

Оглавление

Оперативные вмешательства при подготовке полости рта к протезированию	4
Операции на мягких тканях.....	6
Пластика уздечек и рубцовых тяжей в области губ, языка и преддверия полости рта и изменение места прикрепления мимических мышц	6
Углубление преддверия и дна полости рта	8
Иссечение избытка подслизистых фиброматозных тканей	11
Пластика местными тканями и свободными кожными и слизистыми лоскутами	11
Операции на костной ткани челюстей	12
Острые альвеолярные края.....	13
Экзостозы	14
Torus palatinus, torus mandibulae	14
Особенности лечения одонтогенных кист челюстей при подготовке к имплантации.....	15
Костно-пластические операции при имплантации.....	28
Операция поднятия дна верхнечелюстной пазухи (синус-лифт)	28
Операция трансплантации костных блоков в область альвеолярного гребня	29
Список рекомендованной литературы.....	30
Тестовые задания к учебному пособию.....	31

Оперативные вмешательства при подготовке полости рта к протезированию

При изготовлении зубных протезов необходимо выполнение целого ряда условий: они должны анатомически соответствовать особенностям строения челюстей и окклюзии зубных рядов, выполнять соответствующую функциональную нагрузку при приеме пищи, быть эстетичными, быть прочными механически. Достижению этого нередко препятствуют различные патологические изменения строения мягких тканей, костных тканей челюстей и твердого неба, возникающие как следствие различных заболеваний и травм, так и генетически детерминированные. В таких случаях планирование лечения больного должно проводиться совместно ортопедом, хирургом и ортодонтом. На основании обсуждения и выбирается оптимальный для пациента путь протезирования, который может включать и ортодонтические действия, и предпротезные хирургические операции. Этот раздел хирургической стоматологии достаточно хорошо изучен, однако, к сожалению, не очень популярен среди пациентов и стоматологов-ортопедов по ряду причин: возникает отсрочка начала протезирования, в послеоперационном периоде возникают отечность, боли, иногда теряется на непродолжительное время трудоспособность, затрудняется прием пищи. Однако все эти минусы с лихвой в будущем компенсируются эстетичными, удобными и надежными зубными протезами. Наш клинический опыт свидетельствует о высокой эффективности и целесообразности проведения предпротезных хирургических операций, в которых нуждаются не менее 2-5% пациентов, пришедших к стоматологу-ортопеду для протезирования.

Все варианты патологии протезного ложа, по данным наших клинических наблюдений и по данным Т.Г. Робустовой (2003), N. Schwenger, G. Grimm (1981) и некоторых других авторов, можно разделить на следующие группы:

1. конституционально обусловленные изменения формы и размеров альвеолярного отростка и покрывающих его мягких тканей (острые костные края и выступы, *torus palatinus*, *torus mandibulae*, высокое прикрепление связок мимических мышц

- и тяжей, шаровидные и валикообразные экзостозы, симметричные фибромы, доброкачественные опухоли);
- 2. возрастная атрофия альвеолярных гребней челюстей с развитием целого ряда патологических явлений (исчезновение костной ткани по вертикали и горизонтали от вершины альвеолярного гребня, возникновение подвижных фиброзных гребней, болевые ощущения в области выхода нижнеальвеолярного нерва из подбородочного отверстия);
- 3. изъяны и рубцовые изменения челюстных костей, неба;
- 4. нарушения соотношения альвеолярных дуг верхней и нижней челюстей (врожденного и приобретенного генеза);
- 5. одонтогенные кисты и доброкачественные опухоли челюстей, требующие хирургического лечения с удалением части костных тканей.

