Surgical Dentistry,  
Kharkiv National Medical University,  
4 Nauky avenue, Kharkiv, Ukraine, postal code 61022,  
[ed.diasamidze@knmu.edu.ua](mailto:ed.diasamidze@knmu.edu.ua)

**S.A. Hordiienko,**

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,  
Associate Professor of the Department of Orthodontics,  
Orthopedic and Surgical Dentistry,  
Kharkiv National Medical University,  
4 Nauky avenue, Kharkiv, Ukraine, postal code 61022,  
sa.hordiienko@knmu.edu.ua

**O.V. Movchan,**

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor  
of the Department of Orthodontics, Orthopedic  
and Surgical Dentistry,  
Kharkiv National Medical University,  
4 Nauky avenue, Kharkiv, Ukraine, postal code 61022,  
ov.movchan@knmu.edu.ua

**P.Yu. Varvianskyi,**

Assistant of the Department of Orthodontics,  
Orthopedic and Surgical Dentistry,  
Kharkiv National Medical University,  
4 Nauky avenue, Kharkiv, Ukraine, postal code 61022,  
py.varvianskyi@knmu.edu.ua

## RETROSPECTIVE ANALYSIS OF ALVEOLITIS AS A POST-EXTRACTION COMPLICATION IN DENTAL PATIENTS IN KHARKIV

**Purpose of the study.** To study the structure, causes and frequency of alveolitis as a post-extraction complication, depending on the age and sex of patients, based on a retrospective analysis of outpatient records and journals of planned surgical interventions in the surgical departments of dental clinics in Kharkiv. **Research methods.** A retrospective analysis of 2 000 medical records of dental patients (form 043/o, approved by the Order of the Ministry of Health of Ukraine № 110 of 14 February 2012), logs of planned surgical interventions and other medical records containing information on the diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with diseases of the dentition for 2022–2024, the archive database of surgical departments of dental clinics in Kharkiv was conducted. The following were studied and analysed: gender and age of patients, incidence of alveolitis as a post-extraction complication of surgery, incidence and causes of alveolitis depending on the group of the extracted tooth, severity of surgery, pain syndrome that occurred after surgery. **Scientific novelty.** The gender distribution of the sample of 2 000 patients who came for outpatient surgical dental care was carried out, of which women accounted for 60,7% (1 214 people) and men for 39,3% (786 people). The main type of intervention was tooth extraction, which was performed in 1 420 patients (71%), with a total of 1 624 extractions. Patients over 40 years of age accounted for 73% (1 460 people). Among all extractions, 81,2% were typical and 18,8% were complex. Alveolitis was diagnosed in 13,2% of cases (214 cases), mainly in women (55,3%) and in the mandible (67,5%). Alveolitis occurred more frequently after molar extraction (65,9%) and was accompanied by pain, including symptoms similar to trigeminal neuralgia (9%) or dental plexalgia (15%). **Conclusions.** 1. In 71%

of patients who came for outpatient dental surgery, the main intervention was tooth extraction. 2. Alveolitis was diagnosed in 13,2% of all extractions. 3. The frequency and severity of the clinical course of alveolitis depended on the condition of the causative tooth, oral hygiene, age, gender, type of the surgical intervention and the severity of tissue trauma. 4. Pain sensitivity in alveolitis is caused by traumatic interventions in the dentoalveolar region, which can cause damage to the branches of the trigeminal nerve and the development of dental plexalgia. Symptoms similar to trigeminal neuralgia were observed in 9% of patients with alveolitis, and symptoms of dental plexalgia – in 15%. 5. The obtained results confirm the relevance of research on the prevention, differential diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with post-extraction complications.

**Key words:** alveolitis, extraction, retrospective analysis, pain.

**Постановка проблеми.** Больовий синдром, що виникає після проведення хірургічних втручань у щелепно-лицевій ділянці, належить до досить частих післяопераційних ускладнень, це визначає необхідність вивчення цієї актуальної проблеми.

Дослідженню прозопалгій, або проблеми лицевого болю, присвячено чимало наукових публікацій. Особливе місце серед прозопалгій належить лицевим болям, пов'язаним із патологією зубних сплетінь – дентальні плексалгії периферичного генезу – болю в ділянці нервових сплетінь, що посилюється за натискання на цю зону та під час рухів [1].

