

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Кафедра челюстно-лицевой хирургии

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПОЛОСТИ РТА
ПЕРЕД ОРТОПЕДИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2015

УДК 616.314-089-059:616.314-08-76(075.9)

ББК 56.6я73

X 50

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 8 от 25.11.2015

Авторы:

доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии к.м.н. *Кочубинская А.А.*
зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии профессор д.м.н. *Артюшкевич А.С.*
доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, к.м.н. *Яцкевич О.С.*
доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, к.м.н. *Г.М. Руман*
доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, к.м.н. *Т.Б. Людчик*
ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО *И.Ю. Федченко*

Рецензенты:

кафедра челюстно-лицевой хирургии БГМУ

Гричанюк Д.А. заведующий стоматологическим отделением для детей
МОДКБ, к.м.н.

X 50 **Хирургическая** подготовка полости рта перед ортопедическим
лечением: учеб.-метод. пособие /А.А. Кочубинская,
А.С. Артюшкевич, [и др.]. – Минск.: БелМАПО, 2015-16с.

ISBN 978-985-499-974-6

В учебно-методическом пособии изложены данные о хирургических методах
подготовки зубов и окружающих мягких тканей к выполнению ортопедического
лечения.

УДК 616.314-089-059:616.314-08-76(075.9)

ББК 56.6я73

ISBN 978-985-499-974-6

© Кочубинская А.А., [и др.], 2015

© Оформление БелМАПО, 2015

Введение

Подготовка полости рта к ортопедическому лечению является важным аспектом при проведении ортопедического лечения для максимального восстановления жевательной эффективности при изготовлении различных конструкций зубных протезов.

В комплекс лечебных мероприятий входят: терапевтическая, хирургическая, ортодонтическая подготовка, проведение которой позволяет оптимизировать клинические условия в полости рта.

Не все конструкции зубных протезов позволяют восстановить жевательную эффективность соответствующую эффективности интактных зубных рядов. Наиболее функциональными являются мостовидные зубные протезы, опорными элементами которых являются собственные зубы или дентальные имплантаты, а также бюгельные и комбинированные зубные протезы с различной системой фиксации. С помощью таких конструкций достаточно несложно добиться хороших условий для их фиксации и стабилизации обеспечить восстановление жевательной эффективности. Значительно труднее восстановить жевательную эффективность с помощью частичных или полных съемных пластиночных зубных протезов. Нередко после частичной или полной утраты зубов протезное ложе не всегда является оптимизированным с позиций врача-ортопеда.

Известно, что при удалении зубов по поводу осложнений кариеса или заболеваний тканей периодонта при регенерации костного дефекта образовавшегося в области лунки удаленного зуба происходит атрофия альвеолярной кости, что приводит к деформации альвеолярного гребня и сокращению зоны прикрепленной десны. Эти факторы являются негативными при изготовлении зубных протезов, особенно тех, которые опираются на альвеолярный гребень.

Хирургическая подготовка полости рта является одним из разделов комплексной терапии пациентов перед ортопедическим лечением. Вид,

объем, последовательность хирургической подготовки является индивидуальным для каждого пациента с учетом плана ортопедического лечения составленного на основании клинической ситуации в полости рта.

Хирургическая подготовка полости рта к ортопедическому лечению включает в себя четыре основных направления:

- консервативно-хирургическое лечение, имеющихся в полости рта зубов, представляющих функциональную ценность, когда консервативные методы лечения не дали желаемого результата (органосохраняющие операции);

- хирургическое лечение направленное на устранение врожденных и приобретенных аномалий прикрепления мягких тканей в полости рта;

- протетическая хирургия;

- установка денальных имплантатов, как дополнительных опорных элементов под различные виды зубных протезов;

В данном методическом пособии будут рассмотрены основные направления оперативных вмешательств по подготовке полости рта к ортопедическому лечению.