В соответствии с этим все операции по устранению препятствий к созданию полноценного протезного ложа и устранению патологических изменений можно разделить на следующие группы:

1. операции на мягких тканях (пластика уздечек и рубцовых тяжей, изменение места прикрепления мимических мышц, углубление преддверия и дна полости рта, иссечение избытка слизистой или подслизистых фиброматозных разрастаний, пластика свободными кожными и слизистыми лоскутами);
2. операции на костной ткани челюстей (альвеолотомии и альвеолоэктомии, удаление острых краев, экзостозов и утолщений кости; краевая резекция альвеолярных гребней), удаление кист и одонтогенных опухолей;
3. костно-пластические операции: «синус-лифт», пересадка костных блоков, контурная пластика с использованием костной крошки или костезамещающих материалов для последующей установки дентальных имплантатов или съемного протезирования;
4. реконструктивные операции на челюстных костях для устранения зубоальвеолярных деформаций, нормализации прикуса и улучшения соотношения зубных дуг верхней и нижней челюстей (с целью создания условий для последующего рационального протезирования).

Естественно, что возможности стоматолога-хирурга обусловлены условиями амбулаторного приема в поликлинике, и он не в силах выполнить все необходимые, иногда весьма травматичные и многоэтапные операции. Однако его возможности и не столь малы, как это может показаться. В любом случае эрудиция и опыт врача пригодятся ему для комплексного подхода в определении показаний и составлении плана предпротезной хирургии. В амбулаторной хирургической стоматологии у большей части пациентов приходится выполнять типовые операции, и мы постараемся дать их подробное описание. Большая часть операций у подавляющей части пациентов может быть выполнена под местной анестезией. Мы будем описывать только хирургические аспекты операций.

Операции на мягких тканях

Данный вид лечения относится к типовым амбулаторным операциям, выполняемым у пациентов любого возраста. У детей показаниями к данной операции являются ограничения движений языка, губ и ортодонтическое лечение как аномалий зубного ряда, так и отдельно стоящих зубов. У взрослых пациентов показаниями к данным операциям являются заболевания пародонта, пролежни по краям частичных съемных протезов или невозможность создания клапанной зоны при полных съемных протезах.

Пластика уздечек и рубцовых тяжей в области губ, языка и преддверия полости рта и изменение места прикрепления мимических мышц

При проведении данной операции необходимо устранить мягкотканый тяж, идущий от вершины альвеолярного гребня поперек переходной складки преддверия рта или подъязычной области и челюстно-язычного желобка.

Наиболее часто производят простое поперечное рассечение уздечки или тяжа с образованием раны ромбовидной формы и нало-

жением шва на горизонтальные углы раны. В западноевропейской литературе описаны два типа пластических операций: Z-пластика и V-Y-пластика. Названия видов операции определяются формой разрезов, напоминающих буквы латинского алфавита. Перед проведением операции V-Y-пластики или Z-пластики прежде всего определяется направление, форма и длина уздечки или тяжа, для чего мягкие ткани губы, щеки или язык оттягивают в сторону. В зависимости от выбранной методики производится рассечение слизистой оболочки. При V-Y-пластике делают два разреза в виде буквы V до надкостницы. Распатором, расслаивая ткани, сдвигают в направлении от края альвеолярного гребня формирующийся лоскут и подшивают вершину его к надкостнице. При выраженной spina nasalis anterior или spina digastrica в некоторых случаях рекомендуется ее предварительное удаление для обеспечения полноценного глубокого преддверия или дна полости рта. После наложения швов линия раны начинает напоминать букву Y. Частично рана может заживать вторичным натяжением. Проведение операции Z-пластики позволяет не только устранить патологический тяж или короткую уздечку, но и получить прирост тканей при их дефиците. Для выполнения операции производят натяжение уздечки и первый разрез проводят вдоль нее. Затем под углом 60 градусов выполняют еще два разреза по длине приближающихся к длине срединного основного разреза. Затем отслаивают мягкотканые лоскуты. При необходимости пересекают или отслаивают волокна мимических мышц, подшивая их дистальные концы к надкостнице на уровне вновь формируемой переходной складки. Сформированные треугольные лоскуты перемещают, «меняя местами», и фиксируют в новом положении. Желательно в середине раны подшить ее края к надкостнице для обеспечения формирования свода преддверия или дна полости рта. В некоторых случаях формирования преддверия полости рта можно достичь за счет ношения специального протеза с эластичными краями в течение всего периода заживления раны. Существуют различные модификации таких протезов, предусматривающие даже их несъемные варианты с фиксацией к кости с помощью металлических шурупов или проволочных швов на срок до 2-3 недель.

