

Оглавление

Предисловие к первому изданию	6
Предисловие ко второму изданию	6
Глава I. Краткая история развития стоматологии	7
1.1. Развитие отечественной стоматологии (зубоврачевания)	8
Глава II. Организация работы хирургического приёма в стоматологической поликлинике	11
2.1. Основные принципы асептики в стоматологии	11
2.2. Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинского назначения	12
2.3. Контроль стерилизации	23
2.4. Правила обработки рук	26
2.5. Обязанности медицинской сестры	27
2.6. Вопросы деонтологии в хирургической стоматологии	28
Глава III. Факторы защиты полости рта	33
3.1. Факторы местного иммунитета полости рта	33
3.2. Факторы общего иммунитета полости рта	34
Глава IV. Местное обезболивание в стоматологии	37
4.1. Требования, предъявляемые к местным анестетикам	37
4.2. Классификация, клинико-фармакологическая характеристика местных анестетиков, показания и противопоказания к использованию вазоконстрикторов	38
4.3. Местные анестетики группы сложных эфиров	39
4.4. Местные анестетики группы амидов	40
4.5. Токсичность местных анестетиков	44
4.6. Вазоконстрикторы	46
4.7. Виды местной анестезии	48
4.7.1. Классификация. Терминология	48
4.7.2. Инфильтрационная анестезия	49
4.7.3. Интралигаментарная анестезия	50
4.7.4. Регионарное (проводниковое) обезболивание верхней челюсти	55
4.7.5. Регионарное (проводниковое) обезболивание нижней челюсти	59
4.7.6. Новые методики местной анестезии	61
4.7.7. Внутрикостная анестезия	62
4.7.8. Осложнения местной анестезии	66
Глава V. Хирургия зубов	69
5.1. Методика операции удаления зубов	69
5.2. Послеоперационный уход за лункой	72
5.3. Инструменты для удаления зубов и амбулаторных операций	73

Глава VI. Осложнения во время и после операции удаления зуба	77
6.1. Местные осложнения, связанные с операцией удаления зуба	77
6.2. Общие осложнения, связанные с операцией удаления зуба	94
Глава VII. Периодонтиты	97
7.1. Классификация, клиника, диагностика и лечение острого периодонтита ..	97
7.2. Классификация, клиника, диагностика хронического периодонтита ...	98
7.3. Хирургические методы лечения хронического периодонтита	101
7.3.1. Зубосохраняющие операции, проводимые на верхней челюсти ...	102
7.3.2. Зубосохраняющие операции, проводимые на нижней челюсти ...	104
7.3.3. Зубосохраняющие операции, применяемые на обеих челюстях ...	107
Глава VIII. Одонтогенные гаймориты	113
8.1. Анатомия верхнечелюстного синуса	113
8.2. Этиология, патогенез и клиническая картина одонтогенных гайморитов	115
8.3. Лечение одонтогенных гайморитов	117
8.4. Прободение дна верхнечелюстного синуса. Способы закрытия ороантральных сообщений	120
Глава IX. Болезни слюнных желёз	127
9.1. Острые воспалительные заболевания слюнных желёз	127
9.2. Хронические заболевания слюнных желёз	133
9.3. Реактивно-дистрофические изменения слюнных желёз (сиалозы)	137
9.4. Слюнокаменная болезнь	140
Глава X. Хирургические методы в комплексном лечении заболеваний пародонта .	143
10.1. Классификация хирургических методов лечения заболеваний пародонта	143
10.2. Показания и противопоказания к операциям на пародонте	144
10.3. Гингивальные операции	146
10.4. Мукогингивальные операции	151
10.5. Остеомукогингивальные операции	160
10.6. Послеоперационный период. Лечебно-защитные десневые повязки .	165
Глава XI. Переломы нижней челюсти и методы их лечения	169
11.1. Классификация, клиника, диагностика переломов нижней челюсти .	169
11.2. Лечение переломов нижней челюсти. Методы временной иммобилизации	172
11.3. Лечение переломов нижней челюсти. Постоянная (лечебная) иммобилизация	177
11.4. Хирургические методы закрепления отломков (остеосинтез нижней челюсти)	180
11.5. Внеочаговый внутримандибулярный остеосинтез по В.В.Донскову	184

