

СОДЕРЖАНИЕ

Авторский коллектив	5
Введение	6
Классификация хирургических методов лечения	8
Классификация хирургических вмешательств на пародонте	8
Показания и противопоказания к хирургическому лечению	11
Противопоказания к хирургическому лечению при заболеваниях пародонта	11
Пародонтальная хирургия	13
Операции по устранению пародонтального кармана	13
Операции на слизистой оболочке	21
Гингивотомия	21
Гингивэктомия	22
Гингивопластика	23
Пародонтальные лоскуты	23
Мукогингивальная хирургия	32
Френотомия	32
Френулэктомия	33
Пластика преддверия полости рта	34
Тканевая инженерия при хирургических операциях на пародонте (клеточная терапия, каркасы)	37
Подходы к регенерации пародонта	37
Клеточная терапия	38
Каркасы — остеопластические материалы	40
Костная хирургия	42
Увеличение объема альвеолярного гребня	43
Сохранение лунки	44
Защита десневых контуров	44
Восстановление десневых сосочков	44
Направленная тканевая регенерация с применением остеотропных препаратов и мембран	45
Остеотропные препараты	47

Хирургия альвеолярной кости челюстей при имплантации зубов	49
Реконструкция альвеолярного отростка верхней челюсти	50
Реконструктивные операции на альвеолярной кости челюстей . . .	54
Метод винирной пластики аутотрансплантатом Г-образной формы	62
Заключение	68
Тестовые задания	69
Ответы к тестовым заданиям	71
Список литературы	71

КЛАССИФИКАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Хирургические методы лечения значительно повышают качество и эффективность терапии при патологии пародонта. Благодаря этим методам снижается количество рецидивов заболевания.

Цели пародонтальной хирургии:

- ▶ устранение пародонтальных карманов;
- ▶ создание физиологичного десневого контура;
- ▶ коррекция мукогингивальных дефектов;
- ▶ усиление регенерации тканей пародонта;
- ▶ устранение дефектов челюстных костей.

КЛАССИФИКАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПАРОДОНТЕ

Существует несколько классификаций хирургических методов, включающих большое количество модификаций и методик выполнения операций.

К хирургическим методам лечения относят следующие:

- ▶ операции по устранению пародонтального кармана;
- ▶ операции на слизистой оболочке, направленные на создание физиологичного десневого контура;
- ▶ операции, направленные на устранение патологического строения мягких тканей полости рта;
- ▶ лоскутные операции с применением средств, стимулирующих регенерацию тканей пародонта;
- ▶ реконструктивные операции, направленные на устранение дефектов челюстных костей;
- ▶ оперативные вмешательства, обусловленные специальными показаниями.

К вмешательствам, направленным на устранение пародонтального кармана, относят следующие:

- ▶ кюретаж закрытый;
- ▶ кюретаж открытый;
- ▶ формирование нового прикрепления;
- ▶ лоскутные операции (модифицированный лоскут Видманна).

Во вторую группу хирургических вмешательств относят операции на слизистой оболочке, направленные на создание физиологического десневого контура:

- ▶ гингивотомия;
- ▶ гингивэктомия;
- ▶ пародонтальные лоскуты;
- ▶ аутотрансплантаты.

Коррекция мукогингивальных дефектов включает операции, направленные на устранение патологического строения мягких тканей полости рта:

- ▶ френулэктомия;
- ▶ френулотомия;
- ▶ вестибулопластика.

В следующую группу хирургических вмешательств включены лоскутные операции с применением средств, стимулирующих регенерацию тканей пародонта:

- ▶ направленная регенерация тканей пародонта.

Реконструктивные операции, направленные на устранение дефектов челюстных костей, включают следующие:

- ▶ операции по исправлению костных деформаций и увеличению толщины кости;
- ▶ увеличение объема альвеолярного гребня;
- ▶ операции поднятия придаточной пазухи носа (синуса).

Оперативные вмешательства, обусловленные специальными показаниями:

- ▶ лоскутные операции, корригирующие край десны;
- ▶ реконструкция десневых сосочков;
- ▶ косметическое восстановление тканей десны;
- ▶ клиновидное иссечение;
- ▶ операции для покрытия корней (лоскуты на ножке, латерально смещенные лоскуты, коронарно смещенные лоскуты);
- ▶ создание туннелей.

Вопросы

1. В чем заключается цель хирургических операций на пародонте?
2. На какие группы разделяют хирургические операции на пародонте?
3. Какие вмешательства направлены на устранение пародонтального кармана?
4. Какие хирургические вмешательства относят к регенеративным операциям?

