

**лечения заболеваний
пародонта: лоскутные
операции и методы
остеопластики дефектов
альвеолярного отростка.**

**Общие принципы
хирургических методов
лечения заболеваний
пародонта (кюретаж,
гингивотомия,
гингивоэктомия).**

Пародонт

– комплекс тканей окружающий зуба и обеспечивающий его фиксации в челюсти.

В состав пародонта входит:

- десна
- аппарат связок периодонта
- кость альвеолярного отростка
- поверхностный слой цемента зуба

КЛАССИФИКАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

1. Кюретаж

а. открытый

б. закрытый

2. Гингивотомия

а. вертикальная

б. горизонтальная

3. Гингивоэктомия

а. простая

б. радикальная

4. Лоскутные операции

а. гингивопластика

б. гингивоостеопластика

Лоскутная операция



- Это – выкраивание и откидывание слизисто-надкостничного участка десны, и последующая обработка костных карманов, поверхностей корней зубов и внутренней поверхности отслоенных мягких тканей.

Показания и противопоказания



Показания

- пародонтит средней и тяжелой степеней тяжести,
- карманы при котором имеют глубину 5-8 миллиметров,
- на половину длины корня зуба развита резорбция костной ткани

Противопоказания

- наличие резорбции альвеолярного отростка более чем на половину длины корня,
- имеющийся обширный очаг резорбции костной ткани в непосредственной близости от бифуркации многокорневого зуба.
- Наличие тяжелой соматической патологии, особенно если лоскутная операция на десне может усугубить ее течение.

Недостатки

- Не восстанавливается утраченная кость
- Нарушаются контуры межзубных сосочков
- Практически не удается избежать полного отсутствия обнажения корней после заживления

Лоскутная операция



определение линии разреза

ЛОСКУТНАЯ ОПЕРАЦИЯ



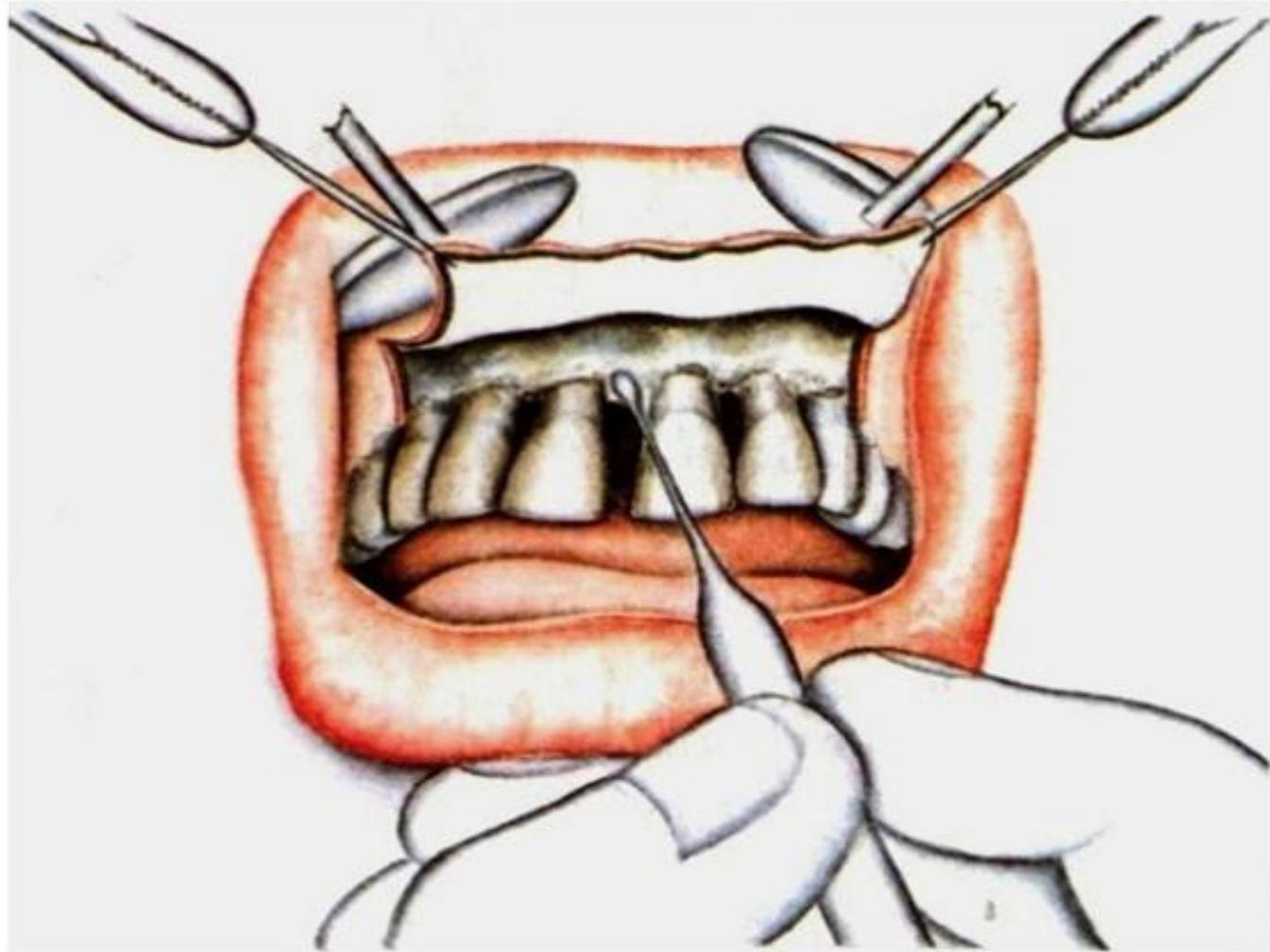
выкраивание лоскута  MyShared

ЛОСКУТНАЯ ОПЕРАЦИЯ



отслаивание слизисто-надкостничного лоскута  MyShared

ЛОСКУТНАЯ ОПЕРАЦИЯ



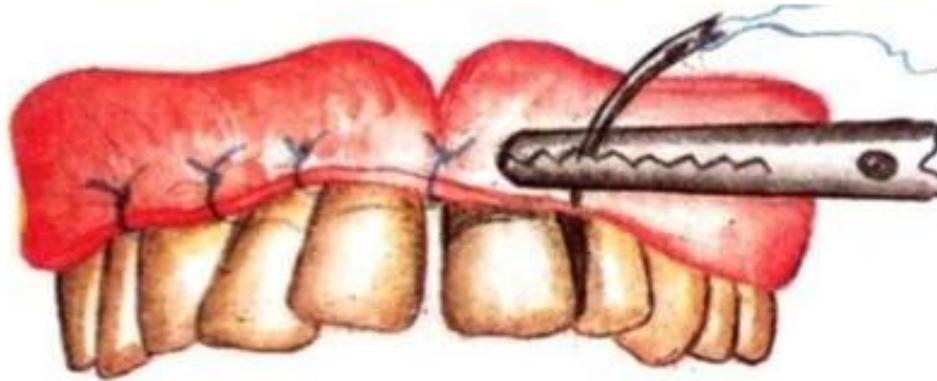
кюретаж

ЛОСКУТНАЯ ОПЕРАЦИЯ



укладывание лоскута на место  MyShared

ЛОСКУТНАЯ ОПЕРАЦИЯ



наложение
ШВОВ



До



После



Костная пластика, другое название – **остеопластика**, (от греч. «plastike» - лепка; «osteо»- кость) – это исправление недостатков кости путем пересадки и биологической стимуляции восстановления костной ткани. Костная пластика направлена на увеличение объема кости в определенных участках челюсти.

