

1

ПОДГОТОВКА ЗУБОВ И КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Метод

Удаление зубов, которые не могут быть задействованы/мешают протезированию

Показания

- хронический периодонтит в случае безуспешного терапевтического и хирургического лечения, подвижность зуба
- острый и хронический пульпит
- ретенированные и дистопированные зубы, являющиеся источником распространения инфекций и воспалительных процессов
- продольный перелом корня зуба

Противопоказания

- острые инфекционные и воспалительные заболевания
- обострение хронических заболеваний (сердечно-сосудистые, сахарный диабет, болезни крови)
- приём антикоагулянтов
- беременность
- менструация
- острые психические расстройства

Ключевые принципы

Использовать оптимальные методики, снижающие травматичность и повреждение альвеолярной кости
 Проводить пластику лунки с применением рассасывающихся и нерассасывающихся мембран и свободных аутотрансплантатов
 Учитывать разницу подходов к сохранению/удалению зубов нижней и верхней челюстей:

- на нижней стремиться к сохранению отдельно стоящего зуба для создания дополнительной "опоры"
- на верхней в большинстве случаев удалять, т.к. они станут помехой к созданию замыкающего кругового клапана, обеспечивающего фиксацию протеза

!!! Одиночно стоящие зубы – "зона риска", где чаще всего ломаются протезы!

Особые замечания

!!! Важно предупреждать образование острых краев альвеолы после удаления зуба за счёт сглаживания костных выступов с помощью бормашины или костных кусачек

Заполнять лунки удалённых зубов остеопластическими материалами для уменьшения постэкстракционной атрофии альвеолярной кости

Для лучшей интеграции остеопластического материала лунку удалённого зуба можно ушить наглухо слизисто-надкостничным редрессированным лоскутом

При отсутствии условий для пластики лунки использовать наложение на краевую десну сближающих швов, между которыми можно поместить антибактериальный препарат

1

ПОДГОТОВКА ЗУБОВ И КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Метод Гемисекция

Показания

- патологический процесс в области одного из корней (хронический периодонтит, пародонтит, выведение пломбировочного материала, штифта или отломка инструмента за верхушку зуба), разрушение его структуры (глубокий кариес или перфорация корня)

- отсутствие условий для эндодонтического лечения

Противопоказания

- нарушение свертываемости крови
- сращение корней зуба
- разрушение окружающей кости
- атрофия десневых тканей
- очаги инфекции в ротовой полости
- зуб расположен близко к гайморовой пазухе
- наличие у зуба коротких корней
- онкологические заболевания
- декомпенсированный сахарный диабет
- острые инфекционные заболевания
- беременность

Ключевые принципы

Удалять медиальный корень моляра

Использовать дистальный корень в качестве дополнительной или самостоятельной опоры мостовидного протеза

Особые замечания

При выполнении процедуры соблюдать осторожность, чтобы не вызвать вывих другого корня и не повредить окружающую костную ткань

1

ПОДГОТОВКА ЗУБОВ И КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Метод

Ампутация корня

Показания

- моляры верхней челюсти, трифуркация которых не позволяет использовать гемисекцию
- патологический процесс в области одного из корней, разрушение его структуры
- отсутствие условий для эндодонтического лечения

Противопоказания

- нарушение свертываемости крови
- сращение корней зуба
- разрушение окружающей кости
- атрофия десневых тканей
- очаги инфекции в ротовой полости
- зуб расположен близко к гайморовой пазухе
- наличие у зуба коротких корней
- онкологические заболевания
- декомпенсированный сахарный диабет
- острые инфекционные заболевания
- беременность

Ключевые принципы

Отличается от гемисекции методикой выполнения манипуляции – коронка зуба мешает удалить щёчный корень в вертикальном направлении

В большинстве случаев корень можно удалить только через наружную стенку лунки

Особые замечания

Производят ампутацию одного из щёчных корней моляра

Ампутацию нёбного корня выполняют реже, т.к. для моляра верхней челюсти он выполняет основную опорную функцию (после удаления зуб может потерять устойчивость)

Корень должен быть удалён полностью, без заусенцев, которые могут привести к развитию хронического воспалительного процесса