11.6. Медикаментозное лечение и физиотерапия при переломах нижней челюсти	189
Глава XII. Дентальная имплантация	195
Глава XIII. Неотложные состояния в амбулаторной клинической стоматологии .	207
Список литературы	218

Глава VII. ПЕРИОДОНТИТЫ

7.1. Классификация, клиника, диагностика и лечение острого периодонтита

Периодонтит (periodontitis; греч. — peri — вокруг, около + odus, odontus — зуб + itis) — воспаление периодонта.

В зависимости от локализации патологического процесса в периодонте различают верхушечный (периапикальный) периодонтит, при котором воспаление развивается между костной стенкой зубной альвеолы и верхушкой корня зуба, и краевой (маргинальный), когда воспаление начинается с края десны. Наиболее часто встречается верхушечный периодонтит.

В зависимости от клинического течения, степени распространенности и характера патологического процесса И.Г.Лукомский (1955) выделяет три формы верхушечных периодонтитов.

I. Острые (экссудативные) периодонтиты:

- а) серозные (ограниченные, разлитые);
- б) гнойные (ограниченные, разлитые).

II. Хронические (пролиферативные) периодонтиты:

- а) фиброзные;
- б) гранулирующие;
- в) гранулематозные.

III. Обострение хронических периодонтитов.

Клиническая картина острого серозного периодонтита характеризуется резкими, тупыми, ноющими болями, усиливающимися при смыкании челюстей. Иррадиация болей отмечается не всегда, при этом пациент точно указывает на пораженный зуб. Отечность окружающих мягких тканей лица и слизистой оболочки, как правило, отсутствует. Подчелюстные лимфатические узлы незначительно увеличены, болезненны. Вертикальная перкуссия «причинного» зуба болезненна, также отмечается небольшая его подвижность. Следует отметить, что продолжительность серозной стадии воспаления невелика.

С переходом патологического процесса в стадию гнойного воспаления интенсивность болей резко нарастает. Они приобретают острый, пульсирующий характер с иррадиацией в ухо, висок, глаз, шею. Подвижность пораженного зуба нарастает, прикосновение к нему вызывает острую боль (симптом «выросшего зуба»). Объясняется это тем, что экссудат, находящийся в узком небольшом пространстве между костной стенкой альвеолы и корнем зуба, давит на воспаленные нервные окончания периодонта, усиливая их раздражение.

Слизистая оболочка в области проекции верхушки корня пораженного зуба гиперемирована, отечна, переходная складка в этом месте сглаживается, становится болезненной при пальпации. При этом может развиваться коллатеральный

отек мягких тканей соответствующих анатомических областей лица. Подчелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены, болезненны. У некоторых больных могут наблюдаться симптомы интоксикации: повышение температуры тела до 37,8–38°C, нарушение сна, общая слабость и др. На рентгенограммах при остром серозном и гнойном периодонтитах деструктивные процессы в периапикальной зоне не отмечаются.

Острый периодонтит следует дифференцировать от диффузного гнойного пульпита, околокорневой кисты, острого одонтогенного гайморита, периостита и остеомиелита челюстей.

Лечение острого периодонтита включает эндодонтические, физиотерапевтические и хирургические методы. Дренирование периапикального очага проводится в основном через корневой канал пораженного зуба. В ситуациях, когда этого недостаточно, Х.Б.Абдалов (1989) рекомендует проводить трепанацию тканей в области проекции периапикального очага с последующим промыванием его растворами антисептиков через корневой канал зуба. После купирования воспалительного процесса заканчивают эндодонтическое лечение.

7.2. Классификация, клиника, диагностика хронического периодонтита

Если лечение острого периодонтита не проводится или неэффективно, патологический процесс переходит в хроническую стадию — развивается хронический периодонтит.