Костная пластика может осуществляться различными способами – с собственной костной ткани пациента или с остеозамещающими материалами различного происхождения:

- ❖ аллогенный материал (берется из кости донора)
- ❖ ксеногенный материал (берется из кости животных)
- ❖ синтетический материал (биокерамика на основе гидроксиапатита или фосфата кальция)

- **Методика операции зависит от конкретной анатомической формы:**
- Единичная форма - когда наблюдается костный дефицит в области единственного зуба. Чаще всего возникает в результате травмы резца. Костная основа здесь нужна для обеспечения эстетики.
- Сегментарная форма – при которой приходится восстанавливать дистальные области альвеолярного отростка;
- Полная форма - заключается в восстановлении всей верхней челюсти.
- При отсутствии премоляров и моляров на верхней челюсти, обычно требуется поднять дно гайморовой пазухи-синус-лифт, увеличить и укрепить костную основу.

- Сначала осуществляется доступ к участку кости, где в последующем будет установлен имплантат, затем костный материал вносится в участок дефекта и закрывается мембраной, далее мембрана фиксируется и рана ушивается. Период регенерации кости в данном случае составляет 3-6 месяцев, после чего возможно установить имплантат.





ЛОСКУТНАЯ ОПЕРАЦИЯ



заполнение костных полостей биологически активным материалом

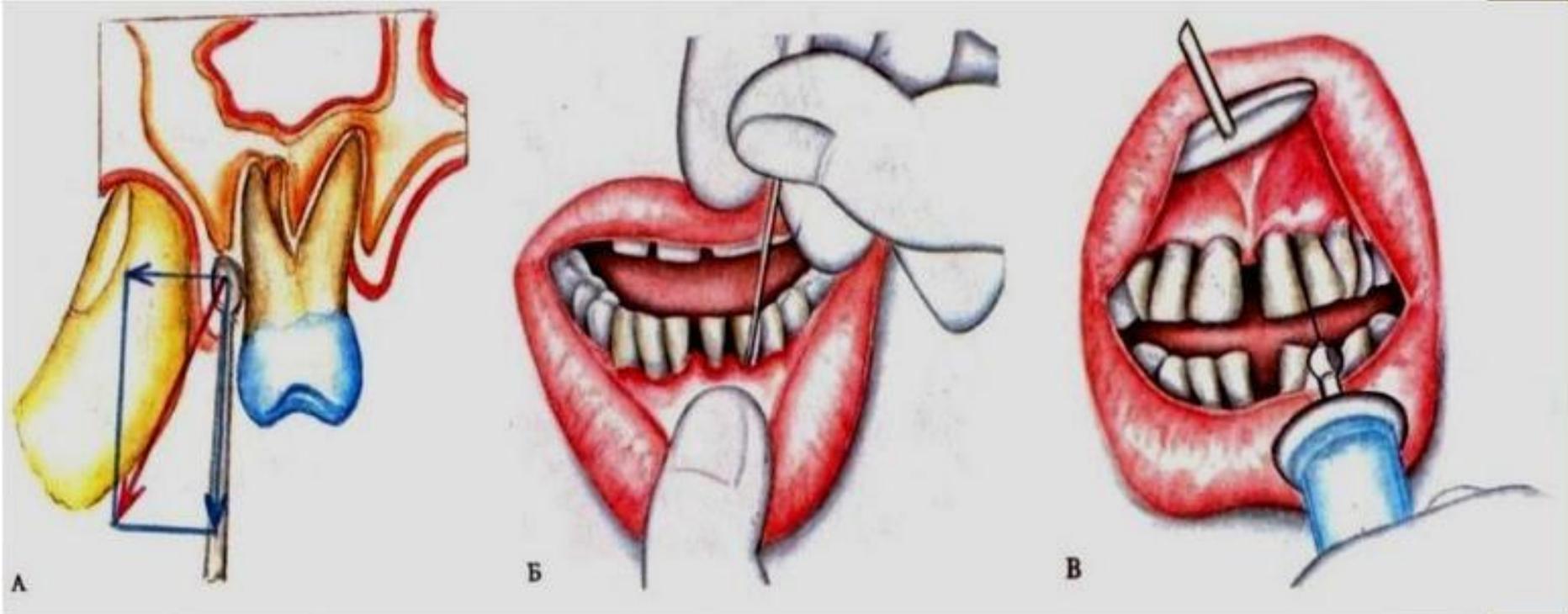
Кюретаж



- **Кюретаж** - удаление патологических грануляций и обработка поверхности корня зуба без образования слизисто-надкостничного лоскута.

Целью кюретажа является удаление из пародонтального кармана грануляций, вегетирующего эпителия, распавшейся ткани, поддесневого «зубного камня», пораженного цемента.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ КЮРЕТАЖА ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ



А – направление движений инструмента при выскабливании грануляций

Б – состояние кюретки относительно 1 зуба

В – выскабливание грануляционного и выросшего эпителия

Закрытый кюретаж

- К показаниям для проведения закрытого кюретажа является пародонтит средней и легкой степени тяжести, при условии, что глубина пародонтальных карманов составляет 3,5 – 4,0 миллиметра, отсутствуют костные карманы, а десна имеет плотную структуру.

Противопоказания

- выделение гнойного секрета из кармана
- подозрение на абсцесс и его достоверное наличие
- наличие костных карманов, а также при достижении пародонтальными карманами глубины более 5 мм
- фиброзно-измененные и истонченные ткани десны
- подвижность зуба III степени.



- *Характерной особенностью данной методики является безоговорочная, практически ювелирная, осторожность, требуемая от доктора, так как грубо проведенный кюретаж пародонтальных карманов, нередко влечет за собой развитие различных осложнений, и соответственно задержке и ухудшению заживления.*

Открытый кюретаж



Проводится с целью удаления патологических тканей и образований. Иссечения вросшего в карман эпителия, грануляций, удаления инфицированного цемента корня и назубных поддесневых отложений – устранения пародонтального кармана.

