ХИРУРГИЯ

МАРГИНАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТА

Реферат

**План**

1. Значение хирургических методов в комплексном лечении маргинальных периодонтитов.

2. Основные принципы периодонтальной хирургии.

3. Противопоказания к хирургическому лечению маргинальных периодонтитов.

4. Предоперационная подготовка.

5. Классификация методов хирургического лечения маргинальных периодонтитов.

6. Гингивальная хирургия.

7. Вестибулопластика.

8. Ликвидация изолированных рецессий десны.

9. Лоскутные операции.

#### 10. Направленная регенерация тканей маргинального периодонта.

11. Причины неудовлетворительных результатов в хирургии маргинального периодонта.

**1. Значение хирургических методов в комплексном лечении**

**маргинальных периодонтитов**

1. Устранение местных причин, вызывающих или поддерживающих воспалительный компонент патологического процесса в тканях периодонта.
2. Ликвидация патологических зубо-десневых карманов с деэпителизацией их.
3. Удаление поддесневых зубных отложений, патологических грануляций.
4. Создание условий для стимуляции репаративного остеогенеза в зоне патологического очага с восстановлением костной ткани стенок альвеолы.

**2. Основные принципы периодонтальной хирургии**

Основные принципы периодонтальной хирургии:

* экономное иссечение мягких тканей с целью защиты альвеолярного отростка и трансплантационного материала;
* сохранение остеопорозно измененных участков костной ткани альвеолярных отростков;
* полное удаление пролиферировавшего эпителия и грануляций;
* бережное отношение к цементу корня;
* тщательный гемеостаз, адекватное кровоснабжение лоскутов, отсутствие натяжений;
* устранение местных отягощающих факторов.

**3. Противопоказания к хирургическому лечению маргинальных**

**периодонтитов**

Общие противопоказания:

* системный остеопороз;
* заболевания крови;
* некомпенсированная форма диабета;
* активная форма туберкулеза;
* онкологическая патология;
* острые инфекционные заболевания (грипп, ангина).

Местные противопоказания:

* несоблюдение правил индивидуальной гигиены;
* патология прикуса, не подлежащая коррекции;
* деструкция костной ткани более чем на 2/3 длины корня;
* подвижность зубов III—IV степени.

**4. Предоперационная подготовка**

1. Санация полости рта: обучение больного правилам гигиены, пломбирование всех кариозных зубов, замена некачественных пломб, снятие над- и поддесневых зубных отложений, удаление зубов с III — IV степенью подвижности, по возможности устранение явлений гальванизма.
2. Иммобилизация подвижных зубов, устранение травматической окклюзии.
3. Избирательное пришлифовывание зубов и выравнивание окклюзионной поверхности.
4. Изготовление иммедиат-протеза при множественном удалении зубов. Иммедиат-протезы ускоряют регенеративные процессы в тканях периодонта за счет иммобилизации зубов, уменьшают окклюзионную нагрузку на зубы, способствуют восстановлению функции жевания, эстетики и речи.
5. Депульпирование зубов при подозрении на обнажение сосудистого нервного пучка в результате деструктивного процесса в тканях периодонта.

**5. Классификация методов хирургического лечения маргинальных**

**периодонтитов**

Существует большое количество классификаций методов хирургического лечения маргинальных периодонтитов.

Выделяют следующие виды оперативного лечения:

1. Гингивальная хирургия – операции в пределах свободной и прикрепленной десны:

* кюретаж;
* гингивотомия;
* гингивэктомия (простая, радикальная).

II. Мукогингивальная хирургия – операции в пределах свободной, прикрепленной десны и слизистой альвеолярного отростка.

* френулотомия;
* пластика короткой уздечки губ и языка;
* вестибулопластика;
* закрытие изолированных рецессий десны.

III. Остеомуконгингивальная хирургия - операции на десне, альвеолярной слизистой оболочке и на костной ткани альвеолярного отростка:

* лоскутные операции по Widman;
* лоскутные операции по Neumann;
* модифицированные лоскутные операции по Kirkland, Ramfiord, Nissle;
* операции апикального смещения лоскута.

Классификация методов хирургического лечения маргинальных периодонтитов (Иванов В.С.,1989).

1. Хирургические методы лечения зубодесневых карманов:

* кюретаж;
* криохирургия;
* гингивотомия;
* гингивэктомия (простая, радикальная);
* электрохирургическое лечение;
* микроостеопластика.