По клиническому течению и характеру морфологических изменений в периапикальной зоне все хронические периодонтиты можно разделить на **стабильные** (фиброзный, гранулематозный) и **активно протекающие** (гранулирующий, обостренные гранулирующего) формы (А.Х.Асиятилов, 1969). По мнению А.Г.Шаргородского (1985), к стабильным формам следует относить лишь фиброзный периодонтит.

При хроническом фиброжном периодонтите больные жалоб обычно не предъявляют. Течение его может быть длительным, бессимптомным. Боли при приеме пищи появляются лишь при обострении процесса. На рентгенограмме отмечается деформация периодонтальной щели в виде ее расширения (рис. 20).

Гранулематозный периодонтит морфологически характеризуется разрастаниями грануляционной ткани в области верхушки корня зуба, которые покрыты фиброзной капсулой. Такие зубы могут служить очагами хронической одонтогенной инфекции.

По морфологическому строению различают три вида гранул (И.И.Давиденко, 1966).

1. Простые гранулемы:

- простые клеточные гранулемы;
- простые фибротизирующиеся гранулемы;
- простые кистозные гранулемы.

2. Эпителиальные гранулемы:

- эпителиальные клеточные гранулемы;
- эпителиальные фибротизирующиеся гранулемы.

3. Эпителиальные кистозные гранулемы:

- нефибротизирующиеся гранулемы;
- фибротизирующиеся гранулемы.

Клинически длительное время заболевания может протекать бессимптомно, проявляя себя лишь при обострении процесса или при значительных размерах гранулемы. При этом может отмечаться деформация альвеолярного отростка в области проекции верхушки корня пораженного зуба.

На рентгенограмме в периапикальной зоне отмечается очаг деструкции костной ткани небольших размеров с ровными контурами. Наличие ограничивающей тонкой зоны склероза свидетельствует о давности процесса и спокойном его течении.

Гранулирующие периодонтиты характеризуются активным течением. Пациенты жалуются на боли при приеме твердой или горячей пищи. В области проекции верхушки корня пораженного зуба нередко отмечается функционирующий свищ с гнойным отделяемым.

Морфологически отмечается разрастание грануляционной ткани за пределы периодонта. Этим объясняется очаговая пламеобразная резорбция кортикального слоя стенки альвеолы, выявляемая на рентгенограмме.

Следует отметить, что рентгенологическая картина деструктивных изменений в периапикальной зоне неспецифична и не может служить основанием для выделения морфологических форм периодонтитов. По данным рентгенограммы невозможно отличить периапикальную гранулему от околокорневой кисты, хотя для последней наиболее характерны диаметр очага резорбции более 1,5 см и наличие ободка склероза по его периферии.

Результаты экспериментальных исследований, выполненных J.Bender et S.Seltzer (1961), A.Ramadan et D.Mitchell (1962) на скелетированных костях, показали, что деструктивные изменения рентгенологически выявляются только с момента вовлечения в патологический процесс переходной зоны и кортикальной пластинки, при этом изолированные повреждения губчатого вещества кости не выявляются. Следовательно, по рентгеновским снимкам, основываясь на четкости контуров очага деструкции и характере трабекулярного рисунка, возможно судить лишь о стадии воспалительного процесса и его распространенности.

Анализируя первичные рентгенограммы и цифровые снимки 93 больных с хроническими деструктивными периапикальными процессами, нами (Ефи-



Рис. 20. Фиброзный периодонтит 2]: периодонтальная щель деформирована в виде неравномерного расширения



Рис. 21. Рентгенологическая картина околокорневой гранулемы (а) и околокорневой кисты (б)



Рис. 22. Внутриротовая рентгенограмма (в области верхушек корней 123 определяется дефект с четким контуром, корни зубов выступают в дефект до уровня 1/3 своей длины, корневые каналы запломбированы до верхушки, периодонтальные щели визуализируются четко)



Рис. 23. Цифровая рентгенограмма (в области верхушки корня 12 определяется дефект, контуры расплывчатые, по периферии нечетко выраженный ободок склероза, периодонтальные щели визуализируются нечетко)

мов Ю.В. и соавт., 2005) были выявлены скиалогические признаки околокорневой кисты у 54 (58,1%) пациентов и у 39 (41,9%) больных — околокорневой гранулемы.