Показания и противопоказания



Показания к открытому кюретажу

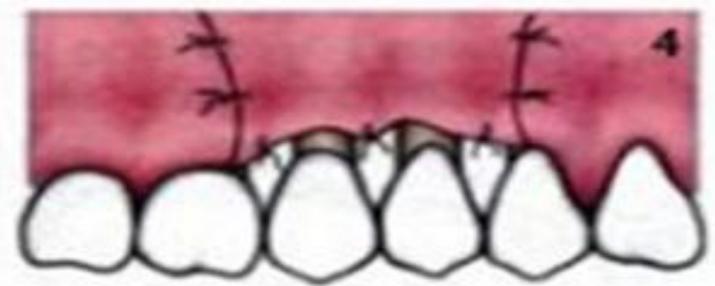
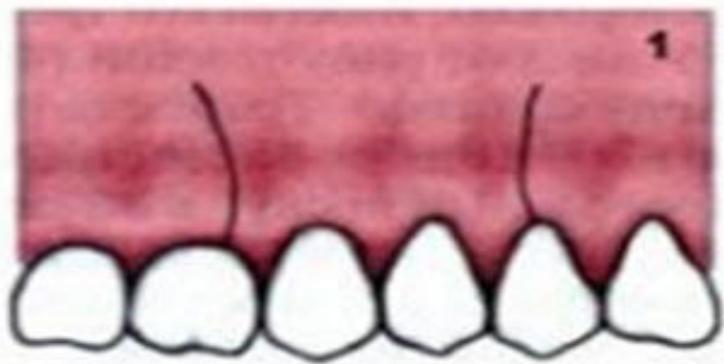
- Глубина пародонтального кармана до 5,0 мм.
- Включения в костный дефект бифуркации и трифуркации.
- Вертикальный или смешанный тип резорбции костной ткани
- *Если десневой край имеет значительную деформацию, допускается удаление части десны шириной до 1,0-1,5 миллиметра.*

Противопоказания

- при глубине карманов более 5 миллиметров,
- при слишком истонченных тканях десны,
- если имеются некротические изменения десневого края,
- абсцедирование и гноетечение из кармана и окружающих десен,
- острые воспалительные и инфекционные заболевания полости рта.

Техника открытого кюретажа

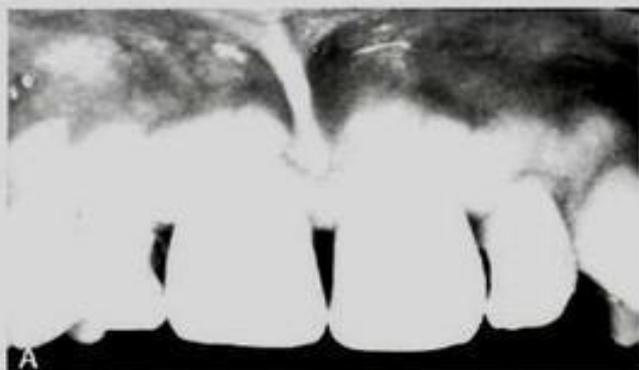
- 1. Асептическая обработка.
- 2. Обезболивание.
- 3. Рассечение межзубных сосочков.
- 4. Отслаивание слизисто-надкостничного лоскута.
- 5. Удаление грануляции, зубных отложений.
- 6. Скайлинг поверхности корня.
- 7. Деэпителизация лоскута.
- 8. Введение остеопластического материала.
- 9. Ушивание раны.
- 10. Наложение повязки.



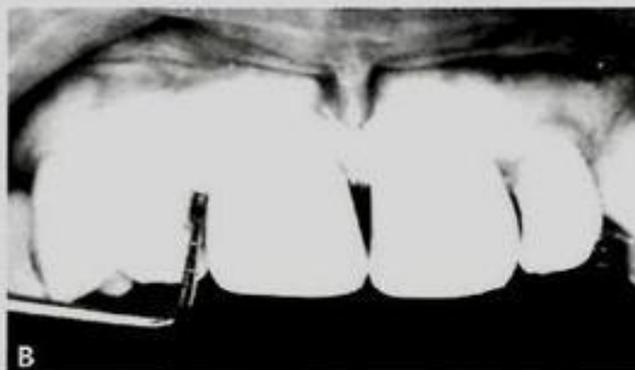
После процедуры

Через полтора-два месяца после проведения процедуры проводится повторное стоматологическое обследование с целью выявления эффективности лечения и необходимости его продолжения.

Снятие отложений и кюретаж



A



B



C



D



E



F

A – воспаленная отечная десна

B – зонд введен в карман глубиной 3-5 мм

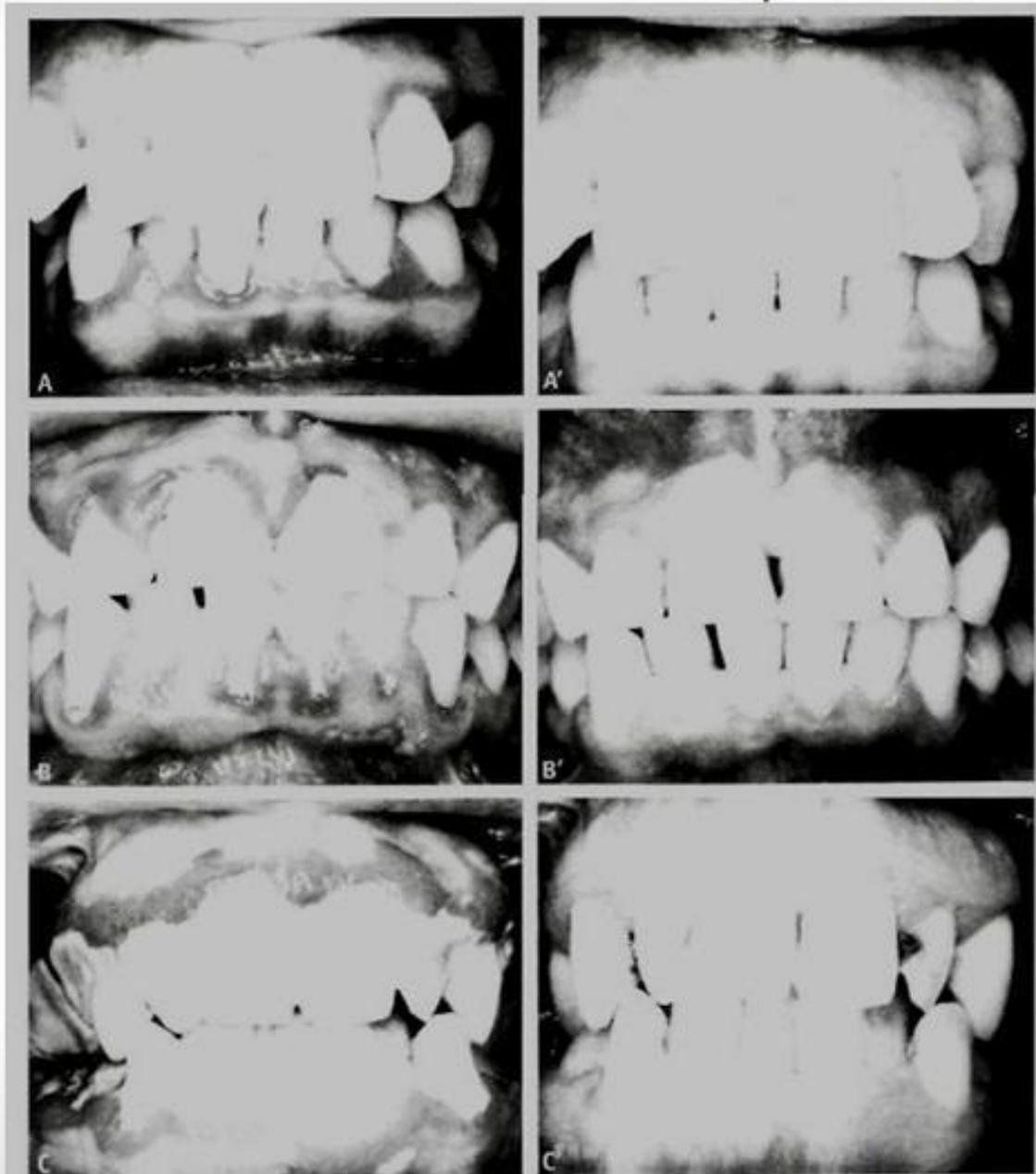
C – кюретаж начинают с расположения скалера по направлению к десне