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Основное показание, определяющее необходимость хирургического вмешательства, — прогрессирующее воспалительное заболевание пародонта, а также потребность в восстановлении разрушенной костной ткани вследствие атрофии для возможности дентальной имплантации.

Выбор хирургического метода зависит от степени деструкции костной ткани, то есть степени поражения тканей пародонта.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

Противопоказания делят на общие и местные, абсолютные и относительные.

Общие противопоказания:

- ▶ некомпенсированные формы тяжелых соматических заболеваний (например, сахарный диабет);
- ▶ заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек;
- ▶ беременность.

Местные противопоказания:

- ▶ неудовлетворительная гигиена полости рта;
- ▶ патология прикуса, не подлежащая коррекции;
- ▶ наличие травматической окклюзии;
- ▶ деструкция костной ткани более чем на $2/3$ – $3/4$ длины корня при подвижности зубов III–IV степени;
- ▶ фиброзно измененная или истонченная десна.

Абсолютные противопоказания:

- ▶ заболевания крови (например, гемофилия);
- ▶ активная форма туберкулеза;
- ▶ онкологическая патология;
- ▶ системный остеопороз в активной фазе.

Относительные противопоказания:

- ▶ острые инфекционные заболевания (грипп, ангина);
- ▶ анемия.

Хирургическое лечение проводят только после консервативной терапии и предоперационной подготовки, включающей санацию полости рта, удаление наддесневых зубных отложений, устранение местных травмирующих факторов и проведение противовоспалительной медикаментозной терапии. Кроме того, необходимо выполнить удаление зубов III степени подвижности, провести избирательное пришлифовывание и устранить травматическую окклюзию, обеспечить иммобилизацию подвижных зубов методами временного шинирования.

Удалению зубных отложений и сглаживанию поверхности корня придают большое значение, так как они способствуют ликвидации зубной бляшки и воспаления. С этих мероприятий начинают лечение пародонтита.

Обучение гигиене полости рта и контроль над ее качеством проводят на всех этапах лечения.

Перед операцией необходимо получить информированное согласие пациента на проведение оперативного вмешательства.

В истории болезни следует зафиксировать состояние тканей пародонта (мягких тканей, а также клинические индексы, данные рентгенологического исследования), медицинские консультации, предоперационные лабораторные исследования, показатели артериального давления до и после лечения.

Исход лечения во многом зависит от правильного ведения предоперационного и послеоперационного периодов.

Вопросы

1. Какой критерий служит определяющим для проведения хирургического вмешательства?
2. Каковы системные соматические заболевания, входящие в перечень противопоказаний для проведения хирургического метода лечения?
3. Что можно отнести к местным противопоказаниям для проведения хирургического метода лечения?
4. От чего зависит благоприятный исход хирургического лечения?

ПАРОДОНТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

ОПЕРАЦИИ ПО УСТРАНЕНИЮ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА

К операциям по устранению пародонтального кармана относят кюретаж, хирургический метод формирования нового прикрепления, лоскутную операцию.

Данные операции основаны на отслаивании слизисто-надкостничного лоскута, обеспечении доступа к корням с целью удаления поддесневого зубного камня и размягченного цемента, сглаживания поверхности корня, а также удаления эпителия внутренней поверхности кармана, грануляционной ткани и воспаленной соединительной ткани. Выполнение этих методик приводит к снижению воспаления десны и остановке прогрессирования заболевания.

Кюретаж

Кюретаж — один из наиболее распространенных методов хирургического лечения. Его цель — удаление из кармана поддесневого зубного камня, пораженного цемента, скопления микроорганизмов, грануляций, вегетирующего эпителия. Выскабливание содержимого пародонтального кармана проводят специальными инструментами. Проведение кюретажа направлено на устранение кармана и создание нового прикрепления десны.

Показания к кюретажу:

- ▶ воспаление тканей пародонта;
- ▶ глубина пародонтальных карманов до 4 мм;
- ▶ отсутствие костных карманов.

Противопоказания к кюретажу:

- ▶ выделение гноя из карманов;
- ▶ наличие костных карманов;
- ▶ глубина карманов более 5 мм;
- ▶ истончение или фиброзное изменение стенки десневого края;
- ▶ вовлечение фуркаций;
- ▶ подвижность зубов III степени.

Закрытый кюретаж

Процедура очистки неглубоких (до 4 мм) пародонтальных карманов без нарушения целостности десны включает удаление зубных отложений, выскабливание грануляций и вросшего эпителия, обработку поверхности корня зуба без образования слизисто-надкостничного лоскута (рис. 3.1).