Нами также было отмечено, что периодонтальные щели, кортикальные пластинки лунок и верхушки корней зубов наиболее отчетливо визуализируются на внутриротовых рентгенограммах. В то же время использование радиовизиографа позволяет не только редуцировать лучевую нагрузку и проводить денситометрическую оценку снимков, но и вследствие возможности градации их затемненности увеличить контрастность и вместе с этим распознаваемость периапикальных повреждений (рис. 21, 22, 23).

При сопоставлении клинико-рентгенологических и патоморфологических данных совпадение диагнозов нами было отмечено у 36 (38,7%) пациентов.

Результаты нашего исследования согласуются с данными литературы и свидетельствуют о том, что дифференцировку клинических форм периапикальных деструктивных процессов необходимо проводить по результатам патоморфологических исследований.

7.3. Хирургические методы лечения хронического периодонтита

Существующие принципы лечения хронических периапикальных очагов инфекции, включающие механическую очистку корневого канала, медикаментозное или физиотерапевтическое воздействие на околокорневые ткани, дезинфекцию и последующее заполнение корневого канала пломбировочным материалом, позволяют получить благоприятный клинический эффект. В то же время консервативные методы лечения не всегда приводят к уничтожению микроорганизмов, и пациенты, имеющие такие зубы, становятся носителями скрытых (латентных) очагов хронической инфекции. Кроме того, во время и после консервативного лечения зубов с хроническими воспалительными периапикальными процессами и радикулярными кистами наблюдается много осложнений, большое количество ранее леченных зубов удаляется. В связи с этим очевидна необходимость включения в схему комплексного лечения этих патологических состояний как завершающего этапа хирургических методов.

В настоящее время редко используются такие методы периапикальной хирургии, как гемисекция, ампутация корня (или корней), гранулэктомия, и практически не применяются короно-радикулярная сепарация, короно-радикулярная ампутация, гемиреплантация и межкорневая гранулэктомия.

В литературе нет точных сведений об авторе, впервые предложившем метод гемисекции и ампутации корня. Считается, что операцию ампутации корня со значительными изменениями пародонта впервые осуществил Black (1886). По мнению Luebke et al. (1964), приоритет лечения моляров методом ампутации корня принадлежит Farrar (1884), который впервые изложил принципы нового метода лечения моляров с заболеваниями пародонта, и лишь в дальнейшем этот метод получил развитие в работах Black (1886) и Rhein (1897).

По определению Amsterdam et Rossman (1960), гемисекция «представляет собой сочетание хирургической и терапевтической процедуры, которой подвергается зуб, корень или корни которого не подлежат лечению, хирургически удаляются, а потенциально хорошо функционирующий сегмент эндодонтически излечивается и ортопедически восстанавливается».

По определению Basaraba (1969), «ампутация корня включает в себя удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части зуба. Гемисекция означает удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба».

На наш взгляд все методы хирургического лечения хронических периодонитов целесообразно разделить на две группы: радикальные, которые предусма-

тривают удаление зуба, и зубосохраняющие, которые включают операции на зубах верхней челюсти и операции на зубах нижней челюсти.

Классификация хирургических методов лечения хронических периодонтитов (Ю.В.Ефимов).

- I. Радикальные (удаление зуба).
- II. Зубосохраняющие операции:
 1. Зубосохраняющие операции на верхней челюсти: ампутиация корня, коронно-радикулярная ампутиация корня.
 2. Зубосохраняющие операции на нижней челюсти: гемисекция (простая и сложная), гемиреплантация.
 3. Зубосохраняющие операции, применяемые на обеих челюстях: резекция верхушки корня, гранулемэктомия (апикальная и межкорневая), коронно-радикулярная сепарация.