D – снятие отложений и сглаживание поверхности корня начинают с введения скалера под углом 45° к поверхности зуба

E – скалер перемещают коронально тянущим движением

F – вид через два месяца после лечения (обратите внимание на устранение отека и прекрасный десневой контур)

Результаты, достигнутые в результате снятия отложений и кюретажа



А, В, С – вид до лечения

А', В', С' – после лечения

Гингивотомия

– полиативный или симптоматический метод лечения, проводимый с помощью вертикальных или горизонтальных разрезов тканей десны.

Показания:

- гипертрофический гингивит,
- фиброматоз десен,
- узкий глубокий односторонний костный карман,
- одиночные рецидивирующие пародонтальные абсцессы

Противопоказания:

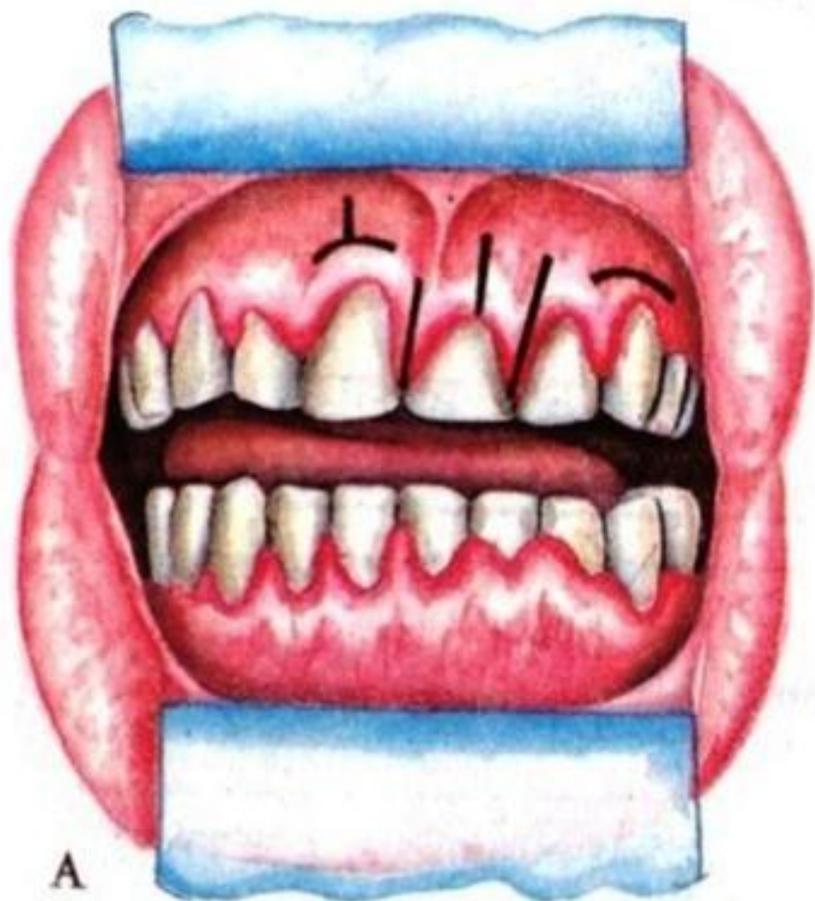
- пародонтальные карманы глубиной до 1-4 мм.

К осложнениям

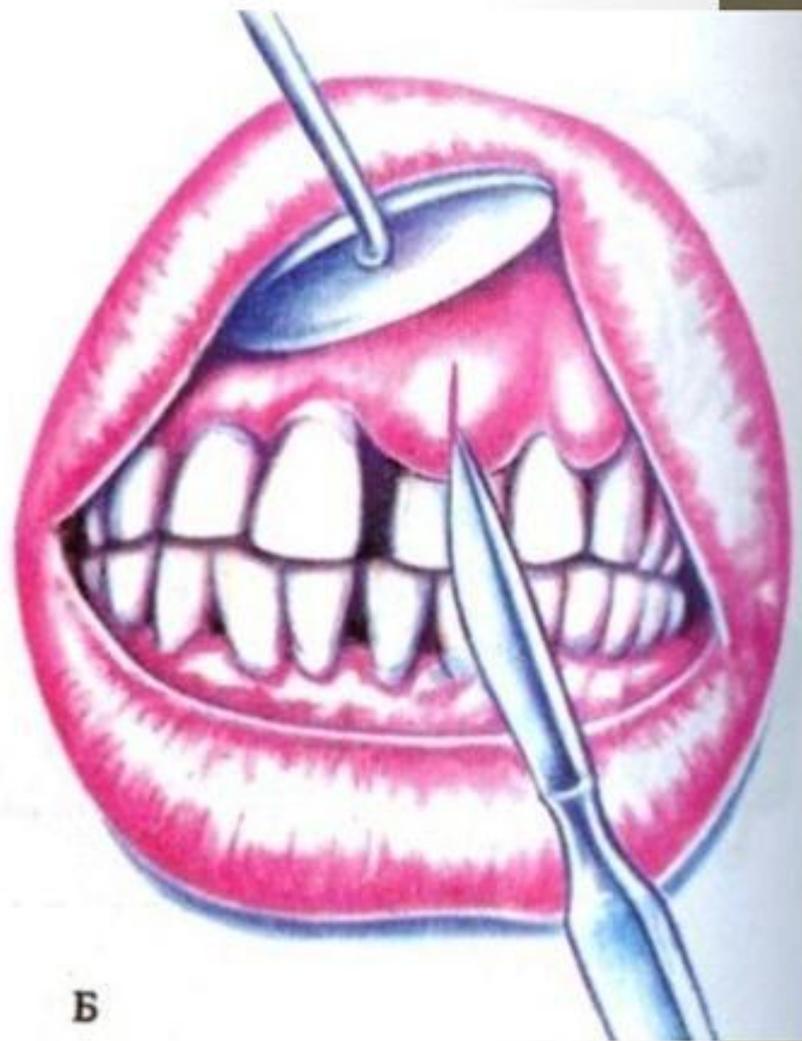
ГИНГИВОТОМИИ МОЖНО ОТНЕСТИ

- ретракцию десны и ограниченность обзора операционного поля

ГИНГИВОТОМИЯ



А



Б

А - линии разрезов

Б - положение скальпеля по отношению к оси зуба

ГИНГИВОТОМИЯ

Вертикальный разрез краевой и альвеолярной десны между 3 и 4 зубами



Гингивоэктомия

Гингивоэктомия – обрезание тканей десны в пределах глубины пародонтального кармана.