1. Лоскутные операции:

* лоскутные операции, корригирующие край десны;
* лоскутные операции с применением средств, стимулирующих репаративные процессы в периодонте.

III. Формирование преддверия полости рта и перемещение уздечки.

**6. Гингивальная хирургия**

### КЮРЕТАЖ

1867 г. - кюретаж впервые осуществлен Rigg.

1892 г - кюретаж введен в практику как основной метод лечения при воспалительных заболеваниях периодонта Younger.

1909 - усовершенствование метода кюретажа Sachs. В России кюретаж часто применял Н. Н. Несмеянов (1902).

Цель кюретажа - устранение зубодесневого кармана, которое происходит за счет преобразования образовавшегося в ходе операции кровяного сгустка и его преобразования в соединительную ткань и рубцевания зубодесневых карманов.

Показания к проведению кюретажа:

* наличие зубодесневых карманов глубиной не более 4 мм;
* плотная десна;
* отсутствие костных карманов.

Противопоказания:

* наличие острых воспалительных процессов;
* истонченная и фиброзно измененная десна;
* костные карманы;
* подвижность зубов III-IV cтепени.

Технические принципы проведения кюретажа:

* полная анестезия оперируемых тканей;
* одновременная обработка не более 2-3 зубов;
* бережное отношение к обрабатываемым тканям;
* тщательное соблюдение правил гигиены в послеоперационном периоде.

Набор инструментов для кюретажа:

* изогнутые крючки;
* экскаваторы;
* кюретки;
* рашпили.

При проведении кюретажа удаляются:

* поддесневые зубные отложения;
* участки пораженного, размягченного цемента;
* содержимое кармана (бактерии, продукты их жизнедеятельности и продукты распада мягких тканей);
* грануляционная ткань;
* участки проросшего эпителия.

Техника кюретажа.

1. Рациональное обезболивание, изоляция зубов стерильными валиками, обработка зубов растворами антисептиков.
2. Удаление поддесневых зубных отложений и патологически измененного цемента с помощью крючков, экскаваторов, рашпилей. При этом последовательно обрабатывают все поверхности корня зуба.
3. Окончательная обработка поверхности корня с помощью ультразвуковых аппаратов, финиров, полиров.
4. Обработка дна кармана. Острой кюреткой или экскаватором последовательно выскабливают грануляции.
5. Деэпителизация кармана. Большим пальцем прижимают десну к зубу, вводят острую кюретку или крючок до дна зубодесневого кармана и под контролем пальца, движением инструмента по направлению к коронке, срезают грануляции и эпителиальную выстилку. При этом устраняется барьер на пути прикрепления десны к зубу.
6. Обработка операционного поля растворами антисептиков, десна прижимается к зубу.
7. Наложение защитной повязки (дентол, репин, стомальгин, клей МК, лечебные повязки на основе масла шиповника, метилурацила, окиси цинка, дентина, уснината натрия, облепихового масла)

# Запрещается зондирование кармана в течение 3 недель. Повязку меня-ют через день после операции и накладывают еще до 7 дней.

Недостаток кюретажа - отсутствие достаточного визуального контроля.

### ГИНГИВОТОМИЯ – рассечение десны

Производится рассечение десны, а затем - открытый кюретаж.

Показания:

* наличие глубокого узкого зубодесневого кармана;
* одиночные периодонтальные абсцессы.

Техника операции.

1. Подготовка больного и проведение анестезии.
2. Рассечение зубодесневой карман на всю глубину.
3. В боковых участках проводят вертикальный разрез.
4. Во фронтальном участке вертикальный разрез с учетом косметических требований проводят латерально проекции кармана в пределах здоровых тканей и отсепаровывают треугольный лоскут.
5. Обработка костного кармана и слизистой оболочки (удаление грануляций, деэпителизация).
6. Наложение швов и десневой повязки на рану. Заживление происходит на костном основании, дефекта края десны не образуется.

Недостатки гингивотомии:

* ограниченность показаний к применению;
* ретракция края десны;
* недостаточный обзор операционного поля.

### ГИНГИВЭКТОМИЯ - иссечение края десны

Простая гингивэктомия - иссечение края десны на всю глубину периодонтального кармана.

Радикальная гингивэктомия - сочетание удаления десневых карманов и частичное нивелирование альвеолярного отростка.