Ускладнені травматичні втручання в зубощелепній ділянці є одним із причинних чинників виникнення одонтогенної дентальної плексалгії, оскільки відбувається травматизація нервових волокон, що призводить до анатомічних причин ураження зубних сплетінь.

Розвиток післяопераційних ускладнень зумовлений багатьма причинами, зокрема особливостями анатомічної будови гілок трійчастого нерва, порушенням їхньої трофіки завдяки перетину судин, що живлять нерв тощо.

Зазвичай у пацієнтів в анамнезі можна виділити такі основні етіологічні чинники: альвеоліт, пульпіт, періодонтит, одонтогенні кісти, дефекти пломбування кореневих каналів молярів і премолярів із виведенням пломбувального матеріалу за верхівку з потраплянням до нижньощелепного каналу, неякісно виготовленні протези тощо [2].

Альвеоліт – це запалення стінок лунки віддаленого зуба. Альвеоліт і луночкова кровотеча є одними з найбільш поширених ускладнень, що часто трапляються після операції видалення зуба. За даними низки дослідників, частота виник-

нення альвеоліту становить 2–3% випадків після простого видалення зубів і у 20% пацієнтів після атипичної екстракції [3].

Хворі з альвеолітом скаржаться зазвичай на біль тривалого характеру, що іррадіює по ходу трійчастого нерва, утруднене пережовування їжі, обмежене відкривання рота, неприємний запах із рота, порушення сну, погіршення загального стану.

Досить часто альвеоліти розвиваються внаслідок травматично проведеної операції видалення зуба з розривом або розчавленням слизової оболонки, відламом частини альвеоли, міжкореневої або альвеолярної перегородки, особливо в разі недотримання пацієнтами правил гігієни порожнини рота, тому що провідну роль серед причин, що спричиняють альвеоліт, відіграє патогенна інфекція, яка виявляється в разі невчасного утворення згустка або в разі його передчасного руйнування в лунці видаленого зуба [3].

Особливий інтерес для нашого дослідження становили хірургічні втручання на щелепах: післяекстракційний альвеоліт, одночасне видалення трьох і більше зубів, видалення великої кількості зубів за короткий проміжок часу у процесі підготовки до протезування, ускладнене видалення зубів мудрості, премолярів, молярів і залишків їхніх коренів, а також невдале проведення провідникової анестезії.

Наявність усіх названих чинників, що здатні призвести до ускладнених травматичних утручань у зубощелепну систему, є головною причиною виникнення одонтогенної дентальної плексалгії, адже призводить до пошкодження нервових волокон і, як наслідок, ураження зубних сплетень [4; 5].

Запалення м'яких тканин навколо уламків коренів, екзостози та кісти подразнюють волокна альвеолярного сплетіння. Водночас уламки альвеолярного відростка, зміщені під час видалення зуба, можуть подразнювати або навіть травмувати нервові закінчення. Особливо часто це відбувається після складних екстракцій, зокрема видалення молярів верхньої та нижньої щелеп, коли розриваються м'які тканини й порушується цілісність лунок [6; 7].

Проте успіх у лікуванні дентальної плексалгії безпосередньо залежить від точності діагностики, оскільки симптоми дентальної плексалгії можуть бути схожі на симптоми інших неврологічних захворювань, як-от невралгія трійчастого нерва.

Оскільки больовий симптом, що виникає після проведення хірургічних утручань у щелепно-

лицьовій ділянці, є досить частим ускладненням, а в літературі дуже мало уваги приділено розв'язанню питання діагностики, особливо диференційної діагностики, нейростоматологічних синдромів, існує пряма потреба в розробленні цього напрямку.

**Мета дослідження.** На основі ретроспективного аналізу амбулаторних карт і журналів планових оперативних утручань у хірургічних відділеннях стоматологічних поліклінік м. Харкова вивчити структуру, причини та частоту виникнення альвеоліту як післяекстракційного ускладнення залежно від віку та статі пацієнтів.

**Матеріали і методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети нами був проведений ретроспективний аналіз 2 000 медичних карт стоматологічних хворих (форма 043/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України № 110 від 14 лютого 2012 р.), журналів планових оперативних утручань та інших медичних записів, що містили інформацію про діагностику, лікування та реабілітацію пацієнтів із захворюваннями зубощелепної системи за 2022–2024 рр., архівної бази в хірургічних відділеннях стоматологічних поліклінік м. Харкова.

