

Е. Сабо

Амбулаторная хирургия зубов и полости рта

Москва
«Книга по Требованию»

УДК 61
ББК 58
Е11

E11 **Е. Сабо**
Амбулаторная хирургия зубов и полости рта / Е. Сабо – М.: Книга по Требованию, 2023. – 300 с.

ISBN 978-5-458-38354-7

Удовлетворяя настойчивому желанию слушателей курсов усовершенствования врачей, автор решил издать материал прочитанных там лекций в форме монографии, стараясь при этом систематизировать материал так, чтобы облегчить его усвоение. Автор ставил своей целью добиться такой выразительности рисунков, чтобы и начинающие специалисты с их помощью могли по отдельным этапам усвоить и те вмешательства, которых они еще не проводили. В отдельных главах автор стремился подчеркнуть, где проходят границы амбулаторной деятельности, указывая на то, какие вмешательства входят в сферу стационарного лечения. Объем работы не позволил уделить в ней внимание хирургическим вмешательствам, связанным с парадонтологией, стоматологическим аспектам воспалительных заболеваний гайморовой полости и другим, редким операциям. Читатель, конечно, сразу обратит внимание на минимальное количество приводящихся в монографии рентгеновских снимков и полное отсутствие фотографий. Это не случайно, поскольку мы руководствовались прежде всего дидактическими соображениями. Дело в том, что на примере множества учебников, монографий и специальных журналов автор имел возможность убедиться, что приводимые в них черно-белые фотографии и рентгеновские снимки с дидактической точки зрения неудовлетворительны. На венгерском языке к тому же вышла монография К. Ференци по внутриротовой рентгенологии, которая и с научной, и с дидактической точки зрения удовлетворяет самым высоким запросам; к ней мы и отсылаем читателей.

ISBN 978-5-458-38354-7

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2023
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2023

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

Показания к проведению операции	114
Обезболивание операционной области	114
Ход операции	116
Разрез и отслоение мягких тканей	116
Локализация околоверхушечного процесса и вскрытие околоверхушечной области с удалением верхушки корня	118
Обработка раны кости и соединение мягких тканей	122
Операционные и послеоперационные осложнения	124
Осложнения после лечения инфицированных зубов, требующих хирургического вмешательства	125
Попадание пломбировочного материала за пределы корня	125
Процессы дentoальвеолярного происхождения, сопровождающиеся образованием свищей, и их лечение	128
Хронический околоверхушечный абсцесс	129
Диффузный остеит околоверхушечной области	131
Радикулярная или фолликулярная киста с хроническим воспалением	133
Хронический перикоронит, сопровождающийся частичным рассасыванием в области нижнего ретинированного восьмого зуба	134

Глава V Аномалии развития

Аномалии развития некоторых образований полости рта	137
Аномалии в строении и положении зубов	139
Ретенция зубов	143
Причины ретенции	144
Виды ретенции	145
Диагноз ретенции	150
Сопутствующие патологические процессы	150
Вмешательства с целью сохранения ретинированных зубов	158
Операция по удалению ретинированных зубов	162
Удаление щипцами	163
Удаление элеваторами	164
Удаление элеваторами и щипцами	166
Удаление выдалбливанием	167
Осложнения в процессе удаления ретинированных зубов	178
Осложнения после удаления ретинированных зубов	179

Глава VI Кисты челюстей

Зубные кисты	181
Надкостничные зубные кисты	181
Радикулярная киста	181
Пародонтальная киста	183
Фолликулярные кисты	183
Фолликулярная киста	183

Первичная киста	184
Остаточные кисты	184
Остаточная радикулярная киста	184
Остаточная фолликулярная киста	185
Экстрадентальные кисты	185
Носонёбные кисты	185
Киста резцового канала	185
Киста нёбных сосочков	185
Щелевые кисты	185
Срединная киста	186
Шаровидная киста верхней челюсти	186
Носогубная киста	186
Патология радикулярной кисты	187
Патологические процессы, сопутствующие образованию кисты	188
Диагностика кист	188
Удаление кист	190
Операции по удалению малых кист	190
Операции по удалению кист средних размеров	192
Операции по удалению больших кист	195
Операции по удалению больших кист, развивающихся рядом с основанием носовой полости	195
Операции по удалению больших кист, развивающихся около верхнечелюстной пазухи или же внутри ее	199
Операции по удалению больших кист, образующихся в области нижних малых и больших коренных зубов	202
Операции кист по Парч I	205
Цистэктомия с нёбной стороны	208
Лечение нагноившихся кист	208
Осложнения, связанные с радикальным удалением кист	211

