



Принятые к общему изучению клинические характеристики, используемые для составления прогнозов

Прогноз состояния отдельного зуба

Процент потери кости

Максимальная глубина зондирования (в мм)

- Потеря кости в горизонтальном и вертикальном направлениях
- Наиболее глубокий дефект фуркации: 0,1, 2, 3
- Подвижность: 0,1, 2, 3
- Соотношение размеров коронки и корня
- Форма корня: благоприятная или неблагоприятная
- Кариес или наличие пульпита: присутствует/отсутствует
- Неправильное расположение зубов: да/нет
- Является ли зуб опорным элементом съемной или несъемной ортопедической конструкции: да/нет

Общий прогноз

- Возраст
- Наличие отягчающих состояний (курение и/или диабет)
- Наличие заболеваний пародонта у близких родственников (отец, мать, братья и сестры): да/нет/у кого
- Уровень гигиены: хороший, удовлетворительный, плохой Мотивируемость: да/нет
- Интервал профилактического обследования: раз в 2 мес. постоянно, эпизодически раз в 2 мес., раз в 3 мес. постоянно, эпизодически раз в 3 мес.
- Парафункции жевательной мускулатуры, компенсированная ношением назубной шины
Некомпенсированные парафункции жевательной мускулатуры

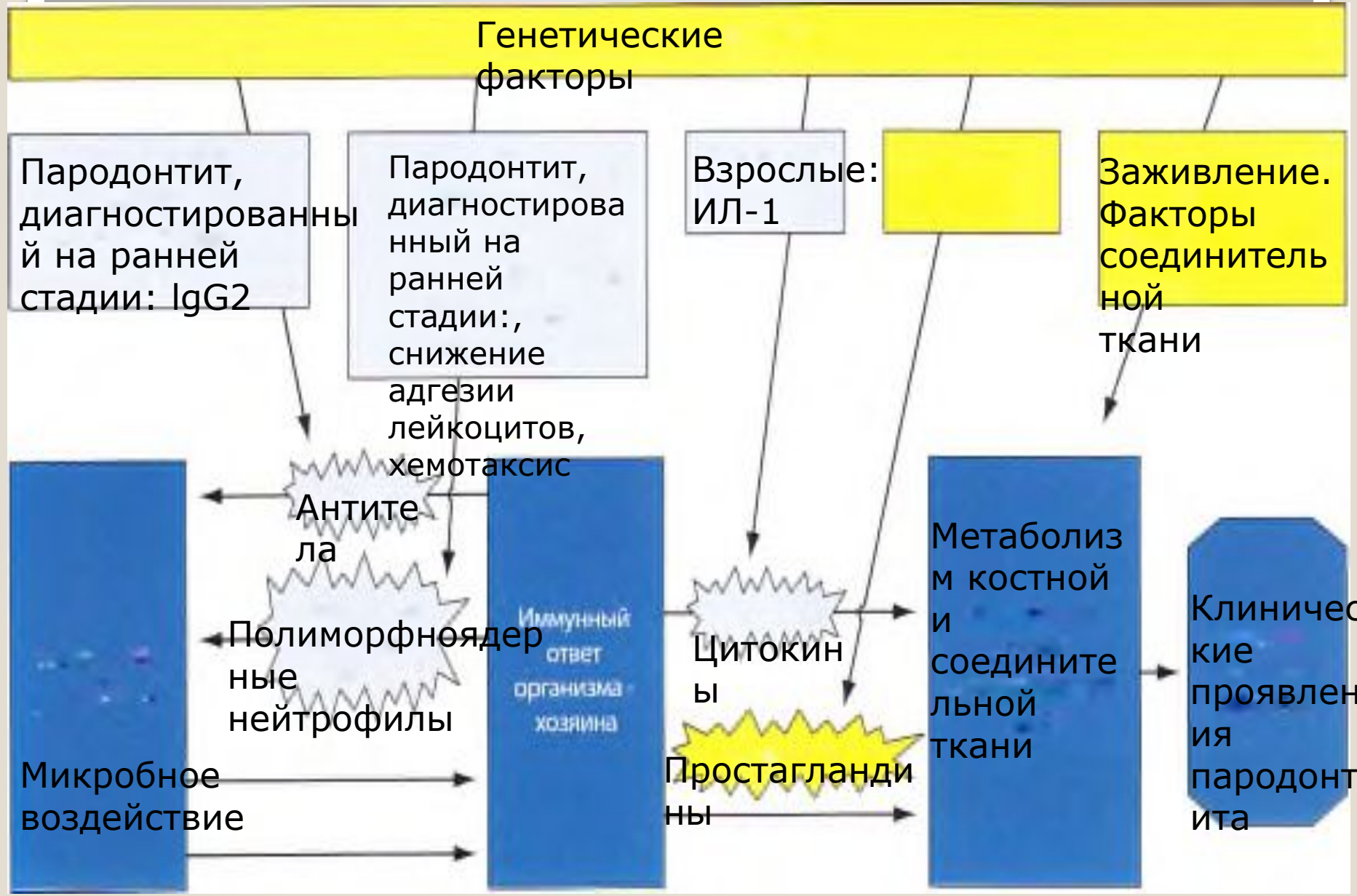
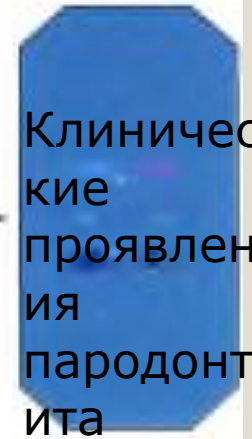
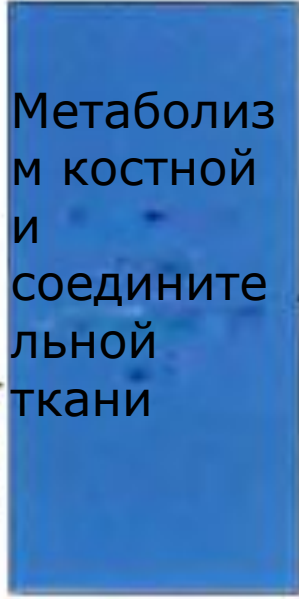
Генетические факторы