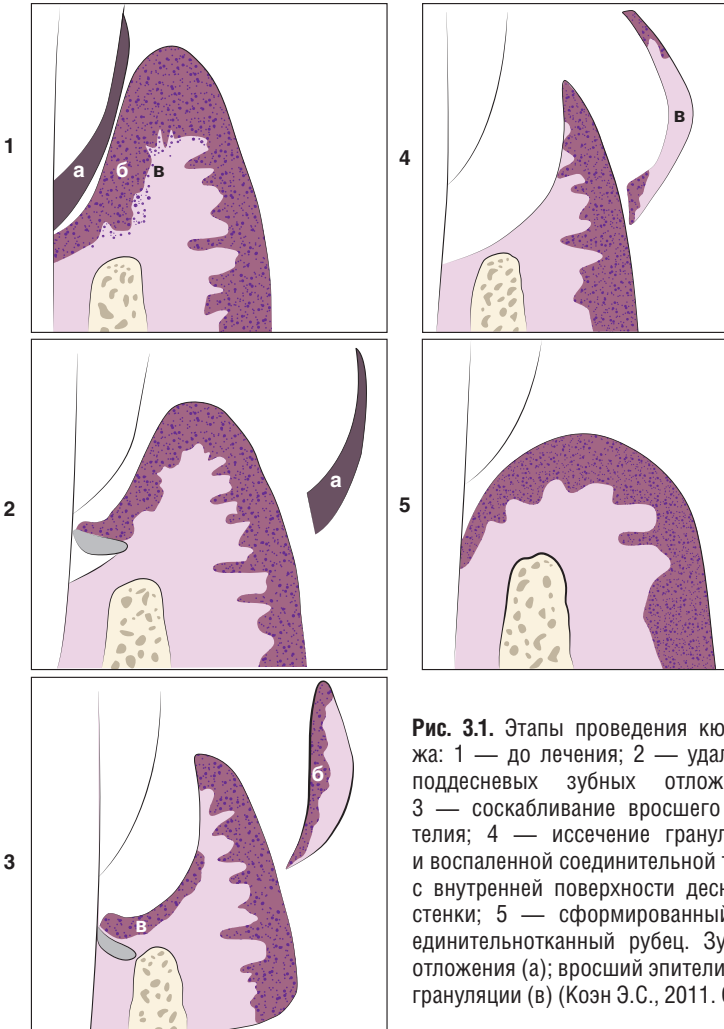


Рис. 3.1. Этапы проведения кюретажа: 1 — до лечения; 2 — удаление поддесневых зубных отложений; 3 — соскабливание вросшего эпителия; 4 — иссечение грануляций и воспаленной соединительной ткани с внутренней поверхности десневой стенки; 5 — сформированный соединительнотканый рубец. Зубные отложения (а); вросший эпителий (б); грануляции (в) (Козн Э.С., 2011. С. 53)

Одновременную обработку карманов при проведении этой операции проводят в области 2–4 зубов.

Техника операции

1. Все этапы кюретажа проводят под местной инфильтрационной анестезией.
2. Первый этап заключается в тщательном удалении поддесневых зубных отложений и патологически измененного цемента корня вручную (крючки, экскаваторы, рашпили, кюретки и др.) или с помощью ультразвукового скалера. Зубные отложения удаляют, фиксируя инструмент у основания отложений, и плавным рычагообразным движением, направляя его от верхушки корня к коронке зуба, последовательно обрабатывают все поверхности зуба (вестибулярную, апроксимальные, оральную). После этого обрабатывают поверхность корня ультразвуковыми аппаратами, финирами, полирами.
3. Обработка дна кармана заключается в соскабливании вросшего эпителия зубодесневой борозды горизонтальными движениями.
4. Для иссечения грануляций и воспаленной соединительной ткани с внутренней поверхности десневой стенки на наружный ее край устанавливают палец и кюретками удаляют патологические ткани «по пальцу».
5. Проводят антисептическую обработку и прижимают десневую стенку к поверхности зуба. Сформировавшийся кровяной сгусток способствует лучшему заживлению.
6. Накладывают десневые фиксирующие повязки.

Об эффективности кюретажа можно судить через 2–3 нед. В этот срок должен сформироваться соединительнотканый рубец.

Преимущества:

- ▶ прикрепление десны к корню зуба;
- ▶ восстановление эпителия десневой борозды;
- ▶ плотное прикрепление десневой «муфты» к корню зуба.

Недостатки:

- ▶ недостаточный обзор обрабатываемой поверхности.