Ми вивчали й аналізували таке: стать і вік пацієнтів, частоту виникнення альвеолітів як післяекстракційного ускладнення після хірургічних утручань; частоту виникнення та причини розвитку альвеоліту залежно від групової приналежності видаленого зуба, тяжкості операції; динаміку клінічних проявів запалення області лунки видаленого зуба у процесі лікування альвеолітів, терміни зникнення ексудативних ознак, очищення лунки від некротичних мас, час появи та характер розвитку грануляційної тканини в лунці, час загоєння та остаточної епітелізації рани; ретельно вивчали больовий синдром, який виник після проведення хірургічного втручання.

Статистичну обробку даних проведено методом варіаційної статистики з урахуванням критерію Стюдента й використанням програмного забезпечення "Statistica 7.0". Різницю між групами порівняння вважали вірогідною за  $p \leq 0,05$ .

**Результати та їх обговорення.** Здійснений нами гендерний розподіл обстежуваної вибірки із 2 000 пацієнтів, які звернулися за досліджуваний період часу на амбулаторний хірургічний стоматологічний прийом, показав таке: жінок було 1 214 осіб (60,7%), чоловіків – 786 (39,3%).

Проведений аналіз засвідчив, що більшість хірургічних амбулаторних утручань у порожнині рота належала до операцій видалення зуба, які

були проведені в 1 420 пацієнтів, що становило 71% від загальної кількості тих, хто звернувся на амбулаторний хірургічний прийом (2 000). Усього було видалено 1 624 зуби.

Переважали особи, старші за 40 років, які становили 1 460 осіб (73% від кількості всіх осіб, що звернулися), з них 598 чоловіків (40,95%) і 862 жінки (59,05%).

Пацієнти за віком розподілилися таким чином: 40–45 років – 181 особа (12,39%), з них 79 чоловіків (43,65%) і 102 жінки (56,35%); 45–50 років – 439 осіб (21,24%), з них 171 чоловік (38,95%) і 268 жінок (61,05%), віком від 50 років – 840 особи (66,37%), з них 348 чоловіків (41,43%) і 492 жінки (58,57%). Більше детальний розподіл наведено в таблиці 1.

Усього за аналізований період ми отримали такі дані: з 1 624 усіх екстракцій відбувалося 1 319 типових видалень (81,2%), а у 305 усіх екстракцій – складне (атипове) видалення зуба (18,8%).

У результаті оцінювання вибірки з 1 624 операцій із видалення зубів було встановлено, що альвеоліт був діагностований у 214 випадках, що становило 13,2% від усіх екстракцій. Із 214 випадків післяекстракційного ускладнення альвеоліт був діагностований у 118 жінок, або 55,3%, та 96 чоловіків, або 44,7%. Отримані нами результати аналізу перекликаються з напрацюваннями провідних клініцистів і відповідають середнім значенням по Україні.

За даними ретроспективного аналізу амбулаторних карт стоматологічних хворих, частота альвеоліту зі зростанням травматичності втручання зростає. Якщо за типового видалення альвеоліт розвинувся в 97 пацієнтів, або в 7,35% випадках, то за складного (атипового) видалення частота його становила 38,36% випадків, або у 117 пацієнтів.

На підставі ретроспективного аналізу 2 000 медичних карт стоматологічних пацієнтів встановлено:

– альвеоліт частіше реєструвався на нижній щелепі – у 144 випадках (67,5%), на верхній щелепі – у 70 випадках (32,5% хворих);

– альвеоліти частіше виникали після видалення молярів – у 141 випадку (65,9%), рідше – після видалення премоларів – у 51 випадку (23,4%), у 22 випадках (10,7%) альвеоліт траплявся після видалення різців або ікл;

– на верхній щелепі альвеоліт спостерігався: після видалення 7-х зубів – у 43 випадках (30,2%), 6-х – у 35 випадках (24,1%), 5-х – у 24 випадках (16,4%), 4-х зубів – у 32 випадках (22,6%), різців або ікл – у 10 випадках (6,7%);

– на нижній щелепі – після видалення 8-х зубів – у 27 випадках (38,2%), 7-х – у 15 випадках (22,1%), 6-х – у 19 випадках (27,4%), 5-х – у 9 випадках (12,3%).

Більш детально наші спостереження висвітлені на рисунках 1–4.

На нашу думку, відмінність у частоті локалізації альвеолітів на верхній і нижній щелепах пояснюється особливостями їхньої анатомічної будови.