Органосохраняющие операции

К органосохраняющим операциям относятся оперативные вмешательства направленные на устранение патологического очага в периапикальных тканях чаще при хроническом периапикальным периодонтите, гранулематозном. Оболочка сложной гранулемы включает эпителиальную выстилку, которая даже после качественно проведенного эндодонтического лечения не приводит к регрессу гранулемы. Сохранившийся очаг в периапикальных тканях периодически, при снижении резистентности организма обостряется и сопровождается ростом гранулемы, формированием кистогранулемы и в последующем радикулярной кисты. Задачей оперативного вмешательства является удаление патологического очага с сохранением зуба. В зависимости от того в области верхушки какого зуба (однокорневого, многокорневого) располагается патологический очаг органосохраняющие операции заключаются в:

1. Удалении патологического очага в периапикальных тканях:
 - без резекции верхушки корня;
 - с резекцией верхушки корня;
 - ретроградной пломбировкой корневого канала;
2. Гемисекция зуба;
3. Коронарно-радикулярная сепарация;
4. Ампутация корня зуба.

Показания к проведению органосохраняющих операций:

- искривление корня и невозможность запломбировать корневой канал на всем протяжении до физиологической или рентгенологической верхушки;
- осложнения, возникшие в результате эндодонтического лечения:
 - а) перфорация корня;
 - б) наличие в канале сломанных эндодонтических инструментов;
 - в) чрезмерное выведение пломбировочного материала за верхушку корня;

г) недопломбирование корневого канала.

Противопоказания к проведению органосохраняющих операций можно разделить на общие и местные.

К общим противопоказаниям относятся общесоматические заболевания с явлениями декомпенсации:

- болезни крови;
- заболевания сердечно-сосудистой системы;
- хронические заболевания почек;
- хронические заболевания печени;
- заболевания эндокринной системы;
- острые инфекционные заболевания

К местным противопоказаниям относятся:

- значительное разрушение твердых тканей зуба и отсутствие возможности использовать его в дальнейшем для проведения реставраций и протезирования;

- подвижность зубов 3-4 степени при заболеваниях тканей периодонта;
- зубы находящиеся вне зубной дуги и выключенные из окклюзии
- острые воспалительные процессы слизистой оболочки полости рта и краевого периодонта

Наиболее распространенными органосохраняющими операциями являются оперативные вмешательства в области периапикальных тканей однокорневых зубов. Однако сохранение функциональной ценности многокорневых зубов (премоляров и моляров) имеет важное значение для сохранения жевательной эффективности. На практике многокорневые зубы с патологическими периапикальными процессами, которые не регрессируют после проведенного эндодонтического лечения чаще всего подлежат удалению. В результате этого возникают дефекты зубных рядов, требующие в последующем ортопедического лечения. Проведение таких органосохраняющих операций как гемисекция, коронаро-радикулярная

сепарация и ампутация корня зуба дает возможность сохранить функциональную ценность зуба и не прибегать к препарированию интактных под ортопедические конструкции при восстановлении дефектов зубных рядов.

Гемисекция – под гемисекцией понимают отсечение от зуба одного из его корней с прилежащей к нему коронковой частью зуба. Такой вид оперативного вмешательства проводится на молярах нижней челюсти (рис. 1).

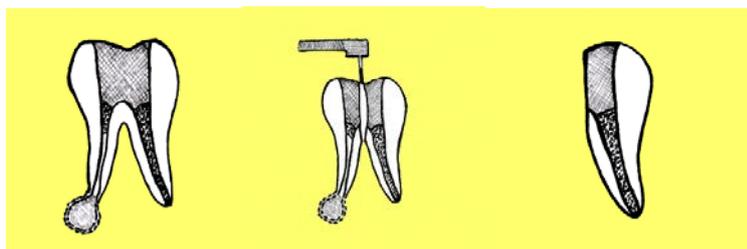


Рис. 1. Гемисекция

Показаниями к гемисекции являются:

- невозможность провести качественное эндодонтическое лечение корневых каналов одного из корней зуба;
- наличие глубокого костного кармана более чем на 2/3 длины у одного из корней зуба или полное его обнажение;
- перфорация стенки одного из корней зуба;
- отсутствие возможности провести резекцию верхушки корня;
- использование моляра в качестве опоры под мостовидный протез, в случае, когда его экстракция повлечет за собой образование краевого дефекта.

Противопоказаниями к проведению гемисекции являются:

- наличие глубоких костных карманов в области всех корней зуба;
- отсутствие возможности провести качественное эндодонтическое лечение каналов корня подлежащих сохранению;
- сросшиеся корни;

- случаи, когда сохранение части зуба все равно не даст возможности прибегнуть к несъемному протезированию;

- подвижность зуба 2-3 степени.

Коронарно-радикулярная сепарация – под этим видом оперативного вмешательства понимают разделение моляра на две части через бифуркацию зуба и получение двух премоляров. Такой вид оперативного вмешательства также проводится на молярах нижней челюсти (рис. 2).