Открытый кюретаж

Открытый кюретаж — операция по созданию частично мобилизованного лоскута для улучшения доступа и видимости корней. Кюретаж проводят специальными инструментами, в набор которых входят

зубоврачебные крючки различных форм и размеров, кюретажные ложки, экскаваторы, напильники, рашпили и др.

Показания:

- ▶ глубина пародонтального кармана до 5 мм;
- ▶ значительное разрастание грануляций;
- ▶ деформация межзубных сосочков;
- ▶ неплотное прилегание десны к зубу.

Противопоказания:

- ▶ глубина кармана более 5 мм;
- ▶ резкое истончение десны;
- ▶ некроз десны;
- ▶ гноетечение, абсцедирование.

Техника операции

1. После антисептической обработки полости рта и анестезии проводят разрез по вершинам межзубных сосочков, тупо отслаивают щечные и язычные сосочки межзубной десны.
2. Экскаваторами, крючками, рашпильной гладилкой удаляют поддесневые зубные отложения с группы зубов.
3. Ножницами иссекают грануляции на внутренней поверхности десневых сосочков, проводят деэпителизацию и формирование десневого края, удаляя измененную часть десны.
4. Операционное поле промывают растворами антисептиков. Обработанные межзубные сосочки укладывают на место и фиксируют лечебно-защитной повязкой.

Пациенту рекомендуют в течение суток прикладывать к коже в области послеоперационной раны холод. В первое время после операции пациенту следует воздерживаться от употребления грубой и раздражающей пищи. Чистку зубов нужно проводить как обычно, только в области послеоперационной раны она должна быть щадящей. После еды рот следует тщательно прополаскивать растворами антисептиков или отварами трав.

Преимущества:

- ▶ улучшение доступа и видимости корней.

Недостатки:

- ▶ возможны осложнения: кровотечение, ретроградный пульпит.

Хирургический метод формирования нового прикрепления

Данный метод представляет собой кюретаж, выполняемый с помощью скальпеля (рис. 3.2). При этом способе можно достичь лучшего доступа к корням при минимальном отслаивании слизистого лоскута.

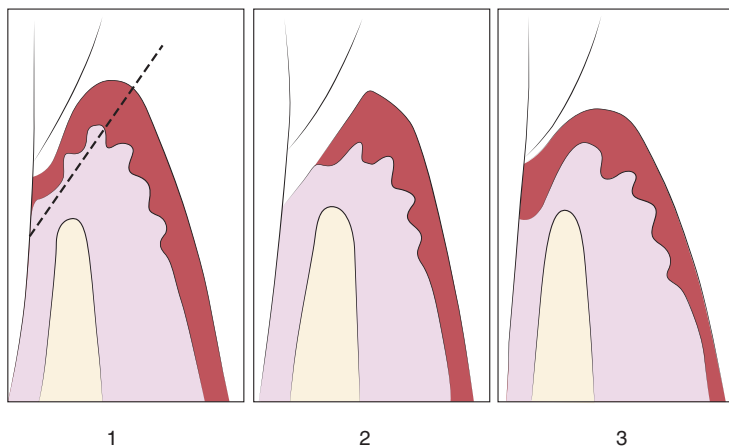


Рис. 3.2. Техника операции формирования нового прикрепления: 1 — обратно-скошенный разрез по направлению от гребня к основанию кармана (обозначено пунктиром); 2 — удаление зубного камня, размягченного цемента, грануляционной ткани; 3 — репозиция десневых сосочков, в межзубных промежутках накладывают швы (Козн Э.С., 2011. С. 30)

Для работы используют скальпель для проведения горизонтальных разрезов, вертикальные разрезы при этом не используют (Козн Э.С., 2011).

Показания:

- ▶ глубина пародонтального кармана до 5 мм.

Противопоказания:

- ▶ глубина кармана меньше 3 мм;
- ▶ оголение фуркации.

Техника операции

1. Используют местную анестезию.
2. С помощью скальпеля делают обратно-скошенный разрез по направлению от гребня к основанию кармана.
3. В межзубном промежутке истончают десневые сосочки.
4. Обрабатывают обнаженные поверхности корней, удаляют зубной камень, размягченный цемент и грануляционную ткань.
5. Проводят репозицию десневых сосочков, в межзубных промежутках накладывают швы.
6. Накладывают десневую повязку.

Преимущества:

- ▶ лучший доступ к корням;
- ▶ минимальная травма ткани десны.

Недостатки:

- ▶ истончение десневых сосочков.