Глава VII

Доброкачественные опухоли мягких тканей полости рта и челюстей

Эмбриологические данные о происхождении опухолей	215
Опухоли мезодермального происхождения	215
Фиброма	215
Периферическая фиброма	216
Центральная гигантоклеточная опухоль	225
Липома	226
Хондрома	226
Остеома	226
Опухоли эктодермального происхождения	229
Папиллома	229
Аденома	230
Одонтогенные опухоли	231
Амелобластома	231
Одонтома	234
Комплексная одонтома	234

Составная одонтома	236
Цементома	236
Опухоли экто- и мезодермального происхождения	237
Смешанная аденома	237
Неврофиброма. Невринома. Неврома	238
Опухоли, исходящие из стенок сосудов	238
Гемангиома	238
Лимфангиома	239

Глава VIII Заболевания слюнных желез

Воспаления слюнных желез	241
Воспаления околоушной железы	241
Воспаления подчелюстной железы	242
Ретенционные кисты слизистых желез	246
Мукоцеле	246
Ранула	247

Глава IX Сообщение между полостью рта и гайморовой полостью

Сообщение между гайморовой полостью и преддверием полости рта	250
Хирургическое закрытие сообщения между гайморовой полостью и преддверием полости рта	250
Сообщение между гайморовой полостью и альвеолой	251
Хирургическое закрытие свища между гайморовой полостью и альвеолой	252
Сообщение между гайморовой полостью и нёбом	259

Глава X Вопросы протезирования в амбулаторной хирургической стоматологии

Полость рта с наличием зубов	260
Удаление зубов	260
Операции в околоверхушечной области	261
Кисты челюстей	261
Мостовидные протезы, установленные над ретинированными зубами	262
Травмирование мягких тканей при подготовке опорных зубов для мостовидного протеза	262
Острые гнойные процессы у опорных зубов	264
Эпulis в области опорных зубов	264
Резекция альвеолярного отростка перед изготовлением коронок и мостовидных протезов	264
Гингивэктомия вокруг промежуточного и крайнего опорного зуба	264
Коррекция альвеолярного отростка	266
Коррекция в связи с удалением зуба	266

Полость рта без зубов	271
Исследование полости рта без зубов с точки зрения амбулаторной хирургической стоматологии	271
Коррекция альвеолы при ее недостаточной атрофии	272
Клиника и хирургия остатков корней	274
Диагностика остатков корней	274
Виды разрезов	275
Разрез при наличии корня под мостовидным протезом	276
Разрез в верхнем и нижнем фронтальных сегментах	276
Разрез в премолярной и молярной областях верхней и нижней челюстей	276
Удаление корней	278
Коррекция переходной складки	279
Удаление гранулемы преддверия полости рта	279
Ретинированные зубы в беззубых челюстях	279
Операция нёбного валика	284
Операция валика нижней челюсти	284
Операция симметричной фибромы верхней челюсти	287
Цистэктомия на беззубой челюсти	288
Удаление эпулиса	290

Глава XI

Вопросы послеоперационного лечения и определение неработоспособности больного

Осложнения, связанные с удалением зуба	294
Удаление швов	296
Травмы	297
Периостит	297
Некротический остеомиелит	298
Лечение околоверхушечных процессов резекцией верхушки корня или кюретажем	298
Ретинированные зубы	298
Кисты челюстей	299
Доброкачественные опухоли. Прочие операции	300

ГЛАВА I

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ

ПЕРЕЛОМ КОРНЯ ИЛИ КОРНЕЙ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПЕРЕЛОМА КОРНЕЙ

Выявление локализации различных кариозных полостей зубов при клиническом и рентгенологическом обследовании особенно важно для предупреждения перелома корней и альвеолита. По рентгеновскому снимку прежде всего определяют величину декальцинации, вызванной кариесом, поэтому желательно, чтобы перед удалением зуба готовилось больше снимков, чем это наблюдается в повседневной практике.

В случае расположения кариозных полостей III, IV и V класса по Блэку в передних верхних и нижних зубах, если кариозный процесс сопровождается декальцинацией, интраальвеолярно распространяющейся на корни зубов, применение обычной техники удаления зубов (как при живой, так и при гангренозной или девитализированной пульпе зуба) часто ведет к перелому корня (рис. 1).