Лунку ампутированного корня закрыть слизисто-надкостничным лоскутом – это улучшает заживление и формирует приемлемый для индивидуальных гигиенических процедур контур десны

1

ПОДГОТОВКА ЗУБОВ И КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Метод

Альвеолэктомия

Показания

- выступающие участки альвеолярной кости с острыми контурами, которые травмируют десну и вызывают болевые ощущения у пациента

Противопоказания

- воспалительные процессы в ротовой полости
- острые инфекционные и воспалительные заболевания
- обострение хронических заболеваний (сердечно-сосудистые, сахарный диабет, болезни крови)
- нарушение свертываемости крови

Ключевые принципы

В зависимости от величины в области локализации экзостоза выполняют линейный разрез или откладывают слизисто-надкостничный лоскут треугольной или трапециевидной формы

Выступающий участок кости удаляют долотом, костными кусачками или фрезой, небольшие острые края кости сглаживают постукиванием молотка

В завершение процедуры края раны сближают и фиксируют узловыми швами

Особые замечания

Определить экзостоз с помощью пальпации в области альвеолярного гребня, обратив внимание на возникновение болевого ощущения в данном участке

1

ПОДГОТОВКА ЗУБОВ И КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Метод

Коррекция в области бугра верхней челюсти

Показания

- фиброзные разрастания десны
- гиперплазия бугров верхней челюсти
- снижение межокклюзионного пространства
- препятствие к нормальной фиксации съёмного протеза

Противопоказания

- онкологические заболевания
- обострение сердечно-сосудистых заболеваний
- нарушения свёртываемости крови
- декомпенсированный сахарный диабет
- острые психические расстройства
- острые инфекционные заболевания

Ключевые принципы

Клиновидно иссечь десну, раскрыть (при необходимости с помощью дополнительных разрезов) и сгладить избыточную бугристость с помощью фрезы, долота или шаровидного бора

Рану ушить узловыми или матрацными швами

Особые замечания

!!! Во время операции остерегаться вскрытия верхнечелюстного синуса и повреждения сосудов!

1

ПОДГОТОВКА ЗУБОВ И КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Метод

Удаление торусов нижней и верхней челюстей

Показания

- препятствие для изготовления пластиночного съёмного протеза

Противопоказания

- онкологические заболевания
- обострение сердечно-сосудистых заболеваний
- нарушения свёртываемости крови
- декомпенсированный сахарный диабет
- острые психические расстройства
- острые инфекционные заболевания
- патология пародонта

Ключевые принципы

Планировать операцию на диагностической гипсовой модели

После отслойки слизисто-надкостничного лоскута торус сглаживают с помощью круглого бора, скальвают долотом и сглаживают фрезой с охлаждением

Рану ушивают узловыми швами, в некоторых случаях в послеоперационном периоде накладывают формирующую пластинку

Особые замечания

Встречаются у 20-25% пациентов

!!! При работе с нёбным торусом важно проявлять осторожность в связи с возможностью перфорации носовой полости

При работе на нижней челюсти – помнить о близком расположении язычного нерва, кровеносных сосудов и поднижнечелюстного протока слюнных желез

2

МЕТОДЫ УВЕЛИЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ АТРОФИИ (АУГМЕНТАЦИЯ)

Метод Остеопластика

Показания

- значительная атрофия альвеолярной части, на грани её полного исчезновения

Противопоказания

- онкологические заболевания
- нарушения свёртываемости крови
- декомпенсированный сахарный диабет
- тяжёлые сердечно-сосудистые заболевания
- иммунодефицитные состояния
- завершение лучевой или химиотерапии менее 6 месяцев назад

Ключевые принципы

В биологическом плане наиболее приемлемый вариант для альвеопластики – использование аутотрансплантов кости, но их забор связан со сложностями проведения дополнительных вмешательств в донорской зоне, а использование ограничено опасностью постепенной резорбции имплантированной аутогенной кости

Особые замечания

Методика заметно улучшает эффективность протезирования:

- повышает показатели ретенции и стабилизации
- нормализует распределение жевательного давления
- снижает длительность периода адаптации к съёмному протезу
- создаёт условия для использования имплантатов в качестве опор для протеза

Улучшить результаты костной пластики позволяет применение рассасывающихся (из коллагена) или нерассасывающихся (из тетрафторэтилена) мембранны

Также достаточно стабильный результат даёт использование гранул гидроксиалюмината, в процессе регенерации они окружаются фиброзной тканью, полная консолидация гранул происходит примерно через 3 месяца после операции

3**МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА****Метод
Гингивопластика****Показания**

- неравномерный контур десны
- наличие свободной краевой десны
- фиброзная гиперплазия
- ложные пародонтальные карманы

Противопоказания

- анатомические ограничения (близость сосудисто-нервных пучков)
- онкологические заболевания
- нарушения свёртываемости крови
- декомпенсированный сахарный диабет
- острые инфекционные заболевания
- беременность

Ключевые принципы

Коррекция мягких тканей может быть предпринята как в виде самостоятельной операции, так и в сочетании с аугментацией альвеолярной кости

Десну иссякают скальпелем, ножницами или с помощью лазерного скальпеля. В двух первых случаях желательно наложить гемостатические швы, в последнем случае необходимости в швах нет

Особые замечания

Если корень зуба разрушен ниже уровня кости лунки в результате скола при травматической ампутации коронки зуба, одной коррекции десны недостаточно – сочетают с частичным удалением костной стенки лунки

3

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Метод
Вестибулопластика

Показания

- мелкое преддверие полости рта (< 5 мм)
- наличие мощных тяжей и уздеcek, нарушающих фиксацию протеза

Противопоказания

- онкологические заболевания
- нарушения свёртываемости крови
- декомпенсированный сахарный диабет
- острые инфекционные заболевания
- высокий риск рубцевания
- остеомиелит
- иммунодефицитные состояния
- завершение лучевой или химиотерапии менее 6 месяцев назад

Ключевые принципы

Метод направлен на углубление преддверия полости рта и увеличение зоны прикреплённой десны

Особые замечания

Требует тщательного послеоперационного ухода для предотвращения рецидива

Источники

1. Хирургическая стоматология : учебник /Под общ. ред. В.В. Афанасьева. — 3-е изд., перераб. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019.
2. Сборник алгоритмов стоматологических манипуляций к итоговой государственной аттестации : учеб. пособие. — М. : ИНФРА-М, 2019. — 198 с.
3. Ортопедическая стоматология: учебник /Под ред. Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, М.С. Сердюков — 10-е изд.: перераб. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2018. — 556 с.
4. Основы дентальной имплантологии: учебное пособие / А.С. Иванов. — 2-е изд., стер. — СПб. : СпецЛит, 2013. — 63 с.
5. Хирургическая стоматология: учебник/Под ред. Т.Г. Робустовой. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2003. — 504 с.
6. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса: Учебник для медицинских вузов /Под ред. проф. В.Н. Трезубова. — СПб.: СпецЛит, 2001. — 480 с.
7. Ю.Л. Писаревский и соавт. Гемисекция зуба – альтернативный метод сохранения дистальной опоры несъёмной ортопедической конструкции. Ортопедическая стоматология. № 3, 2012. – 14-15 с.
8. Cortellini P, Bissada NF.Mucogingival conditions in the natural dentition: Nar-rative review, case definitions, and diagnostic considerations. J Periodontol. 2018;89(Suppl 1):S204-S213. <https://doi.org/10.1002/jper.16-0671>
9. Hämmerle, C. H. F., Cordaro, L., Alccayhuaman, K. A. A., Botticelli, D., Esposito, M., Colomina, L. E., Gil, A., Gulje, F. L., Ioannidis, A., Meijer, H., Papageorgiou, S., Raghoebar, G., Romeo, E., Renouard, F., Storelli, S., Torsello, F., & Wachtel, H. (2018). Biomechanical aspects: Summary and consensus statements of group 4. The 5(th) EAO Consensus Conference 2018. CLINICAL ORAL IMPLANTS RESEARCH, 29 (18), 326-331. <https://doi.org/10.1111/clr.13284>