Лоскутная операция

Лоскутная операция — операция по созданию полностью мобилизованного лоскута с помощью вертикальных разрезов. Лоскутная операция, или апикально смещенный лоскут, — модификация лоскутной операции Видманна. Суть заключается в выкраивании и откидывании слизисто-надкостничного лоскута с последующей тщательной обработкой корней зубов, костных карманов и внутренней части лоскута.

На данный момент предложено несколько десятков модификаций лоскутной операции.

Лоскутная операция на сегодняшний день служит ведущим методом хирургического лечения пародонтита.

Показания:

- ▶ глубина карманов более 6 мм.

Противопоказания:

- ▶ резорбция костной ткани более 2/3 длины корня;
- ▶ наличие резорбции в области бифуркации;
- ▶ тяжелая сопутствующая соматическая патология.

Преимущества:

- ▶ полное удаление патологически измененных тканей под визуальным контролем;
- ▶ наличие хорошего доступа к корням;
- ▶ меньшая травма мягких тканей по сравнению с кюретажем;
- ▶ обеспечение более длительной стабилизации процесса в пародонте.

Недостатки:

- ▶ обнажение шеек зубов;
- ▶ снижение высоты альвеолярного отростка;
- ▶ увеличение подвижности зубов;
- ▶ возникновение гиперестезии дентина;
- ▶ нарушение контуров межзубных сосочков (так называемые черные треугольники).

Лоскутная операция по Видманну–Нойманну

Операция показана при наличии множественных глубоких зубодесневых и костных карманов различной локализации и глубины.

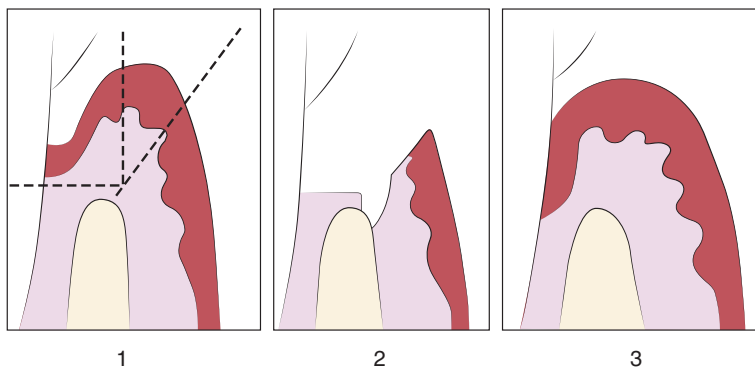


Рис. 3.3. Техника лоскутной операции по Видманну: 1 — разрезы с вестибулярной стороны по гребню десны и внутренний скошенный частично истончающий разрез (обозначено пунктиром); 2 — разрезом в области шейки зуба удаляют внутренний лоскут; 3 — лоскуты укладывают на место и фиксируют узловыми швами (Козэн Э.С., 2011. С. 30)

Сущность операции заключается в выкраивании и откидывании слизисто-надкостничного лоскута для улучшения обзора и доступа к корням и костным карманам для тщательной их обработки (рис. 3.3).

Техника операции

1. Используют местную анестезию.
2. Намечают линии разреза.
3. Разрез проводят по гребню десны с вестибулярной и оральной сторон. С вестибулярной стороны делают внутренний скошенный частично истончающий разрез, отступив 0,5–1,0 мм от свободного края десны. Разрезы проводят до гребня кости. Лезвие скальпеля удерживают параллельно оси зуба. В межзубных промежутках сосочки истончают для удаления вросшего эпителия. Ткани в межзубных промежутках максимально сохраняют.
4. Делают два вертикальных разреза от края десны до переходной складки.
5. Отслаивают и откидывают слизисто-надкостничный лоскут. Открывают кость на 2–3 мм.
6. Вторичным разрезом борозды в области шейки зуба удаляют внутренний лоскут.
7. Проводят разрезы в межзубных промежутках и удаляют пораженные ткани альвеолярного гребня.

8. Тщательно удаляют грануляции, зубные отложения и инфицированный цемент корня. Моделируют рельеф внешней поверхности кости альвеолярного гребня. Сглаживают поверхность обнаженных корней. Промывают стерильным изотоническим раствором натрия хлорида.
9. Лоскуты укладывают на место и фиксируют узловыми швами в каждом межзубном промежутке.

Вопросы

1. В чем заключается основная цель проведения кюретажа?
2. Каковы показания и противопоказания для проведения кюретажа?
3. Какие существуют виды кюретажа?
4. Какие операции приводят к устранению пародонтального кармана?
5. Чем отличается кюретаж от лоскутных операций?
6. Что можно отнести к преимуществам и недостаткам лоскутных операций?