Показания к проведению простой гингивэктомии: зубодесневые карманы глубиной более 4 мм,

* фиброзное уплотнение десны;
* отсутствие костных карманов;
* горизонтальная атрофия костной ткани;
* гипертрофический гингивит.

## Противопоказания к проведению простой гингивэктомии:

* наличие глубоких костных карманов;
* узкая зона прикрепленной десны.

Техника операции (по Губману в модификации Гликмана).

1. Проведение анестезии.
2. Измерение специальным пинцетом глубины карманов и отметка ее точками на альвеолярном отростке.
3. Проведение горизонтального разреза с вестибулярной и язычной стороны на 1 мм выше отмеченных точек.
4. Удаление края десны и проведение открытого кюретажа под визуальным контролем.

5. Наложение на рану йодоформной турунды или десневой повязки.

Модификация В. Е. Крекшиной (1962) - частичная гингивэктомия.

1. Горизонтальный разрез проводится параллельно десневому краю, отступив от него на 1,5—2 мм.
2. Одновременная обработка 2—3 зубов.
3. Гемостаз 3% раствором перекиси водорода с помощью тампонов, которые удаляют через 5—10 мин, после чего накладывают повязку.

Показания к радикальной гингивэктомии:

* наличие вертикальной неравномерной резорбции альвеолярного отростка;
* необходимость обработки не только десневых, но и внутрикостных карманов.

Техника операции (по Мюллеру, 1929).

1. Проведение обезболивания и отметка глубины карманов.
2. В отличие от простой гингивэктомии горизонтальный разрез проводится на 2 мм ниже обозначенной глубины карманов.
3. Удаление части десны после горизонтального или нескольких аркообразных разрезов.
4. Обнажение кости и частично костных карманов.
5. Удаление фрезой, бором или кюретажной ложечкой измененной кости. Удаление, сглаживание и выравнивание альвеолярного края, удаление грануляции и остатков зубного камня.
6. Закрытие раны иодоформенным тампоном, который фиксируют к зубам, или накладывают защитную повязку.

#### Недостатки радикальной гингивэктомии:

* плохой косметический эффект;
* недостаточный визуальный контроль при обработке костных карманов.

Мукогингивальная хирургия

* френулотомия;
* пластика короткой уздечки губ и языка;
* вестибулопластика;
* закрытие изолированных рецессий десны.

##### ФРЕНУЛОТОМИЯ

Френулотомия (рассечение уздечки) осуществляют в основном в грудном возрасте при укороченной уздечке языка.

ПЛАСТИКА КОРОТКОЙ УЗДЕЧКИ ГУБ И ЯЗЫКА

Френэктомия — перемещение уздечки с подлежащей костью и с частичным иссечением самой уздечки.

Показания: диастема в области центральных резцов верхней челюсти при хорошо развитой уздечке верхней губы.

Техника операции.

1. Двумя полуовальными разрезами иссекают уздечку.
2. Производят вертикальную компактостеотомию между центральными резцами.
3. Слизистую оболочку десны с обеих сторон мобилизуют, сближают края раны и накладывают швы.

При широкой и массивной уздечке губы показано проведение

френулопластики встречными треугольными лоскутами по Лимбергу.

**7. Вестибулопластика**

Глубина преддверия полости рта – расстояние от края десны до границы перехода неподвижной слизистой в подвижную.

* Глубокое преддверие полости рта - расстояние более 1 см.
* Среднее преддверие полости рта - от 0,5 см до 1 см.
* Мелкое преддверие полости рта – при глубине менее 0,5 см.

Мелкое преддверие полости рта – группа риска заболеваний маргинального периодонта

Механизм образования зубодесневых карманов при мелком преддверии полости рта. Во время разговора, приема пищи, чистки зубов укороченные уздечки губы, языка, мелкое преддверие полости рта увеличивают подвижность сосочков и оттягивают свободный край десны, что вызывает травму периодонта, его воспаление и образование зубодесневых карманов. Возникает необходимость в создании широкой зоны прикрепленной десны путем углубления преддверия полости рта.

Классификация методов вестибулопластики

* методики с открытой раневой поверхностью (Clark, Corn, Rosenberg);
* методики, предусматривающие закрытие ран на альвеолярном отростке и губе (А.С. Артюшкевич).

Преимущество открытых способы вестибулопластики - простота исполнения.