Перелом корня можно предупредить путем применения метода рассечения и отсепаровки десны с последующим сдалбливанием долотом воротничка альвеолярной стенки до трети лунки, а также применением щипцов для удаления корней. В случае же удаления верхнего и нижнего клыка следует учитывать то обстоятельство, что явно выраженные отростки альвеолы обеспечивают для корня повышенную фиксацию. Поэтому желательно более широко применять ранее упомянутый способ, при котором удаление может

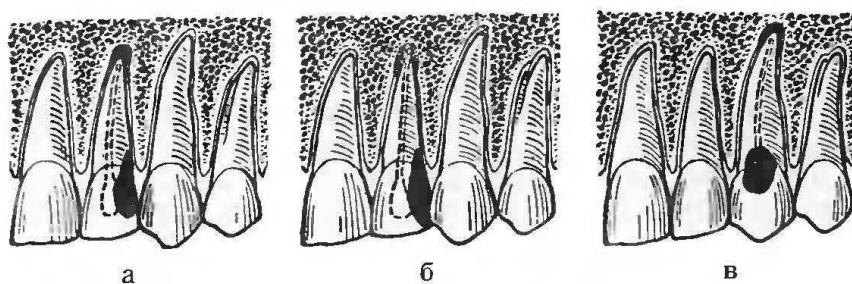


Рис. 1. а) Кариозная полость III класса в левом верхнем боковом резце; б) кариозная полость IV класса в левом верхнем боковом резце; в) кариозная полость V класса в левом верхнем клыке

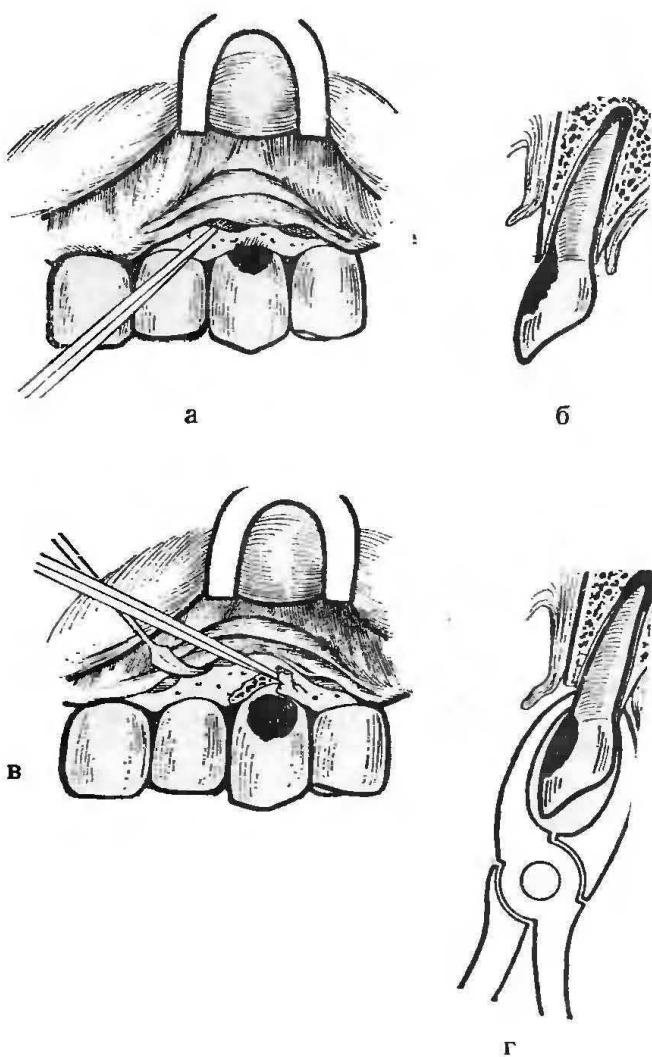


Рис. 2. Удаление края лунки в области левого верхнего клыка. а) Отсепаровка десны; б) мобилизация десны со стороны преддверия рта; в) удаление края лунки в виде воротничка; г) наложение прямых щипцов для удаления корней на здоровую часть зуба

производиться без трудностей и, главное, без осложнений (без повреждения слизистой оболочки и кости) (рис. 2). В случае образования кариозных полостей II класса по Блэку в верхних и нижних больших и малых коренных зубах, если процесс распространяется на корень интраальвеолярно, перелом корня (или корней) как в случае живой, так и в случае гангренозной или девитализированной пульпы можно предупредить, отсепаровывая на большом протяжении слизистую оболочку десны и сдвинув ее в виде воротничка треть края альвеолярной стенки. Кроме того, для малых коренных зубов щипцы для удаления корней, а для больших коренных зубов щипцы для удаления зубов применяют так, чтобы верхушки щечек щипцов накладывались на начало раздвоенной части освобожденного корня (рис. 3).