Простая гингивоэктомия – проводится при гипертрофическом гингивите где отсутствуют пародонтальные карманы .

Радикальная гингивоэктомия – проводится при средней и тяжелой форме пародонтита.

Виды:

- ✓ Простая.
- ✓ Радикальная.
- ✓ Частичная.

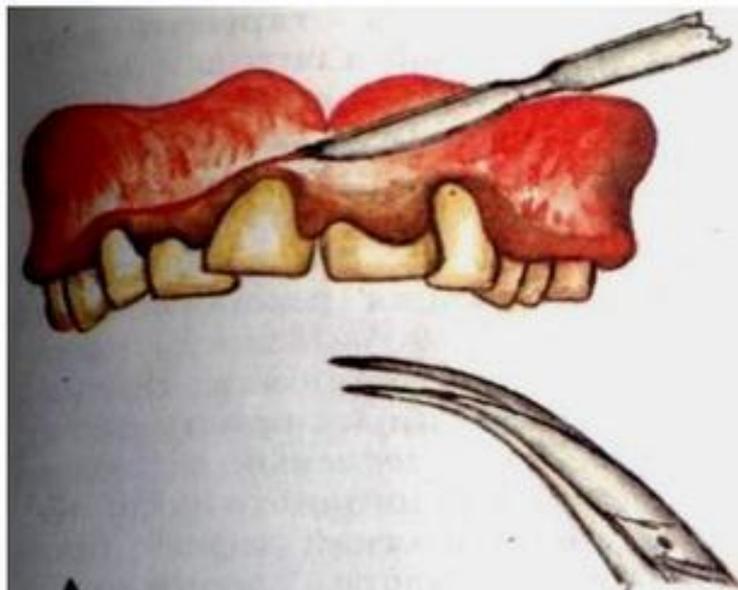
Показания:

- пародонтальные и костные карманы глубиной более 3-4 мм,
- неравномерная резорбция альвеолярного отростка по вертикальному типу при сохранении более половины высоты альвеолярного отростка

Противопоказания:

- глубокие костные карманы, достигающие апекса
- сопутствующая тяжелая соматическая патология

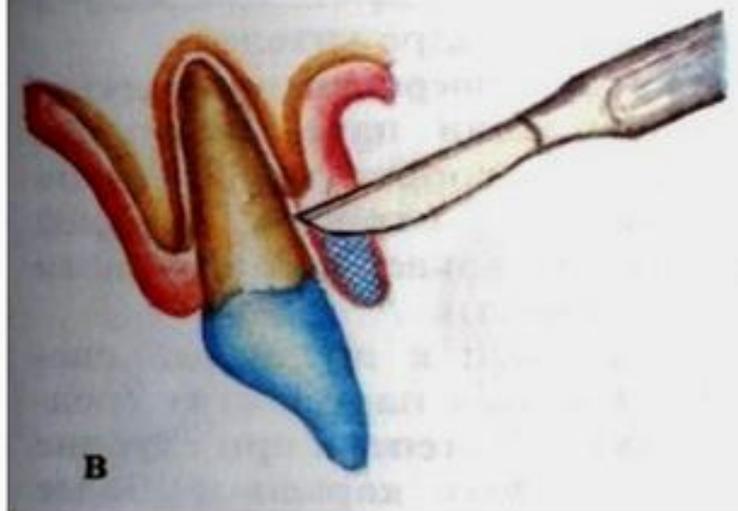
ГИНГИВЭКТОМИЯ



А



Б



В



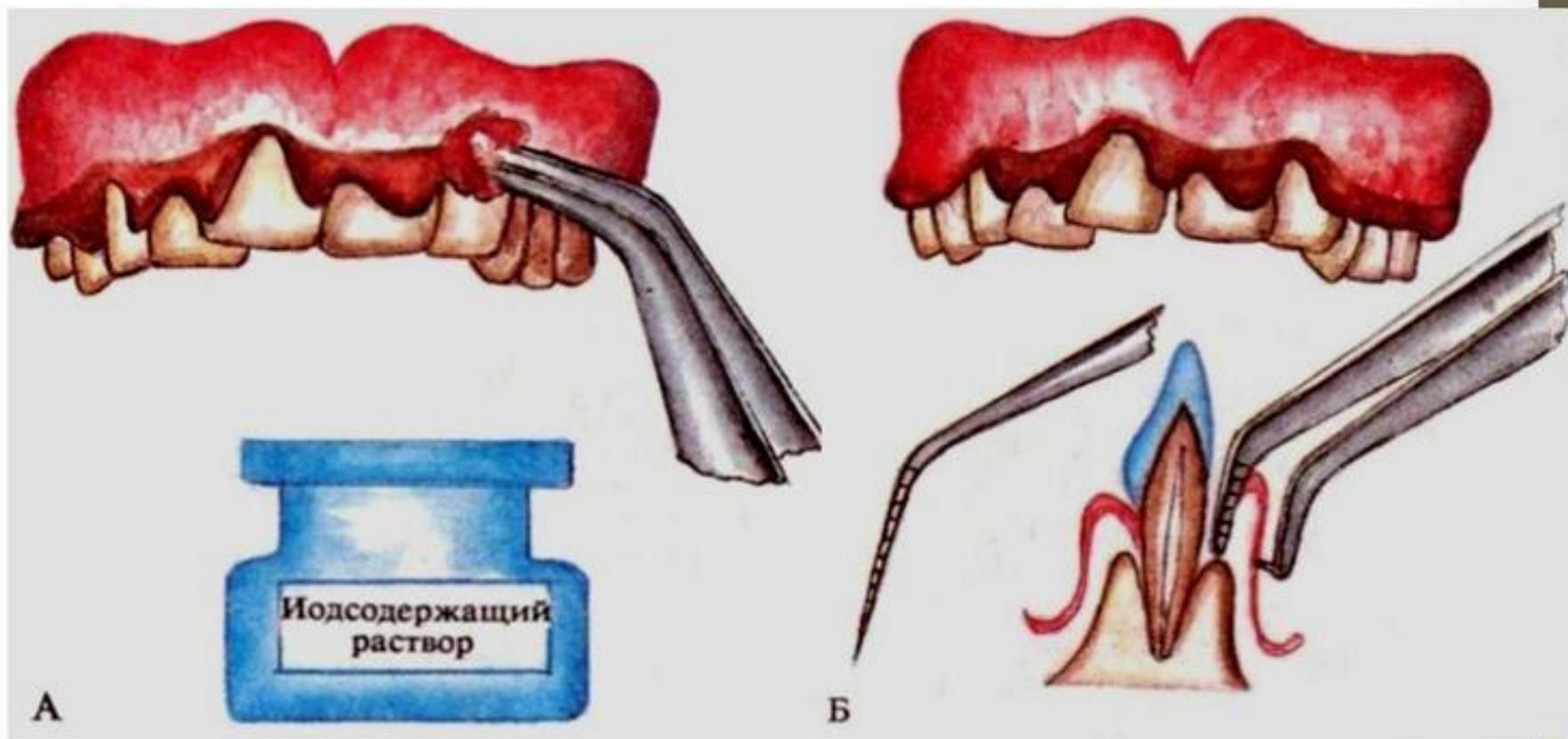
А - граница удаления десны

Б - граница патологически измененных тканей (заштриховано)