Рис. 2. Коронарно-радикулярная сепарация

Показаниями к проведению коронарно-радикулярной сепарации являются:

- наличие патологического очага в области бифуркации корней;
- патологическая или искусственно созданная перфорация в области дна полости зуба;
- использование моляра в качестве опоры под мостовидный протез, в случае когда его экстракция повлечет за собой образование краевого дефекта;

Ампутация корня – под ампутацией корня зуба понимают отсечение и удаление целого корня в месте его отхождения от фуркации без нарушения целостности коронковой части зуба. Данная операция выполняется в области моляров верхней челюсти (рис. 3).

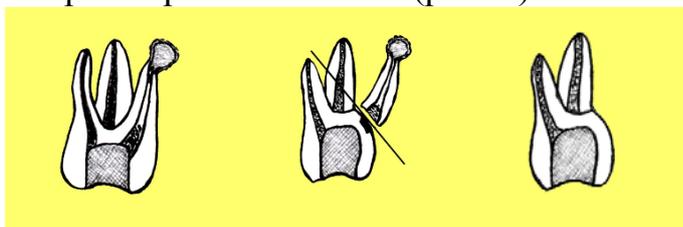


Рис. 3. Ампутация корня

Показаниями к проведению операции ампутации корня являются:

- отсутствие возможности провести качественное эндодонтическое лечение одного из корней зуба, чаще щечных корней;

- перфорация стенки одного из корней зуба;
- глубокий костный карман в области одного из корней.

К местным противопоказаниям к органосохраняющим операциям коронаро-радикулярная сепарация и ампутация корня относятся все те же противопоказания, что и для гемисекции зуба.

Хирургическое лечение, направленное на устранение костных образований в области альвеолярного отростка

- удаление костных экзостозов;
- резекция гребня альвеолярного отростка;
- остеопластика (оперативные вмешательства направленные на увеличение высоты альвеолярного отростка при резко выраженной или полной атрофии).

Аномалии прикрепления мягких тканей в полости рта можно разделить на две основные группы:

- врожденные аномалии прикрепления мягких тканей;
- приобретенные аномалии прикрепления мягких тканей.

К врожденным аномалиям прикрепления мягких тканей в полости рта относятся:

- короткая уздечка верхней и нижней губ;
- короткая уздечка языка;
- мелкое преддверие полости.

К приобретенным аномалиям прикрепления мягких тканей в полости рта относятся:

рубцовые деформации и тяжи в области преддверия полости рта, возникшие в результате:

- ожогов;
- ранений;
- некрозов;

-обширных оперативных вмешательств.

В большинстве случаев мы сталкиваемся с уменьшением зоны прикрепленной десны в результате ее рецессии на фоне локальных или генерализованных форм периодонтита или удаления зубов по поводу вышеуказанной патологии.

Основной задачей мукогингивальных манипуляций является создание достаточно широкой зоны прикрепленной (кератинизированной) десны в целях последующего устранения рецессии и карманов, выходящих за границу слизисто-десневого соединения, а также устранения натяжения десневого края под действием мышц языка, губ, щек, уздечек.

Сохранение или создание необходимой ширины зоны прикрепленной десны позволяет при ортопедическом лечении обеспечить удовлетворительную фиксацию и стабилизацию съемных конструкций зубных протезов (частичных и полных) при этом, не оказав негативного влияния на ткани периодонта оставшихся в полости рта зубов, которые зачастую являются опорными.

Вестибулопластика — манипуляция, направленная на увеличение ширины прикрепленной десны в целях устранения механической травмы краевого пародонта мышечными тяжами мышц приротовой области (губных, подбородочных, щечных, язычных и мимических) и, как результат этого, для предупреждения развития деструктивных процессов в периодонте.

Это вмешательство проводят и в качестве первого этапа перед лоскутными операциями, по поводу болезней маргинального периодонта.

Довольно часто вестибулопластику проводят по ортопедическим показаниям для улучшения фиксации съемных протезов, а в ряде случаев - перед проведением ортодонтического лечения.

Главным недостатком операции является формирование послеоперационных рубцов на слизистой оболочке. Это вызывает достаточно

неприятное чувство стягивания на протяжении 3-9 мес. (в зависимости от индивидуальной скорости рассасывания рубца).