При кариозной полости I класса по Блэку в верхнем и нижнем больших коренных зубах, если процесс сопровождается большой декальцинацией, при мертвой пульпе, а также в случае большой кариозной полости V класса по Блэку в тех же зубах применение вышеописанного метода служит целям профилактики перелома корня зуба. При удалении малых коренных зубов

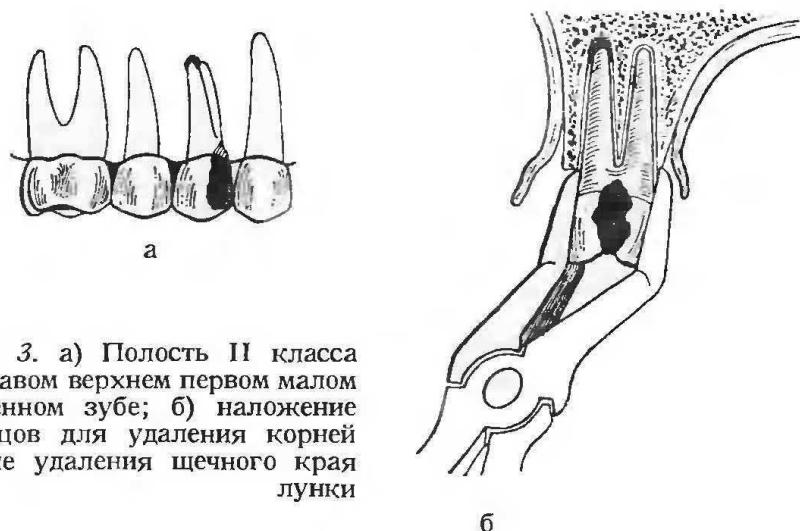


Рис. 3. а) Полость II класса в правом верхнем первом малом коренном зубе; б) наложение щипцов для удаления корней после удаления щечного края лунки

следует применять щипцы для удаления корней, а при удалении больших коренных зубов — щипцы для удаления зубов (рис. 4).

При удалении корней нижних моляров это осложнение можно предупредить применением прямого элеватора Леклюза (Винтера № 1). Особенно целесообразна эта методика, если проксимальная коронковая часть моляра и соответствующий ей сегмент шейки остались целы, а остальная часть коронки значительно разрушена, ибо применение щипцов определенно привело бы к перелому корня. Оставленная проксимальная коронковая часть дает возможность, опираясь на ее поверхность элеватором, удалить зуб, вывихивая его в дистальном направлении. Это относится не только к восьмому зубу, но и к другим молярам, стоящим в конце зубного ряда. Вывихивание происходит легко, так как направление силы почти параллельно дистальному направлению наклона корней. После продолжительного вывихивания остаток зуба легко может быть удален щипцами.

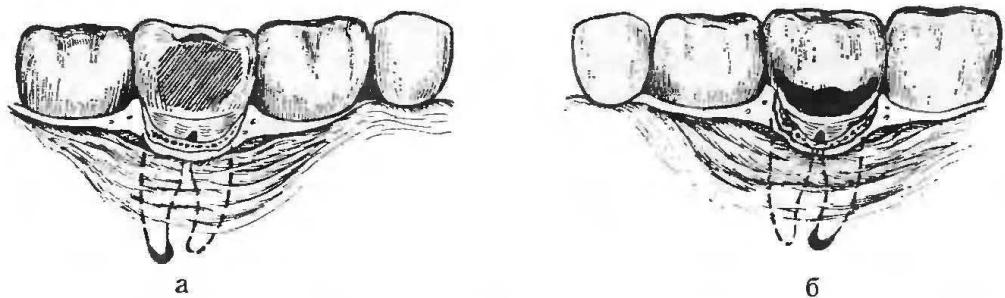


Рис. 4. а) Полость I класса и обширная декальцинация на правом нижнем втором большом коренном зубе, гранулема на верхушке корня, отслоенный край десны, удаленный край лунки, начальная часть бифуркации освобождена; б) полость V класса в левом нижнем втором большом коренном зубе, гранулема на верхушке корня, здоровая часть шейки зуба подготовлена для наложения щипцов