Углубление преддверия и дна полости рта

Операции по углублению преддверия полости рта необходимы для лечения и профилактики заболеваний пародонта, для улучшения фиксации съемных протезов путем увеличения площади клапанной зоны. Для достижения эффекта углубления преддверия полости рта предложено много различных видов операций: пластика местными тканями, пластика лоскутами на ножке, свободная пластика расщепленными лоскутами кожи или слизистой оболочки.

Наибольшее распространение и признание среди вариантов пластики местными тканями получил метод Кларка. Суть операции заключается в следующем. Под местной инфильтрационной анестезией в зоне преддверия полости рта проводится рассечение мягких тканей до надкостницы по границе подвижной и неподвижной слизистой оболочки. При необходимости пересекаются уздечки верхней или нижней губ, патологические тяжи. Мякотканый лоскут с помощью распатора отслаивается на глубину от 10 мм до 15-20 мм. В процессе отслойки тканей в окологубных зонах могут встретиться сухожилия мимических мышц, которые должны быть пересечены и взяты на лигатуры для последующего перемещения. В результате дном раны должна стать покрытая надкостницей поверхность. При наличии в этой зоне экзостозов, валикообразных расширений кости или иных вариантов анатомического строения челюсти, мешающих изготовлению и пользованию съемными протезами, производится коррекция формы кости или удаление патологических разрастаний с помощью фрезы. Затем с помощью швов (используется нить, рассасывающаяся через 20-25 суток) производится подшивание слизистой оболочки края лоскута к надкостнице в глубине раны. При этом в новых точках фиксируются и сухожилия мимических мышц. Раневая поверхность закрывается или иодоформной марлей, или защитной пластинкой с силиконовым контактным слоем на весь период заживления – в среднем до 10-15 суток. Одним из вариантов закрытия раневой поверхности является пластика свободными расщепленными трансплантатами. В последние годы в клинической практике мы широко применяем коллагеновую губку «Тахокомб» для закрытия раневой поверхности. В результате по окончании заживления раны должна образоваться зона прикрепленной десны шириной не менее 5 мм и без патологических тяжей и уздечек.

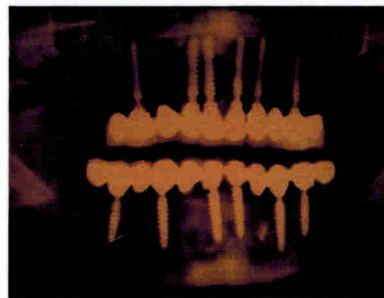


Рис. 1. Контрольная ОПТГ через 4 года после имплантации. Незначительная деструкция кости в области центральных имплантатов в нижней челюсти



Рис. 2. Визуально: мелкое преддверие полости рта, тяжи и рецессии у шеек имплантатов



Рис. 3. П-образный разрез слизистой оболочки от 45 до 35

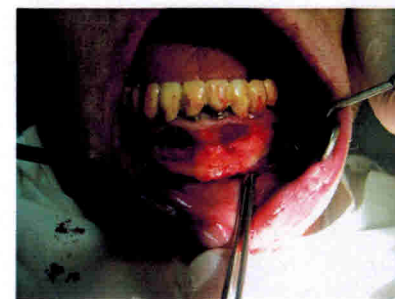


Рис. 4. Отслоен лоскут только слизистой оболочки, пересечены высоко прикрепляющиеся мышцы нижней губы



Рис. 5. Упаковка препарата Тахокомб



Рис. 6. Подгонка фрагмента Тахокомба по форме раневой поверхности



Томограмма нижней челюсти больного А., 63 года. Диагноз: радикулярная киста нижней челюсти в области корней 42-41-31-32-33-34