В - иссечение десны при обычной гингивэктомии

Г - иссечение десны при радикальной гингивэктомии

ГИНГИВЭКТОМИЯ



А - определение границы десны, подлежащей удалению

Б - измерение глубины пародонтального кармана

ГИНГИВЭКТОМИЯ



А - определение линии разреза

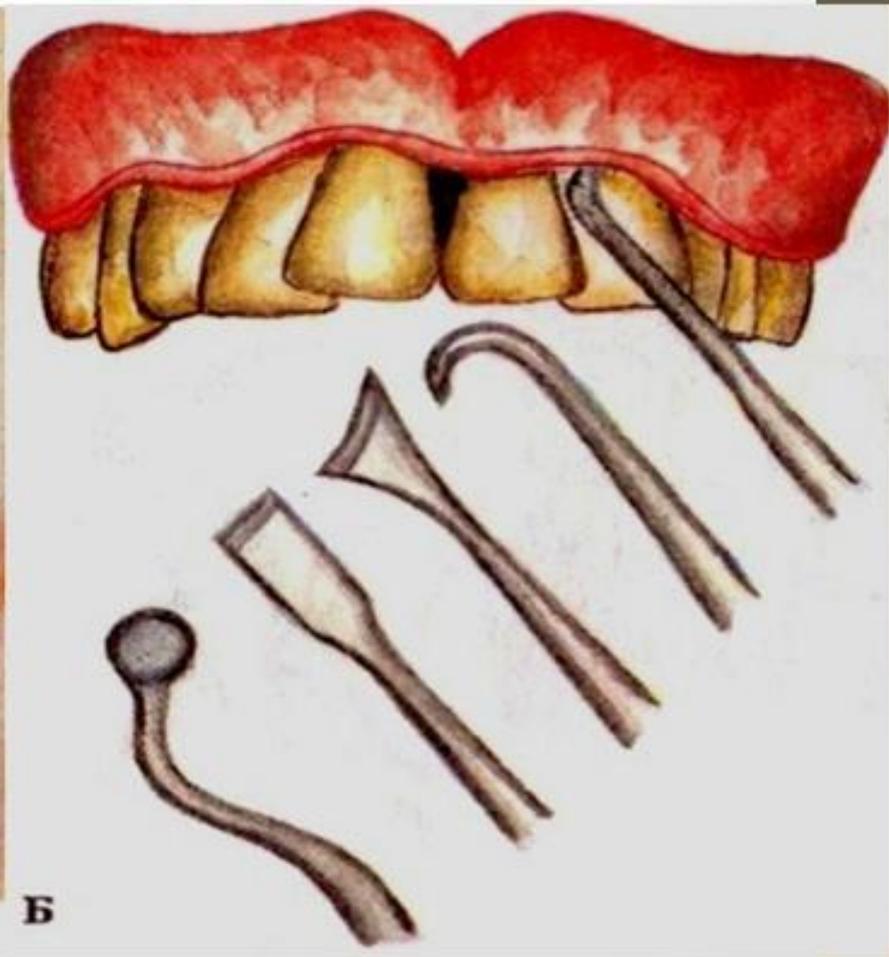
Б - разрез

В - схема операции, границы удаляемой десны заштрихованы.

ГИНГИВЭКТОМИЯ



А



Б

А - открытый кюретаж грануляций и патологически измененной кости альвеолярного отростка в области 6

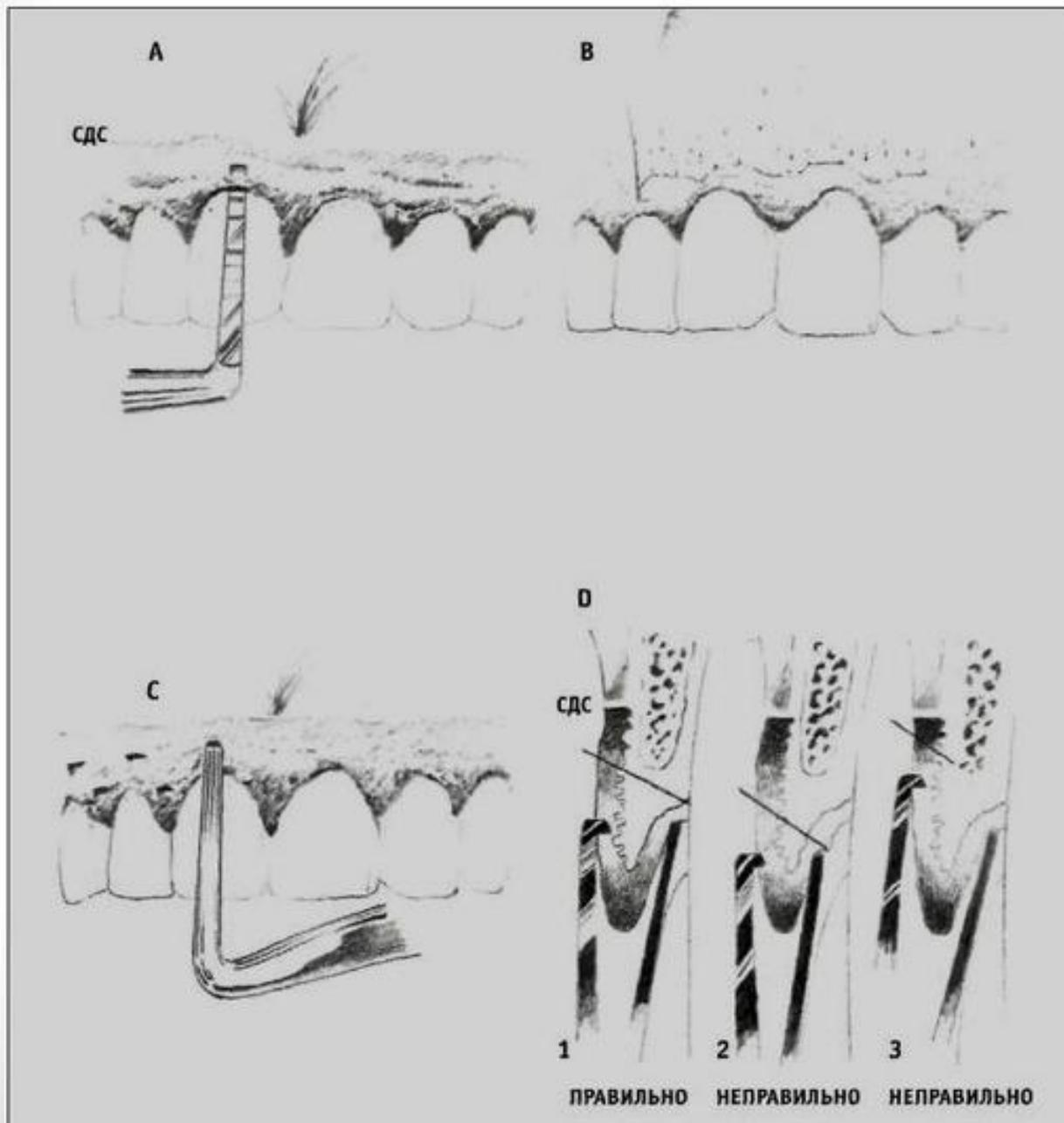
Б - формирование десневого края на завершающем этапе