Операция удаления зуба подробно описана нами в главе V, поэтому в данной главе мы считаем целесообразным остановиться на описании только зубосохраняющих операций.

7.3.1. Зубосохраняющие операции, проводимые на верхней челюсти

Ампутация корня. Операция проводится на молярах верхней челюсти. Показанием к вмешательству служит наличие патологического процесса у одного из щечных корней. Удаление двух щечных корней или небного нецелесообразно, так как устойчивость зуба существенно снижается и он не в состоянии выполнять предназначенную для него функцию.

Варианты ампутации корней верхних моляров (Амстердам и Россман, 1960):

- 1) удаление медиально-щечного и дистально-щечного корней верхних моляров при сохранении небного корня;
- 2) удаление небного корня при сохранении обоих щечных корней;
- 3) удаление дистально-щечного корня при сохранении медиально-щечного и небного корней;
- 4) удаление медиально-щечного корня при сохранении небного и дистально-щечного корней;
- 5) отсечение одного из корней верхнего премоляра при сохранении другого корня;
- 6) рассечение и сохранение всех корней с последующим использованием каждого сегмента под индивидуальную коронку.

Временная стабилизация является мерой профилактики, устраняющей подвижность оставшегося сегмента зуба и возможность вторичной окклюзионной травмы. Как правило, она осуществляется после оперативного вмешательства.

Необходимым этапом, предшествующим операции ампутации корня, является эндодонтическое лечение. Авторы отмечают, что если операция осуществ-

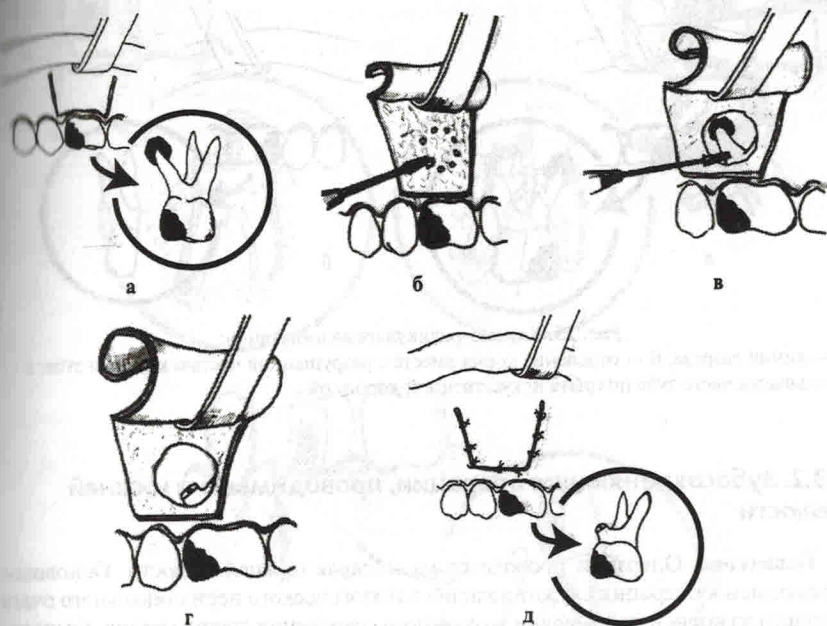


Рис. 24. Ампутация щечного корня: а — линия разреза; б — обнажение щечного корня; в — ампутация корня; г — корень ампутирован, видна его культя; д — лоскут уложен на дефект, фиксирован швами

ляется без предварительной эндодонтической обработки, то лечение может проводиться вместе с операцией, причем корневые каналы остающегося сегмента должны быть тщательно подготовлены и дезинфицированы, а пломбирование можно производить позже, не дожидаясь полного заживления лунки удаленного корня.

Техника операции. Под местной анестезией со стороны преддверия полости рта формируют слизисто-надкостничный лоскут. После этого бором трепанируют и удаляют кортикальную пластинку на всем протяжении пораженного корня. Затем в область видимого участка отхождения корня вводят фиссурный бор и отсекают корень строго по эмалево-цементной границе, после чего его удаляют вместе с периапикальным патологическим очагом, при этом коронка зуба сохраняется (рис. 24).