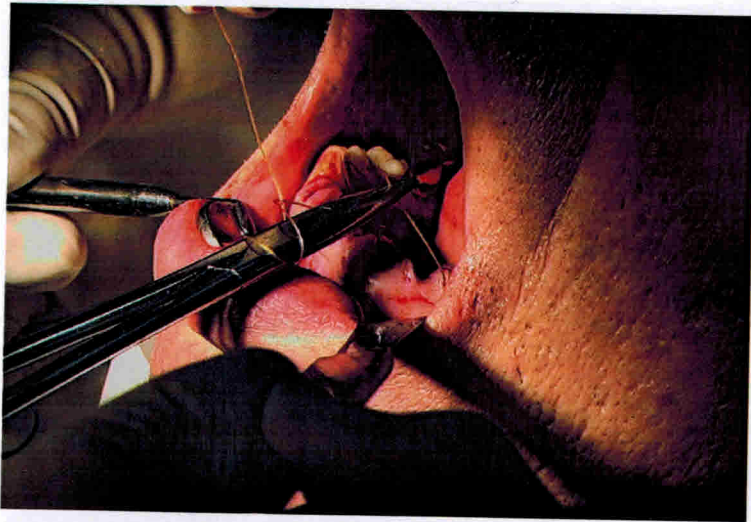
Инфильтрационная анестезия в зоне операции. Препарат Ультракаин форте



Удаление зубов 42-41-31-32-33-34



Тщательный кюретаж лунок удаленных зубов



Наложение швов (кетгут) без иссечения слизистой оболочки и приемов местной пластики. Достигается лишь некоторое сближение краев лунок. Таким образом сохраняется максимальная площадь кератинизированной слизистой оболочки, что важно для будущей операции имплантации



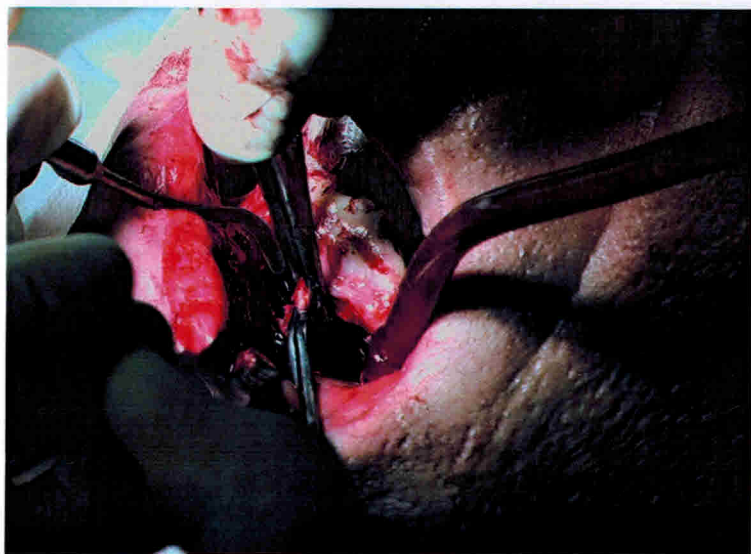
Выполняется оперативный доступ к радикулярной кисте. Разрез делается на 1-2 мм ниже уровня прикрепленной десны вдоль всей проекции кисты



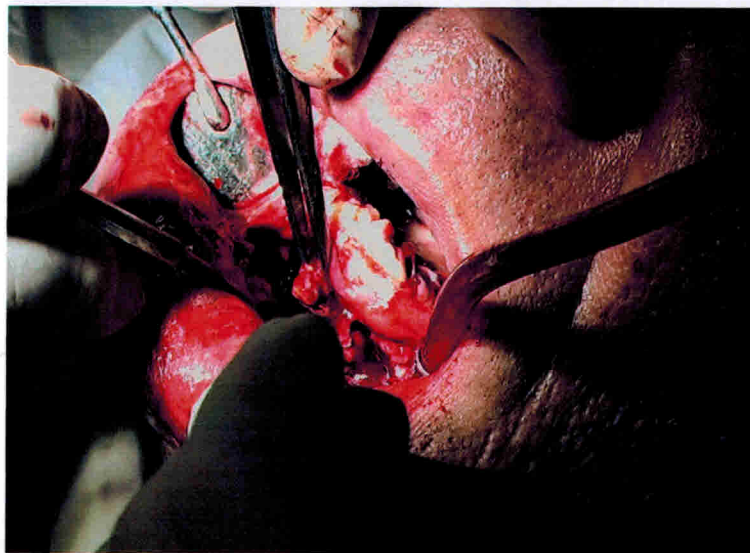
Распатором проводится отслойка слизисто-надкостничного лоскута до уровня дна радикулярной кисты