Пародонтит, диагностированный на ранней стадии: IgG2

Пародонтит, диагностированный на ранней стадии: снижение адгезии лейкоцитов, хемотаксис

Взрослые: ИЛ-1

Заживление. Факторы соединительной ткани



Факторы коррекции

Эстетика фронтальной группы зубов

- Современная парадигма пародонтологин построена на сохранении десневых сосочков, принципах десневой эстетики, учете положения губ, десны и формы прикуса. Поэтому в эстетических зонах клиницист в первую очередь должен оценить возможные варианты лечения по двум основным параметрам: эстетика и пожелания пациента, независимо от прогноза.

Возраст

- Несмотря на то что возраст не является критерием при составлении индивидуального прогноза, он остается наиболее значимым фактором. Молодые пациенты, несмотря на большую возможность адаптации и активность регенеративных процессов, должны уделять своим зубам больше внимания, нежели пациенты зрелого возраста. Диагностированные заболевания пародонта не обусловлены зрелым возрастом, т.к. развивались в течение всей жизни. (American Academy of Periodontology, 1995). Это позволяет получить информацию о развитии заболевания с учетом пародон- тологического, функционального и эстетического статуса, что открывает возможность более полной диагностики и, таким образом, более точного прогноза, что будет с зубами в будущем. Аспекты, недопустимые в планировании терапии молодых пациентов, можно использовать при лечении пациентов зрелого возраста.

- Заболевания пародонта многофакторны по своей природе, масштабу и виду возникающих повреждений тканей (например, патология слизистой оболочки, десны, дефекты костной ткани, гипертрофия десны), этим обусловлено большое количество различных методик лечения. Не существует единого подхода к какой-либо отдельной проблеме или манипуляции. Уровень подготовки, квалификация, понимание задач и цели влияют в итоге на принятие окончательного решения о выборе способа лечения.

Основные виды разрезов

- 1. Кюретаж. Удаление внутреннего эпителиального слоя, эпителиального прикрепления десневого кармана и подлежащей воспаленной соединительной ткани с внутренней поверхности кармана. Это закрытый метод хирургического вмешательства

- Гингивэктомия. Иссечение ткани десны для удаления надкостной части пародонтальных карманов. Эта процедура показана при горизонтальной потере кости и наличии достаточной зоны кератинизированной десны

- Полнослойный (слизисто-надкостничный) лоскут. Подобный лоскут позволяет получить хороший обзор и доступ для проведения костно-пластических операций (в том числе восстановительных, а также направленных на устранение костных карманов), перемещения уздечки, сохраняет кератинизи- рованную часть десны. Разрез может быть внутрибороздковым, по гребню кости или внутренним скошенным, в зависимости от объема имеющейся прикрепленной ткани

- **Неполный или расщепленный (слизистый) лоскут. Лоскут, позволяющий сохранить надкостницу. В данном случае расщепляющий разрез проводится параллельно поверхности кости. Применяется в основном в зонах с тонкой костной пластиной и при выполнении слизисто-десневых оперативных вмешательств**

- . Лоскут, при котором на первой стадии выполняют гингивэктомию для устранения или уменьшения глубины костного кармана, а затем проводят вторичный внутренний скошенный разрез по гребню кости. Эта методика требует достаточной зоны неподвижной кератинизированной десны и ис пользуется прежде всего на нёбе, в области гипертрофии десны или в зонах, где в связи с ограниченны́м доступом невозможно произвести внутренний скошенный разрез