Коронно-радикулярная ампутация — удаление вместе с корнем прилежащей к нему части коронки. Операция показана в случаях необходимости удаления одного из корней верхнего моляра из-за невозможности его лечения и при значительном разрушении прилежащей к нему части коронки (рис. 25).

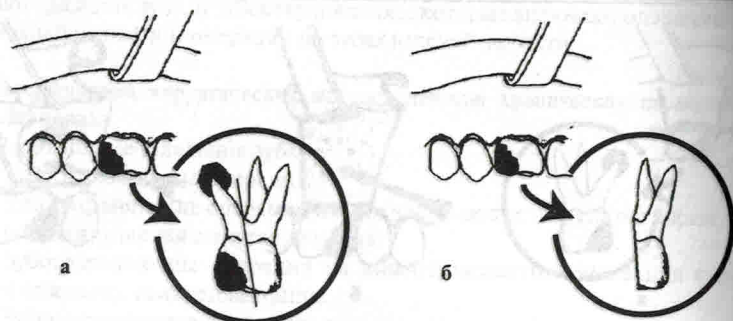


Рис. 25. Корона-радикулярная ампутация:

а — линия разреза; б — отделение корня вместе с разрушенной частью коронки зуба; в — оставшаяся часть зуба покрыта искусственной коронкой

7.3.2. Зубосохраняющие операции, проводимые на нижней челюсти

Гемисекция. Операция проводится на молярах нижней челюсти. Основным показанием к операции служит наличие патологического периапикального очага у одного из корней при условии возможного сохранения другого корня. Гемисекцию проводят двумя способами: без откидывания лоскута (простая гемисекция) и с откидыванием слизисто-надкостничного лоскута (сложная гемисекция).

Первый способ подробно описан Amsterdam et Rossman (1960). Он заключается в следующем.

Техника операции. После эндодонтического лечения сохраняемого корня и наложения пломбы под анестезией конусовидным (фиссурным) бором или сепарационным диском строго по бифуркации рассекают коронку зуба.

При этом межкорневая перегородка и костная ткань вокруг сохраняемого сегмента должны оставаться неповрежденными. Затем удаляют пораженную часть зуба вместе с периапикальным патологическим очагом.

Гемисекция сложная. Проведение сложной гемисекции начинают с формирования слизисто-надкостничного лоскута. После этого бором трепанируют и удаляют кортикальную пластинку на всем протяжении пораженного корня. Затем его удаляют вместе с периапикальным патологическим очагом и частью коронки зуба (рис. 27). Оставшийся сег-

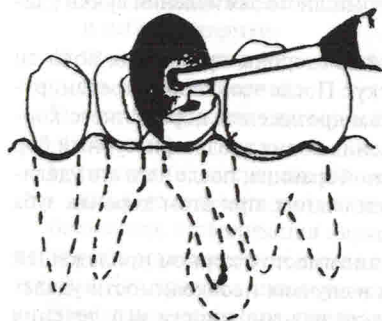


Рис. 26. Гемисекция простая (описание в тексте)