Во избежание, или для минимизации образования рубцов перед операцией следует внимательно опрашивать пациента: нет ли у него склонности к формированию грубых и мощных послеоперационных или посттравматических рубцов. Такая особенность может быть в ряде случаев противопоказанием к проведению вестибулопластики, либо же потребует использования наименее травматических из существующих методик.

К числу других недостатков относится различное подлительности и выраженности нарушение чувствительности в области проведенного вмешательства.

Наиболее распространенными методиками являются варианты: вестибулопластика по Кручинскому-Артюшкевичу, Edlan-Meichar (рис. 4), Obwegeser (рис. 5), Kazanjian (рис. 6).

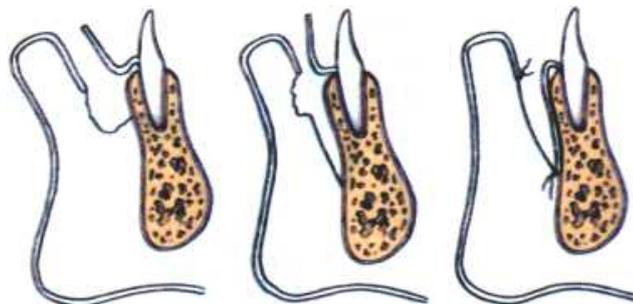


Рис. 4. Вестибулопластика по Edlan-Meichar

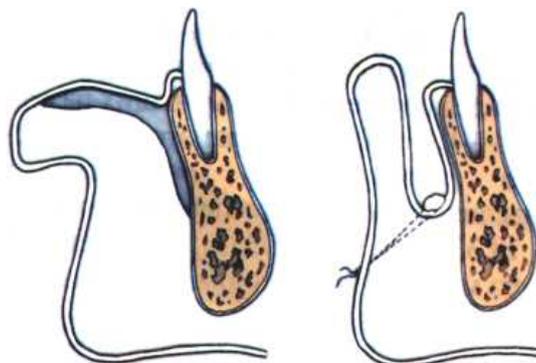


Рис. 5. Вестибулопластика по Obwegeser

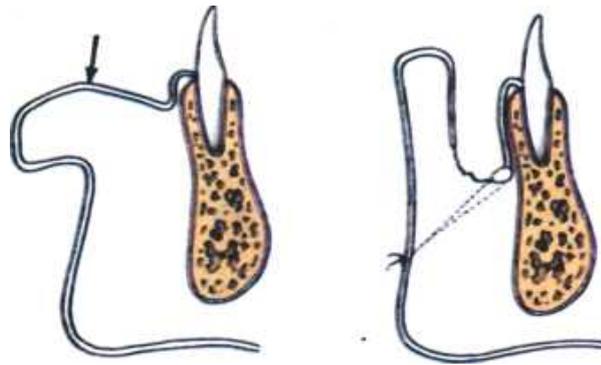


Рис. 6. Вестибулопластика по Kazanĵian

Дентальная имплантация

Дентальная имплантация является одним из относительно молодых направлений в клинике хирургической и ортопедической стоматологии и является альтернативным методом лечения по отношению к традиционным. На протяжении многих десятилетий при частичных дефектах зубных рядов их восстановление проводилось с помощью изготовления мостовидных протезов с опорой на естественные зубы, а при значительных дефектах зубного ряда возмещение дефекта проводилось частичными пластиночными зубными протезами.

В современной клинике ортопедической стоматологии на сегодняшний момент все чаще используются дентальные имплантаты, как дополнительные опорные элементы под различные конструкции зубных протезов.

Имплантация – это способ восстановления зубных рядов и их жевательной функции с помощью различных конструкций съемных и несъемных зубных протезов с опорой на имплантаты и естественные зубы.

При изготовлении различных конструкций зубных протезов с опорой на имплантаты и естественные зубы необходимо учитывать тот факт, что в полости рта имеются опорные элементы различной степени устойчивости:

- интактные зубы;
- депульпированные зубы;

- дентальные имплантаты (неподвижный остеоинтегрированный опорный элемент).

Исходя из этого, при планировании конструкции зубного протеза в той или иной клинической ситуации необходимо учитывать распределение функциональных нагрузок на челюстную кость при жевательных движениях.

Поскольку дентальная имплантация представлена двумя составляющими этапами – хирургическим и ортопедическим, необходимо изначально определить показания и противопоказания, как к хирургическому, так и к ортопедическому лечению.