ГИНГИВЭКТОМИЯ



наложение защитной повязки

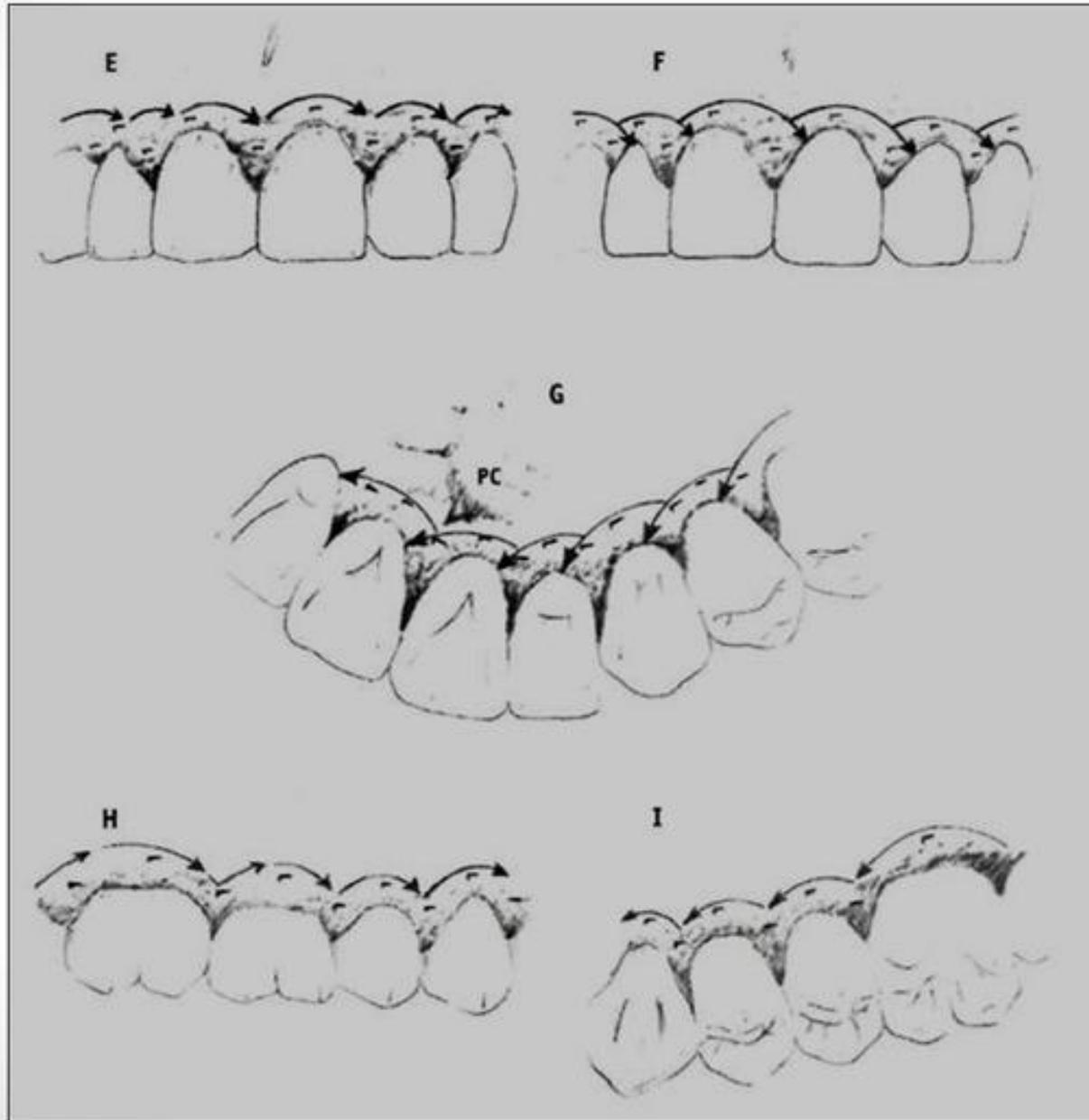
Методика выполнения гингивэктомии



A – разрастание десны с формированием карманов
B – на срезе показана горизонтальная потеря кости
C – использование пинцета – маркера для создания кровоточащих точек, обозначающих линию разреза
D – правильная и неправильная установка пинцета - маркера:
1 - правильная установка пинцета-маркера и разрез под углом к основанию кармана
2 - неправильная недостаточно глубокая установка пинцета - маркера, что приводит к проведению разреза корональнее основания кармана
3 - неправильная, слишком глубокая установка пинцета-маркера приводит к оголению кости и возможному повреждению прикрепленной десны

Методика выполнения ГИНГИВЭКТОМИИ

(продолжение)



Е – непрерывный разрез со вестибулярной стороны (обратите внимание на то, как разрез следует линии, обозначенной кровотокащими точками)