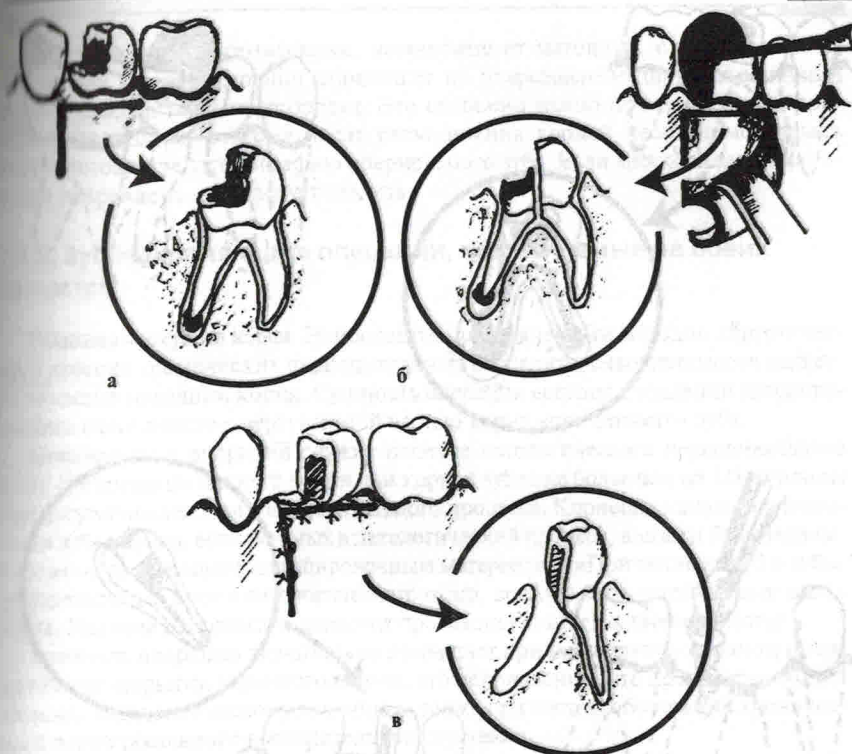


Рис. 27. Гемисекция сложная:

а — формирование слизисто-надкостничного лоскута; б — разъединение корней; в — оставшийся сегмент зуба после окончания операции

мент, представляющий собой премоляр, может использоваться под опору мостовидного или съемного протеза.

Гемиреплантация — рассечение зуба на две части и их удаление с последующей реплантацией одной из частей в свою лунку. Операция показана только для моляров нижней челюсти, которые не поддаются консервативной терапии, при этом наблюдается полное разрушение одной половины коронки зуба. Этот метод рекомендуется только при достаточном расстоянии между корнями зубов (рис. 28).

Техника операции. После проведения местной анестезии откидывают щечный и язычный лоскуты для оптимального доступа к бифуркации. Коронковую часть зуба разделяют на две равные части при помощи бора. Удаление корней производят с большой осторожностью, стараясь не повредить стенки альвеолы и межкорневую перегородку. После этого кюретажной ложкой удаляют пери-