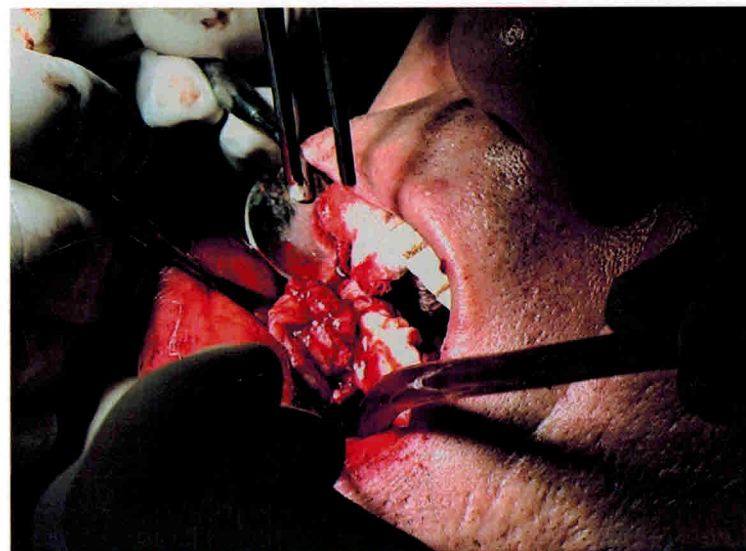
Оценивается прочность костной ткани в области вестибулярной стенки кисты путем надавливания кончиком распатора. У значительной части пациентов при этом выявляются изъяны костной ткани различной площади. В этой зоне и производится вскрытие кисты с помощью скальпеля



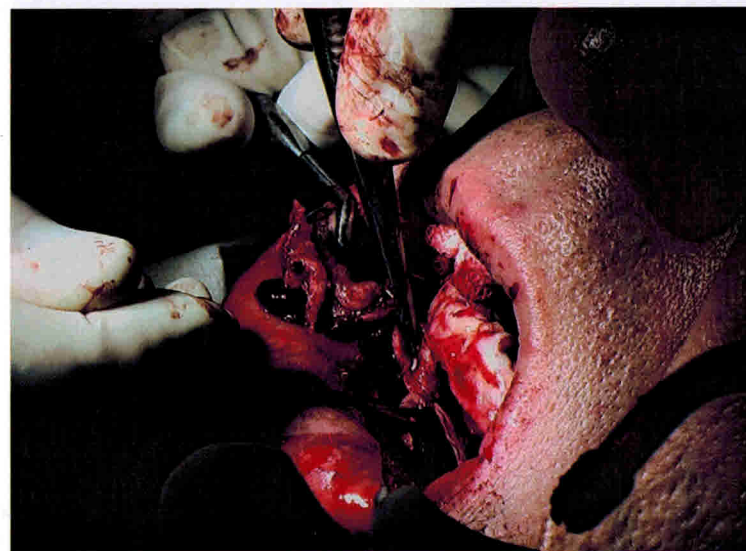
Этапы выделения, вылущивания и извлечения оболочки радикулярной кисты от ее костных стенок (3)



Этапы выделения, вылущивания и извлечения оболочки радикулярной кисты от ее костных стенок (4)



Этапы выделения, вылущивания и извлечения оболочки радикулярной кисты от ее костных стенок (5)



Удаленные зубы и оболочка кисты. В обязательном порядке оболочка кисты направляется на морфологическое исследование