Показаниями к установке дентальных имплантатов, как дополнительных опорных элементов по ортопедическим показаниям является:

- наличие одностороннего краевого дефекта зубного ряда;
- наличие двухстороннего краевого дефекта зубного ряда;
- наличие значительного включенного дефекта зубного ряда;
- отсутствие одного зуба, если дефект ограничен интактными зубами
- полное отсутствие зубов, особенно со значительной атрофией альвеолярного отростка, когда отсутствуют условия для удовлетворительной фиксации и стабилизации съемного протеза.

Противопоказания к дентальной имплантации необходимо разделить на общие, которые связаны с общесоматической патологией, местные связанные с особенностями строения и архитектоники челюстных костей, зубочелюстными аномалиями и т.д.

Общие противопоказания

- заболевания нервно-психической сферы (повышенная агрессивность, неадекватная психическая реакция);
- ВИЧ и другая серопозитивная инфекция.

Наличие у пациентов следующих хронических заболеваний в стадии декомпенсации:

- заболевания ведущие к развитию остеопороза и остеодистрофии;
- заболевания системы кроветворения;
- системные заболевания соединительной ткани;
- заболевания эндокринной системы;
- острые и хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек;
- онкологические заболевания;
- острые инфекционные заболевания;
- не рекомендуется проведение операции имплантации в период беременности и лактации.

Местные противопоказания

- значительная атрофия, или индивидуальное анатомическое строение челюстных костей, когда отсутствует достаточный объем костной ткани для введения внутрикостных имплантатов и нарушена структура кортикального слоя кости;
- нарушения структуры костной ткани челюстей, новообразованиями или развитием воспалительных процессов в зоне интереса;
- хронические рецидивирующие заболевания слизистой оболочки полости рта (лейкоплакия, красный плоский лишай, многоформная экссудативная эритема и т.д.);
- развившаяся средняя и тяжелая стадии злокачественного генерализованного пародонтита;
- заболевания ВНЧС (бруксизм);
- неудовлетворительная гигиена полости рта;
- сложная патология прикуса, когда в результате ортодонтического лечения и операции имплантации не удастся создать нормальную окклюзию зубных рядов;
- большое межальвеолярное расстояние, так как при протезировании высота ортопедической конструкции зубного протеза будет значительно

больше внутрикостной части имплантата, что приведет к образованию рычага первого рода и в последующем вывиху имплантата.

Для оценки условий проведения хирургического этапа дентальной имплантации необходимо провести анализ таких дополнительных методов исследования, как ортопантограмма и 3D-компьютерная диагностика. При оценке данных диагностических методов исследования необходимо оценивать:

- состояние структуры костной ткани (архитектоника);
- анатомическое строение челюстных костей (наличие и степень выраженности поднутрений на в/ч и н/ч)
- объем костной ткани до важных анатомических образований (нижнечелюстного сосудисто-нервного пучка, верхнечелюстной пазухи, грушевидного отверстия);
- состояние ВНЧС (симметричность расположения и форма суставных головок, деформация суставной щели);
- деформация протетической плоскости (альвеолярные и зубо-альвеолярные деформации);
- состояние имеющихся в полости рта зубов и тканей периодонта (зубы прилежащие к зоне интереса и антогонизирующий комплекс).

Тщательный подход к определению показаний и противопоказаний к дентальной имплантации, правильный выбор типов имплантатов, а также соблюдение всех требований к оперативным вмешательствам на челюстных костях и окружающих мягких тканях позволит обеспечить эффективную эксплуатацию конструкций зубных протезов опирающихся на имплантаты.

Литература

1. Артюшкевич А.С. Заболевания периодонта. – М.: Мед. литература, 2006. – 306 с.
2. Тимофеев А.А. Хирургические методы дентальной имплантации. – Киев: РРР Червона Рута-Турс, 2007. – 128 с.

Учебное издание

Кочубинская Алла Александровна
Артюшкевич Александр Сергеевич
Яцкевич Олег Степанович
Руман Григорий Михайлович
Людчик Татьяна Борисовна
Федченко Игорь Юрьевич

.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПОЛОСТИ РТА ПЕРЕД ОРТОПЕДИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск А.А. Кочубинская

Подписано в печать 25. 11. 2015. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,06. Уч.- изд. л. 0,76. Тираж 50 экз. Заказ 332.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.