Деякий інтерес становлять дані про форми альвеолітів, зареєстрованих у картах амбулаторних хворих за досліджуваний період часу: гнійний – 96 випадків (44,9%), гнійно-некротичний – 86 випадків (39,7%), серозний – 32 випадки (15,4%).

Найчастіше альвеоліт виникав після видалення зубів через хронічний періодонтит або загострення хронічного періодонтиту – у 142 випадках (66,4%), під час видалення ретинованих і дистопованих зубів – у 49 випадках (22,9%), після одномоментного видалення трьох і більше зубів – у 23 випадках (10,7%).

Отримані дані про високу частоту альвеолітів, що виникають після видалення зубів через хронічний і загострення хронічного періодонтиту, пояснюються наявністю хронічних вогнищ одонтогенної інфекції, що довго існують у періодонті та щелепних кістках.

Висока частота розповсюдженості альвеоліту після хірургічних маніпуляцій із видалення ретинованих і дистопованих зубів та після одномоментного видалення трьох і більше зубів пов'язана, мабуть, з великим обсягом операційної

Таблиця 1

Розподіл хворих за віком і статтю

| Стать    | вік   |       |       |       |          |       | Усього |
|----------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|--------|
|          | 40–45 |       | 45–50 |       | Понад 50 |       |        |
|          | абс.  | %     | абс.  | %     | абс.     | %     |        |
| Жінки    | 102   | 56,35 | 268   | 61,05 | 492      | 58,57 | 862    |
| Чоловіки | 79    | 43,65 | 171   | 38,95 | 348      | 41,43 | 598    |
| Усього   | 181   | 12,39 | 439   | 21,24 | 840      | 66,37 | 1 460  |

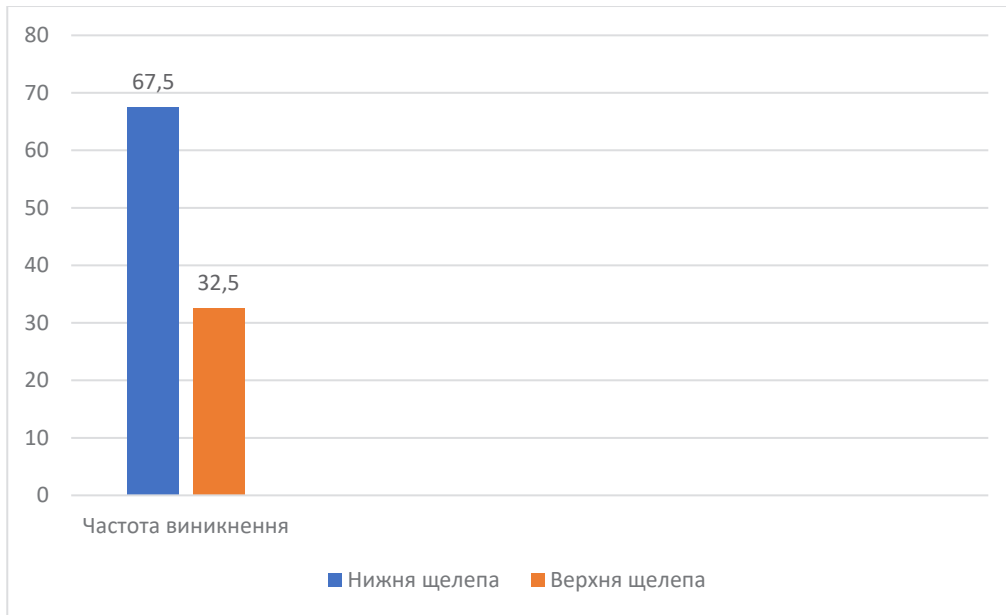


Рис. 1. Частота виникнення альвеоліту після видалення зубів на верхній і нижній щелепах