Недостатки открытых способы вестибулопластики:

* ухудшение трофики альвеолярного отростка;
* резорбция кости.

Недостаток закрытых методов вестибулопластики - рецидив мелкого преддверия.

Методики с открытой раневой поверхностью.

Техника операции Clark Н. (1953):

1. Проведение горизонтального разреза на границе прикрепленной десны и свободной слизистой альвеолярного отростка в пределах 4-6 зубов.

2. Формирование трапециевидного лоскута с основанием, обращенным к губе за счет проведения двух вертикальных расходящихся разрезов длиной около 10 мм от концов горизонтального разреза.

3. Отсепаровывание слизистого лоскута, укладка его в области нового, более глубокого преддверия, фиксация кетгутом к оставшейся надкостнице. Защита раневой поверхности иодоформенной турундой.

После операции на альвеолярном отростке остается обнаженная зона кости (около 11 мм), покрытая надкостницей, которая эпителизируется и рубцуется.

Методики с закрытой раневой поверхностью (А. С. Артюшкевич, 1982)

1 вариант.

Показания: мелкое преддверие в пределах всего фронтального отдела нижней челюсти.

Техника операции.

1. Рассечение слизистой оболочки преддверия полости рта от клыка до клыка дугообразным разрезом ниже переходной складки на 0,5 см.
2. Проведение второго разреза такой же длины параллельный первому, отступив на 0,5 см от края красной каймы.
3. Соединение косым разрезом под углом 70°в области средней части губы двух предыдущих разрезов.
4. Отслаивание образованных лоскутов в подслизистом слое. При мелком преддверии (менее 4 мм) проводят фенестрацию надкостницы с перемещением вниз мышц подбородка.
5. Перемещение надкостницы вместе с мышцами апикально на 1—1,5 см.
6. Пластика слизистой оболочки встречными лоскутами.

2 вариант.

Показания: мелкое преддверие в пределах нижних резцов в сочетании с короткой уздечкой нижней губы.

Техника операции.

1. Проведение основного разреза по гребню уздечки от места ее прикрепления на альвеолярном отростке до края красной каймы, не доходя до нее 0,5 см.
2. Один дополнительный разрез длиной 2,5—3 см проводят по альвеолярному отростку под углом 70°, другой — такой же длины в области губы под углом 70°.
3. Отслаивание лоскутов, перемещение и фиксация швами.
4. После операции на 2 недели накладывают назубную формирующую пластинку.

8. Ликвидация изолированных рецессий десны.

Рецессия десны - обнажение поверхности корня зуба, чаще с вестибулярной поверхности.

Причины десневой рецессии:

* короткая уздечка губы, языка;
* дистопия зуба;
* повреждение десны во время препарирования зуба перед протезированием или лечении пришеечного кариеса;
* неправильная травмирующая чистка зубов, воспаление десны, обусловленное образованием микробной бляшки.

Классификация степени рецессии десны (Miller).

1-й класс – рецессия маргинальной части десны с переходом в мукогингивальное соединение, не сопровождающееся потерей костной ткани альвеолы.

2-й класс - рецессия доходит или простирается ниже мукогингивального соединения, сопровождается и не сопровождается потерей костной ткани альвеолы.

3-й класс – рецессия простирается глубже мукогингивального соединения, сопровождается незначительной потерей межзубной костной ткани и десны, при этом край десны находится выше края кости.

4-й класс – рецессия простирается глубже мукогингивального соединения. Потеря межзубной костной ткани и десны более значительна, их края находятся на уровне апикальной границы рецессии.

Ликвидация изолированных рецессий десны включает:

1. Устранение причины рецессии путем устранения натяжения короткой уздечки губы или языка, нормализации положения дистопированного зуба, удаления поддесневых зубных отложений, изготовления полноценных пломб и зубных протезов.
2. Непосредственное закрытие рецессии операционным путем. Все хирургические способы ликвидации изолированных рецессий можно разделить на 2 группы: лоскуты на питающей ножке и свободные трансплантаты.

III. Остеомуконгингивальная хирургия

* лоскутные операции по Widman;
* лоскутные операции по Neumann;
* модифицированные лоскутные операции по Kirkland, Ramfiord, Nissle;
* операции апикального смещения лоскута.

**9. Лоскутные операции**

Лоскутные операции – использование лоскутов с целью ликвидации зубодесневых карманов, коррекции дефектов края десны для восстановления разрушенных тканей.