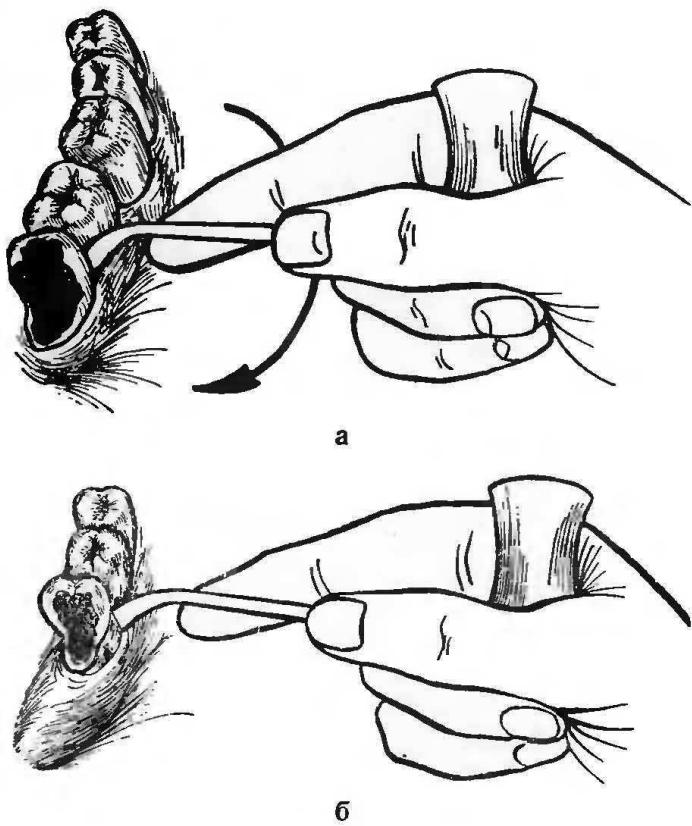


Рис. 5. а) Большая часть коронки нижнего зуба мудрости отсутствует, вывихивание его при помощи элеватора Винтера № 1; б) люксация крайнего нижнего большого коренного зуба при помощи элеватора Винтера № 1 (парный инструмент)

Удаление здоровых моляров следует производить таким же способом перед гамматерапией по поводу злокачественных новообразований для предупреждения лучевого некроза кости (рис. 5).

ПРИЧИНЫ ПЕРЕЛОМОВ КОРНЕЙ

Причинами, вызывающими перелом корня, в большинстве случаев являются местные анатомические особенности: большой наклон корней в дистальном направлении, в результате чего они могут иметь форму ножен сабли, колена или байонета; увеличенная дивергенция; схождение корней, при котором характерна толстая межкорневая перегородка; слишком длинные или слишком тонкие корни, число последних больше обычного; слишком толстые стенки альвеолярного отростка; слишком широкая межкорневая перегородка.

К перелому корня могут привести также патологические изменения, как кариес, декальцинация, гиперцементоз верхушки корня, остеосклероз (в возрасте свыше 40 лет), в результате чего альвеолярные стенки становятся плотными. Подобный патологический процесс наблюдается в области верхушек малых и больших коренных зубов и может быть определен по их стиранию.

Перелом корня может быть вызван и беспокойным поведением больного. Больной может проявлять нервозность во время удаления зуба, которая

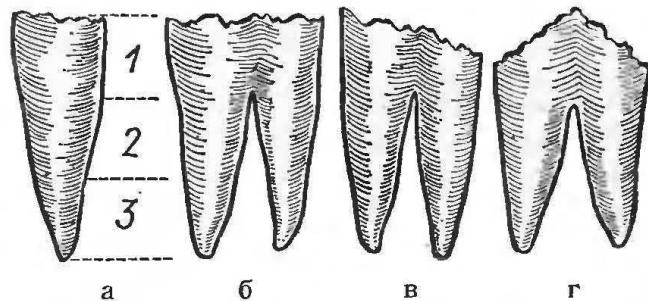
может быть вызвана, например, недостаточно эффективной анестезией. Поэтому прочно фиксированные зубы нельзя удалять при недостаточном обезболивании.

Наконец, возникновение перелома корня может быть вызвано недостаточной квалификацией врача: плохим знанием хирургических правил, пренебрежением ими, грубой и слишком быстрой техникой удаления.