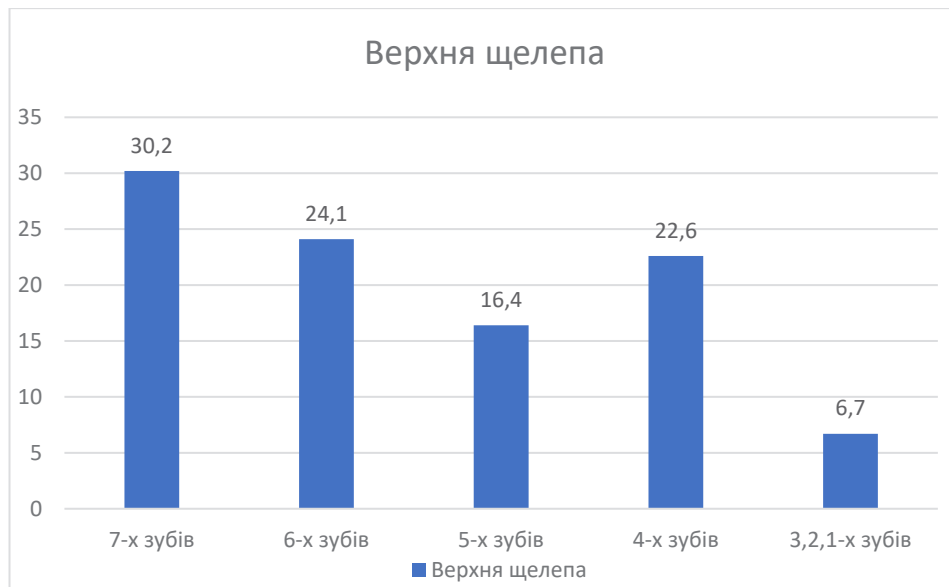


Рис. 2. Частота виникнення альвеоліту після видалення зубів на верхній щелепі за груповою приналежністю

травми та тривалістю самого втручання, а також з активністю ротової мікрофлори.

Ретроспективний аналіз клінічних проявів альвеолітів у 2 000 медичних картках стоматологічних хворих дав змогу встановити, що звернення пацієнтів по допомогу через альвеоліт відбувалося через  $4,2 \pm 1,3$  дня після видалення зуба.

Ми також оцінювали прояви альвеоліту за даними проведених додаткових методів обстеження, конкретніше, рентгенологічних досліджень, які мають велике діагностичне значення.

Рентгенологічна картина в ділянці періапикальних тканин, що оточують лунку причинного зуба, в усіх зареєстрованих формах альвеоліту мала

низку схожих ознак: кісткова тканина мала розріджену дрібнопетлисту структуру, якщо порівняти із сусідніми ділянками кістки альвеолярного відростка щелепи.

Під час рентгенологічного обстеження із 305 пацієнтів, у яких проводилось складне (атипове) видалення, у 219 пацієнтів (71,9%) клінічно не розвинувся альвеоліт, проте рентгенологічно було зафіксовано руйнування кісткової тканини. Серед 117 пацієнтів з альвеолітом після атипового видалення у 111 (95,4%) спостерігались не лише клінічні прояви, але й рентгенологічні зміни, зокрема руйнування кісткової тканини міжзубних і міжкореневих перегородок і порушення цілісності країв лунки.

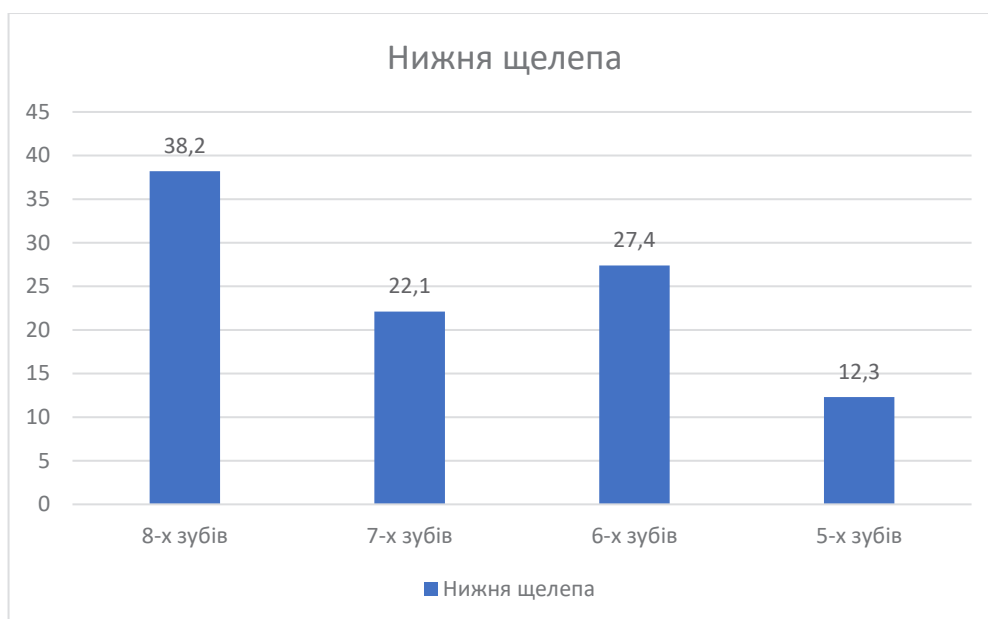


Рис. 3. Частота виникнення альвеоліту після видалення зубів на нижній щелепі за груповою приналежністю