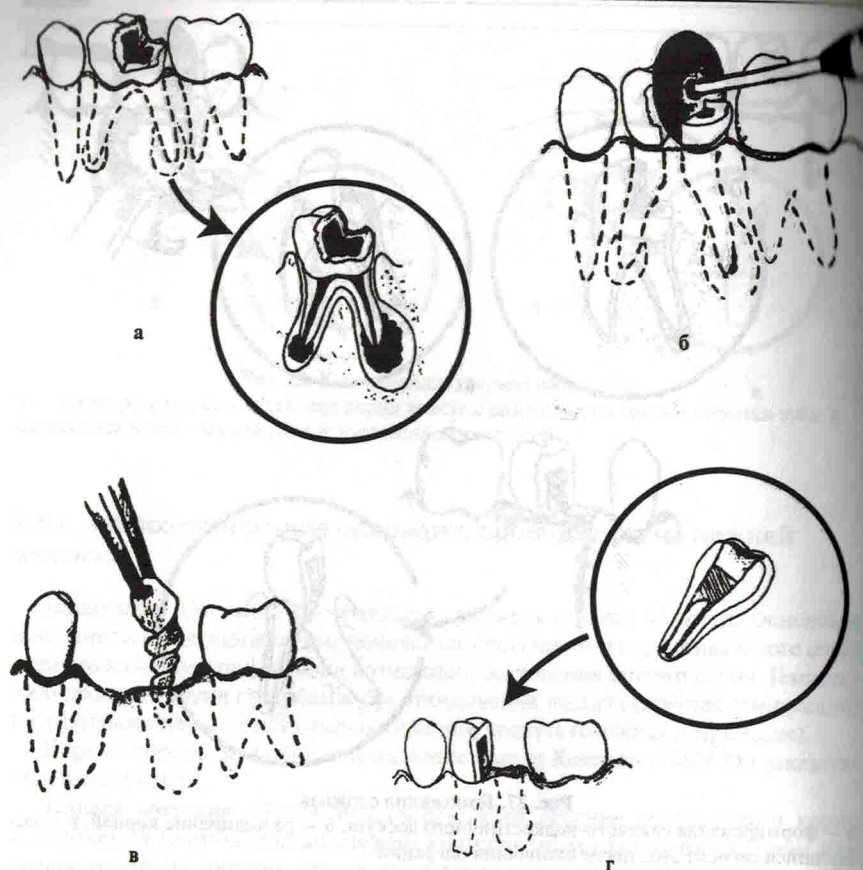


Рис. 28. Гемиреплантация:

а — хронический периодонтит первого моляра нижней челюсти; б — разъединение корней; в — корни удалены, в альвеолу дистального корня введена йодоформная турунда; г — медиальный корень с частью коронки запломбирован, его верхушка резецирована, после чего корень реплантирован

апикальный патологический очаг. Подлежащий реплантации фрагмент зуба пломбируют, верхушку корня резецируют. Удаленный фрагмент во время работы целесообразно держать в марлевой салфетке, смоченной стерильным физиологическим раствором. Затем корень реплантируют в лунку, лоскуты укладывают на место и фиксируют узловыми швами.

При выполнении гемисекции, независимо от методики, следует помнить, что основу успеха операции определяет не поврежденная при разъединении корней межкорневая перегородка. Это особенно важно при проведении простой гемисекции. Поэтому после разъединения корней необходимо сделать внутриротовую рентгенографию оперируемого зуба. Если межкорневая перегородка повреждена, зуб следует удалить.

7.3.3. Зубосохраняющие операции, применяемые на обеих челюстях

Резекция верхушки корня. Наиболее распространенным методом хирургического лечения хронических периапикальных воспалительных процессов является резекция верхушки корня. Сущность операции состоит в удалении патологического очага вместе с верхушечной частью корня «причинного» зуба.

Показанием к операции служит наличие патологического периапикального очага с погружением в него корня или корней зубов не более чем на $1/3$ их длины при отсутствии местного воспалительного процесса. Корневые каналы «причинного» зуба и зубов, вовлеченных в патологический процесс, должны быть запломбированы твердеющим пломбировочным материалом. «Причинный» зуб и зубы, расположенные в зоне патологического очага, должны быть устойчивыми в альвеоле. Наличие пародонтоза является противопоказанием к вмешательству.

Важность операции значительно возрастает при недостаточно полном и герметичном закрытии корневого канала, его искривлении, что препятствует адекватному эндодонтическому лечению, а также при частом обострении хронического периапикального воспалительного процесса.

Наиболее часто операцию проводят в области резцов, клыков и премоляров, причем на верхней челюсти значительно чаще, чем на нижней. Связано это с менее трудоемким техническим исполнением, чем в области моляров.

Для обезболивания тканей обычно используют инфильтрационную анестезию. Доступ к патологическому очагу осуществляют со стороны преддверия полости рта, при этом наиболее часто применяют полулунный, угловой или трапециевидный разрез (рис. 29).

После отслаивания слизисто-надкостничного лоскута в области проекции верхушки корня «причинного» зуба бором трепанируют кортикальную пластинку, отверстие расширяют до границ костного дефекта, выступающую часть корня резецируют на уровне края костного дефекта и после заполнения его кровяным сгустком лоскуты укладывают на дефект и фиксируют узловыми швами.

При строгом соблюдении показаний к вмешательству его эффективность достаточно высока. Однако мы считаем необходимым остановиться на следующих моментах.

1. Метод является разрушающим и обладает рядом существенных недостатков:
 - снижение функции зуба вследствие укорочения его корня;
 - невозможность проведения операции при подвижности зуба и распространении патологического очага более чем на $1/3$ длины корня;