ВИДЫ ПЕРЕЛОМОВ КОРНЕЙ

Необычайно разнообразны формы переломов корней зубов. Их целесообразно классифицировать по клинической картине и по локализации перелома. Если корень (или корни) зуба разделить на три части по его длине, а именно:

Рис. 6. а) Длина корня, разделенная на три части; б) плоскость перелома горизонтальная; в) плоскость перелома наклонена в дистальном направлении; г) плоскость перелома имеет медиальный и дистальный наклон



шеечную, среднюю и верхушечную трети, то переломы, произошедшие в разных третях, могут быть названы: шеечным, средним или верхушечным (*fractura cervicalis, media, apicalis*). Имеется три типа зубов: с одним, двумя и тремя корнями, а потому при диагнозе, кроме уровня перелома, указывается также, какой или какие корни подлежащего удалению зуба поломались.

Согласно этому, диагнозы выражаются следующим образом: *fractura apicalis radicis* 2; *fractura media radicis* 4; *fractura cervicalis radicis utriusque* 4; *fractura cervicalis radicis mesialis* 6; *fractura apicalis radicis utriusque* 8; *fractura cervicalis radicum omnium* 6.

В случае перелома корня поверхность излома может быть гладкой или неровной, почти горизонтальной или наклонной. Наклон, в свою очередь, может быть медиальным, дистальным, щечным или язычным, а нередко поверхность перелома имеет медиальное и дистальное направление, форму крыши (рис. 6).

СОСТОЯНИЕ ТРАВМИРОВАННЫХ КОРНЕЙ

Если пульпа корня, подвергшегося перелому, или его части в момент хирургической травмы еще жива, то в большинстве случаев за короткий промежуток времени она погибает. Поэтому поломавшиеся корни зубов со здоровой пульпой точно так же, как и гангренозных зубов, представляют для больного опасность, будучи очагами инфекции. Нельзя успокаивать себя и больного тем, что поломавшийся корень будет отторжен или рассосется, так как подобные процессы наблюдаются редко. Чаще приходится встре-

чаться с целым рядом заболеваний, которые начинаются из-за травмированного и оставшегося корня или его части.

Через какое-то время такие корни могут явиться причиной различных форм острого одонтогенного воспаления. Часто вокруг верхушки возникают гранулема, хронический абсцесс, диффузный остилит, которые приводят к образованию свища на десне, а также на коже. В некоторых случаях могут быть причины для образования радикулярной кисты.

Иногда над поломавшейся и оставленной частью корня образуется костная ткань, покрытая слизистой оболочкой. Симптомы могут не проявляться долгое время и возникать лишь в период, когда начинают пользоваться съемным протезом. На этом основании, не принимая во внимание редкие исключения, мы рекомендуем оставшиеся корни удалять.

ДИАГНОЗ ПЕРЕЛОМА КОРНЕЙ

Решающее значение в диагностике перелома корней имеют внутриротовые рентгеновские снимки. Рентгеновский снимок дает не пространственное изображение, а только в одной плоскости. Видимое на снимке нужно оценивать критически, с хирургической точки зрения. В случае перелома верхушки корня костная ткань может закрыть часть корня, и перелом на рентгеновском снимке не будет виден. Это наблюдается при верхушечных переломах корней моляров из-за слишком толстой наружной линии уклона при верхушечном переломе щечных корней верхних первых коренных зубов, произошедшем в области скульно-альвеолярного гребня (crista zygomaticoalveolaris), а также в случае верхушечного перелома тонких щечных корней верхних коренных зубов соответственно истонченной кости альвеолярного отростка по отношению к корню зуба. При вышеупомянутых верхушечных переломах, а также при переломах среднего отдела корня более точные сведения (по сравнению с рентгеновским снимком) дает тщательное исследование удаленного зуба. Поэтому желательно, чтобы больной, направленный в стоматологическую поликлинику по поводу перелома корня, принес с собой удаленный зуб или его часть, которые необходимы для постановки диагноза. В случае среднего и шеечного перелома, если нет возможности для рентгеновского обследования, осторожным зондированием можно в основном определить уровень перелома и количество сfracтурированных корней. Если же при верхушечном переломе удаленный зуб отсутствует или поломался на части, рентгеновский снимок безусловно необходим.

УДАЛЕНИЕ ПОЛОМАВШИХСЯ КОРНЕЙ

Удаление поломавшегося корня обычно осуществляют при местном обезболивании. Проводниковое обезболивание при патологических процессах зубов и челюстей весьма эффективно.

Естественно, что при помощи 2 мл 2% раствора лидокаина, содержащего адреналин, нельзя достичь полного обезболивания; 5 мл его безусловно достаточно, чтобы без боли производить удаление корня и кости с применением