Рис. 4. Основні причини виникнення альвеоліту

Ретроспективний аналіз записів в амбулаторних картках щодо клінічних проявів альвеолітів виявив, що в усіх пацієнтів більшою чи меншою мірою був виражений больовий синдром, який залежав від форми альвеоліту.

Характер болю був різний, а саме:

- симптоматика схожа на невралгію трійчастого нерва: від інтенсивного, пароксизмального, короткотривалого болю в області обличчя (від 1–3 секунд до 2 хвилин), які часто описуються як електричні розряди або гострі спалахи болю, що іррадіюють по одній або декількох із трьох гілок

трійчастого нерва, у край рідко двосторонній, з наявністю тригерних зон, тобто точок на щоках або довкола носа, стимуляція яких навіть легким торканням провокує больовий напад (такий симптомакомплекс був виявлений у 19 пацієнтів, яким був поставлений діагноз «альвеоліт», або 9% із 214 пацієнтів);

- симптоматика схожа на дентальну плексалгію: відсутність куркових зон і болю під час пальпації в точках виходу трійчастого нерва на обличчі (точках Валле), наявність болючості під час пальпації ділянки зубного сплетіння; напади

болію тривалого характеру (до 20 хвилин і більше), у періодах між нападами залишається локалізований біль в альвеолярному відростку, що відповідає проєкції самого зубного сплетіння; іррадіація болі частіше не відповідає анатомічному розташуванню гілок трійчастого нерва, зменшення болі під час жування та підсилення під впливом емоцій, психологічних травм, несприятливих метеорологічних чинників і переохолодження, віковий показник свідчить, що найчастіше на нього страждають люди старше 40 років (такий симптомакомплекс був виявлений у 32 пацієнтів, яким був діагностовано альвеоліт, або 15% із 214 пацієнтів).

**Висновки.** У результаті проведеного ретроспективного аналізу 2 000 медичних карт стоматологічних пацієнтів встановлено, що:

1. Більшість хірургічних амбулаторних втручань у порожнині рота належала до операції видалення зуба, що становило 71% від загальної кількості тих, хто звернувся на амбулаторний хірургічний прийом.

2. Альвеоліт був діагностований у 13,2% випадках від усіх екстракцій.

3. Частота виникнення і тяжкість клінічного перебігу альвеоліту після операції видалення зуба залежить від наявності періодонтитного «причинного» зуба, гігієнічного стану порожнини рота пацієнта, віку, статі, характеру оперативного втручання і ступеня операційної травми навколишніх тканин.

4. Основою больової чутливості за наявності альвеоліту, на нашу думку, є ускладнені травматичні втручання в зубощелепний ділянку та післяопераційні ускладнення, які є одними із причин ушкодження гілок трійчастого нерва та виникнення одонтогенної дентальної плексалгії із травматизацією нервових волокон.

5. Характер болі був різним, а саме: симптоматика схожа на невралгію трійчастого нерва була виявлена в 19 пацієнтів, яким був поставлений діагноз «альвеоліт», або 9% із 214 пацієнтів, а симптоматика, схожа на дентальну плексалгію, виявлена у 32 пацієнтів, яким діагностовано альвеоліт, або 15% із 214 пацієнтів.

6. Перелічене свідчить про актуальність і доцільність проведення наших досліджень, а також дає змогу визначити концепцію зазначених напрямів для комплексної профілактики, диференціальної діагностики дентальної плексалгії та тригемінальної невралгії, лікування та реабілітації пацієнтів у разі післяекстракційних ускладнень.