Полный лоскут состоит из эпителия, соединительной ткани и надкостницы.

Расщепленный лоскут состоит из эпителия и соединительной ткани.

Простой лоскут в конце операции укладывается прежнее ложе.

Позиционный лоскут в конце операции перемещают на новый участок.

Использование простого лоскута (радикальная операция Видмана — Неймана— Цешинского).

Показания к операции:

* периодонтит с наличием костных карманов глубиной более 4—5 мм,
* преимущественно вертикальный тип резорбции альвеолярной кости, подвижность зубов I—II степени,
* зубодесневые карманы с истонченной и фиброзно-измененной десной.

Цель операции: ликвидация зубодесневых и частично костных карманов.

Техника операции.

1. Анестезия операционного поля.
2. Проведение двух вертикальных разрезов от края десны до переходной складки (так, чтобы они не проходили через десневые сосочки) и двух горизонтальных разреза по краю десны с вестибулярной и оральной стороны.
3. Иссечение ножницами края десны шириной около 2 мм.
4. Удаление грануляционной ткани, зубных отложений.
5. Полировка корня зуба, обработка края альвеолярной кости и внутренней поверхности слизисто-надкостничного лоскута.
6. Помещение лоскута на место, наложение швов в каждом межзубном промежутке и на вертикальных разрезах.

Преимущества операции:

* хороший доступ к костным карманам;
* возможность их обработки под визуальным контролем;
* заживление раны первичным натяжением.

Недостатки операции:

* снижение высоты альвеолярного отростка;
* обнажение шеек зубов.

Гингивостеопластика – лоскутные операции с применением средств, стимулирующих репаративные процессы в тканях маргинального периодонта (В.А.Киселев, Т.В.Никитина, А.П.Безрукова).

После проведения основных этапов лоскутной операции в подготовленное ранее ложе вводят один их препаратов, стимулирующих репаративный остеогенез.

С целью стимуляции репаративных процессов применяют:

* костные трансплантаты — лиофилизированная костная мука, стружка, хрящ, формализованная кость, хрящ, брефокость, коллагеновый остеопласт, препараты крови (фибринный порошок);
* консервированный аллогенный костный мозг;
* биопластмасса, биокерамика, коллаген в виде губки;
* тканевые трансплантаты — склера глаза, твердая мозговая болочка, кетгут.

#### 10. Направленная регенерация тканей маргинального периодонта

Формирование полноценного прикрепления десны к зубу связано с пролиферацией клеток костной ткани и клеток периодонтальной связки.

Однако, в процессе заживления раны пролиферация ротового эпителия вдоль корня зуба происходит раньше, чем начинают пролиферировать клетки костной ткани и клетки периодонтальной связки.

Это не приводит к формированию полноценного прикрепления десны к зубу. В качестве барьера для пролиферации ротового эпителия используют различные мембраны.

Требования, предъявляемые к мембранам:

* биосовместимость;
* способность предотвращать проникновение клеток через мембрану и прорастание тканей;
* способность создавать адекватное пространство между мембраной, корнем зуба и стенкой костного кармана для регенерации тканей периодонта;
* способность интегрироваться с тканями десны и стабилизировать положение лоскута.

Мембраны подразделяют на нерассасывающиеся (изготовленная на основе флюорокарбоновых полимеров мембрана Gore – Tex) и рассасывающиеся.

Резорбируемые мембраны подразделяют на:

* натуральные биоматериалы, взятые у животных и человека (коллаген, Bio-Guide, Bio- Gide);
* синтетически изготовленные полимеры (Atrisorb, Resolut).

Недостатки нерассасывающихся мембран:

* необходима повторная операции для их удаления;
* риск нагноения тканей;
* раннее удаление мембраны не способствует полной регенерации тканей.

Рассасывающиеся мембраны не требуют повторной операции для их удаления, однако тяжело контролировать время их рассасывания.

**11. Причины неудовлетворительных результатов в хирургии**

**маргинального периодонта**

* ошибки диагностики;
* несоблюдение послеоперационного режима и гигиены полости рта;
* неадекватное хирургическое вмешательство;
* неполное устранение окклюзионных дефектов и парафункций;
* грубое выполнение оперативного вмешательства;
* отсутствие предварительного противовоспалительного лечения;
* отсутствие качественного инструментария;
* отсутствие четкой организации лечения больных с маргинальными периодонтитами.