Ф – прерывистый разрез

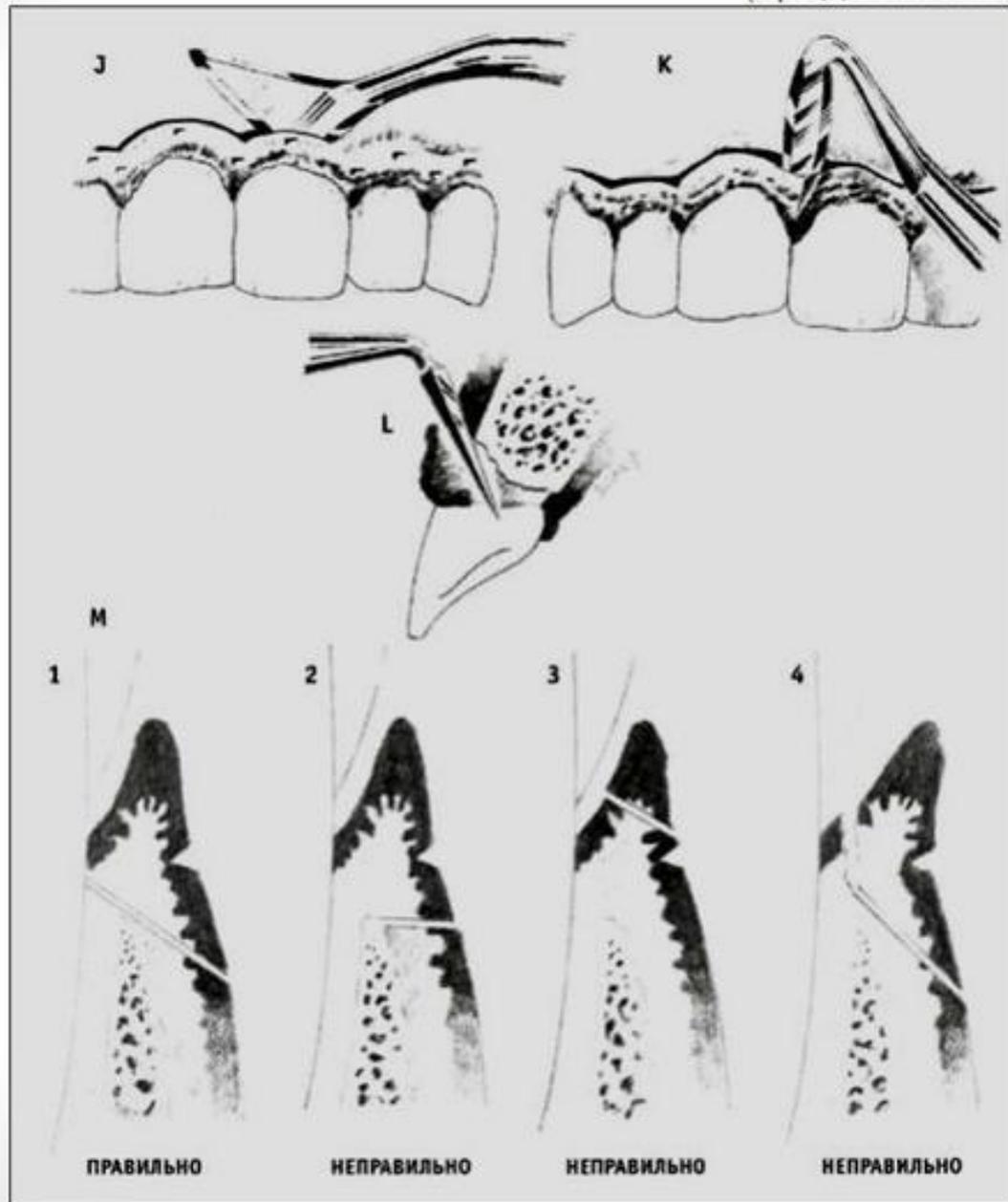
Г – небный разрез (обратите внимание - резцовый сосочек (PC) не попадает в линию разреза)

Н – непрерывный разрез проходит от области бугров до вестибулярного аспекта зубов

И - непрерывный разрез со стороны неба

Методика выполнения ГИНГИВЭКТОМИИ

(продолжение)



J – пародонтологический нож под углом 45° повторяет линию непрерывного разреза

K – интерпроксимальный нож используется для отделения тканей в щечно-язычном направлении

L – правильный наклон интерпроксимального ножа обеспечивает закрытие мягкими тканями

M – разрез:

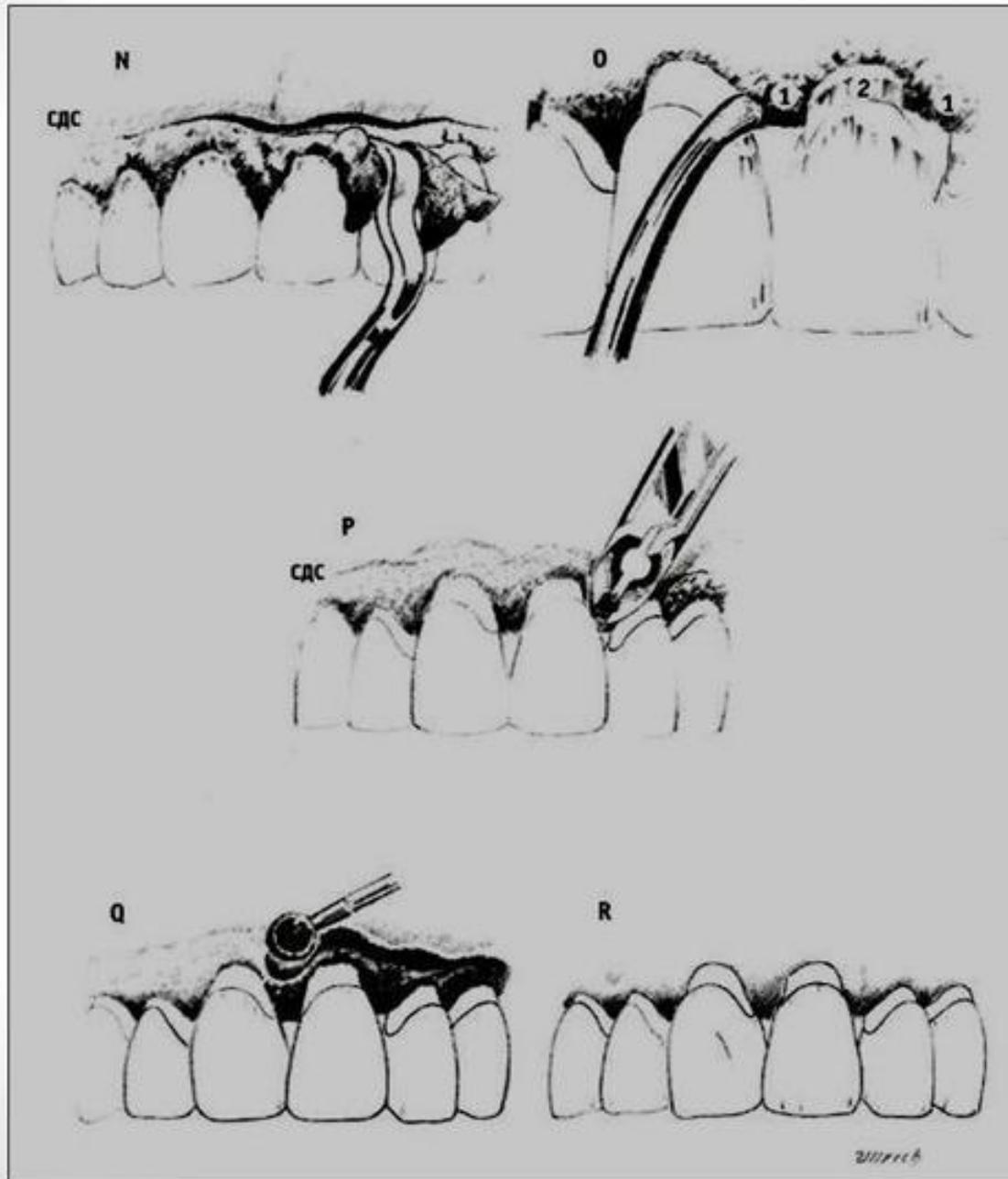
1 - правильный разрез скошен над костью и направлен к основанию кармана

2 - неправильный разрез - скос отсутствует, слишком глубокий разрез приводит к оголению кости

3 - неправильный мелкий разрез приводит к недостаточному иссечению кармана

4 - неправильный разрез не доходит до поверхности зуба, что приводит к созданию неровного, рваного контура

Методика выполнения ГИНГИВЭКТОМИИ (продолжение)



N – удаление иссеченной ткани с помощью экскаватора или мощной кюреты

O - скалеры и кюреты используют для удаления грануляций (1) поддесневого налета и камня (2)

P, Q – гингивопластику завершают с помощью тканевых щипцов и алмазного бора, что позволяет создать тонкую, плавную десневую архитектуру с фестончатым контуром

R – окончательное приживление тканей