## Література:

1. Fan W., Zhu X., He Y., Zhu M., Wu Z., Huang F., He H. The role of satellite glial cells in orofacial pain. *Journal of neuroscience research*. 2018. Т. 97. № 4. Р. 393–401. URL: <https://doi.org/10.1002/jn.r.24341>.
2. Товажнянська О.Л., Хлебас С.В. Лицеві болі у стоматології. *Oral and general health*. 2021. Т. 2. № 2. Р. 36–42. URL: <https://doi.org/10.22141/ogh.2.2.2021.237656>.
3. Рошка Ю.О., Горицький Я.В., Гаген О.Ю. Альвеоліт: сучасний стан проблеми. *Клінічна стоматологія*. 2014. № 2. С. 53–56.
4. Хайтович М.В., Мазур І.П. Менеджмент хронічного постпроцедурного болі у стоматології. *Oral and general health*. 2020. Т. 1. № 1. Р. 17–24. URL: <https://doi.org/10.22141/ogh.1.1.2020.214842>.
5. Kämmerer P.W., Heimes D., Hartmann A., Kesting M., Khoury F., Schiegnitz E., Thiem D.G.E., Wiltfang J., Al-Nawas B., Kämmerer W. Clinical insights into traumatic injury of the inferior alveolar and lingual nerves: a comprehensive approach from diagnosis to therapeutic interventions. *Clinical oral investigations*. 2024. Т. 28. № 4. URL: <https://doi.org/10.1007/s00784-024-05615-4>.
6. Hasstedt K.L., Meyer R.A., Bagheri S.C. Nerve involvement in oral surgery. *Innovative perspectives in oral and maxillofacial surgery*. Cham, 2021. Р. 327–342. URL: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-75750-2\\_36](https://doi.org/10.1007/978-3-030-75750-2_36).
7. Shrestha R.K., Shrestha D., Sakya P.R., Khadka D., Shrestha R., Shrestha K. Anatomical risk factors of nerve injuries following surgical removal of mandibular third molar. *Nepal journal of health sciences*. 2022. Т. 2. № 1. Р. 46–54. URL: <https://doi.org/10.3126/njhs.v2i1.47165>.

## References:

1. Fan, W., Zhu, X., He, Y., Zhu, M., Wu, Z., Huang, F., & He, H. (2018). The role of satellite glial cells in orofacial pain. *Journal of Neuroscience Research*, 97 (4), 393–401. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/jnr.24341>.
2. Tovazhnianska, O.L., & Khlibas, S.V. (2021). Lytsevi boli v stomatolohii [Facial pain in dentistry]. *Oral and General Health*, 2 (2), 36–42. Retrieved from <https://doi.org/10.22141/ogh.2.2.2021.237656> [in Ukrainian].
3. Roshka, Yu.O., Horytskyi, Ya.V., & Hahen, O.Yu. (2014). Alveolit: Suchasnyi stan problemy [Alveolitis: current state of the problem]. *Klinichna stomatolohiia – Clinical dentistry*, (2), 53–56 [in Ukrainian].
4. Khaitovych, M.V., & Mazur, I.P. (2020). Menedzhment khronichnoho postprotsedurnoho bolii v stomatolohii [Management of chronic post-procedural pain in dentistry]. *Oral and General Health*, 1 (1), 17–24. Retrieved from <https://doi.org/10.22141/ogh.1.1.2020.214842> [in Ukrainian].
5. Kämmerer, P.W., Heimes, D., Hartmann, A., Kesting, M., Khoury, F., Schiegnitz, E., Thiem, D.G.E., Wiltfang, J., Al-Nawas, B., & Kämmerer, W. (2024). Clinical

insights into traumatic injury of the inferior alveolar and lingual nerves: A comprehensive approach from diagnosis to therapeutic interventions. *Clinical Oral Investigations*, 28 (4). Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00784-024-05615-4>.

6. Hasstedt, K.L., Meyer, R.A., & Bagheri, S.C. (2021). Nerve involvement in oral surgery. *У Innovative perspectives in oral and maxillofacial surgery* (p. 327–342).

Springer International Publishing. Retrieved from [https://doi.org/10.1007/978-3-030-75750-2\\_36](https://doi.org/10.1007/978-3-030-75750-2_36).

7. Shrestha, R.K., Shrestha, D., Sakya, P.R., Khadka, D., Shrestha, R., & Shrestha, K. (2022). Anatomical risk factors of nerve injuries following surgical removal of mandibular third molar. *Nepal Journal of Health Sciences*, 2 (1), 46–54. Retrieved from <https://doi.org/10.3126/njhs.v2i1.47165>.