**Модифицированный
полнослойный (слизисто-
надкостничный) лоскут**

Классификация хирургических манипуляций

Коррекция десневых карманов

Закрытые процедуры:

- 1. Кюретаж.
- 2. Процедура по иссечению для образования нового прикрепления (ENAP) и модифицирована: ENAP
- 3. Модифицированный лоскут Wid man.
- 4. Апикально смещенный (перемещенный) лоскут:
 - ПОЛНЫЙ;
 - полный или частично расщепленный;
 - расщепленный надкостничный.
- 5. Небный лоскут:
 - « ПОЛНЫЙ;
 - частично расщепленный.
- 6. Операция дистальным клиновидным лоскутом:
 - в области бугра;
 - в ретромолярной области.
- Открытые процедуры:
 - 1. Гингивэктомия.
 - 2. Гингивопластика.

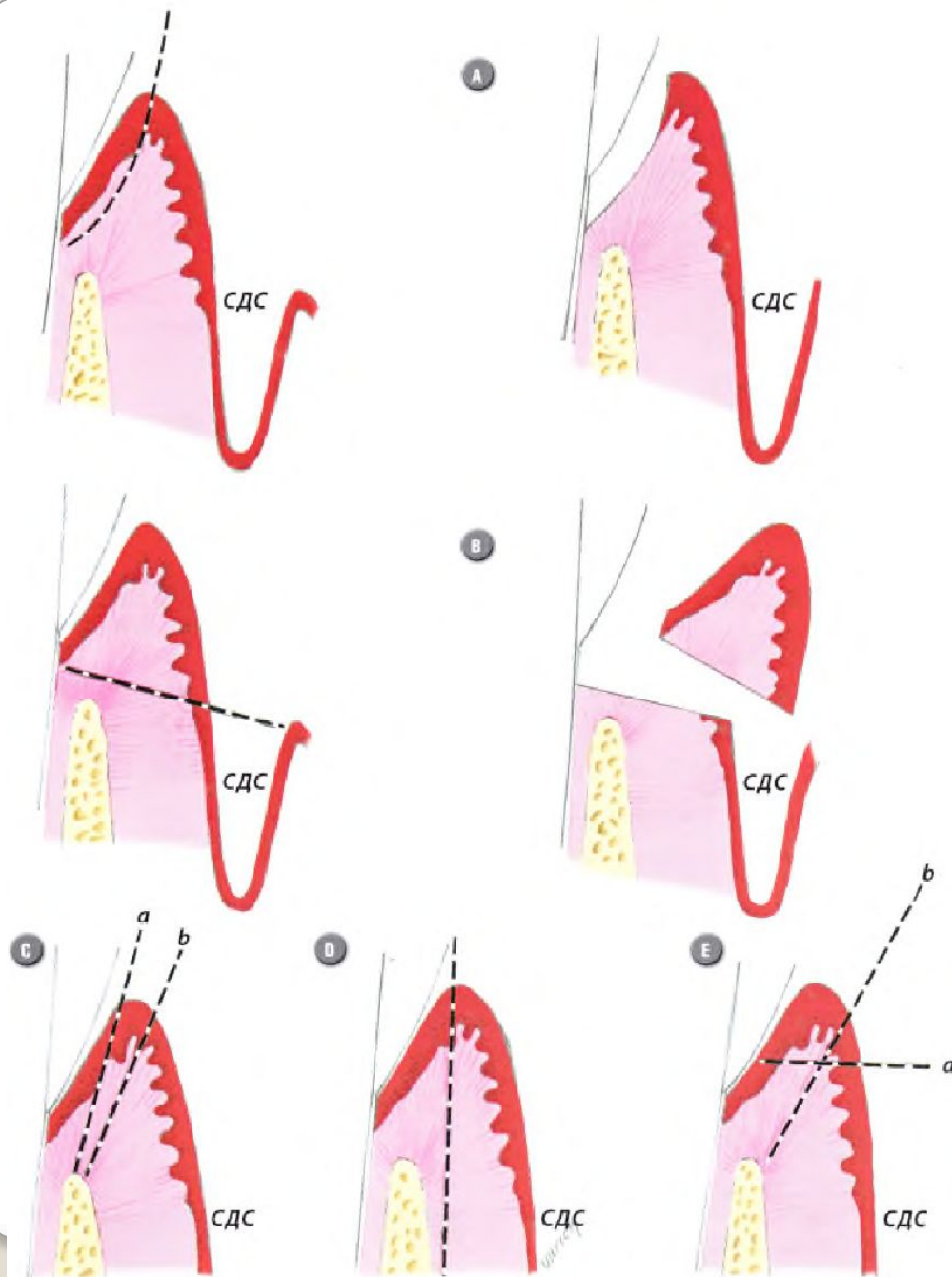
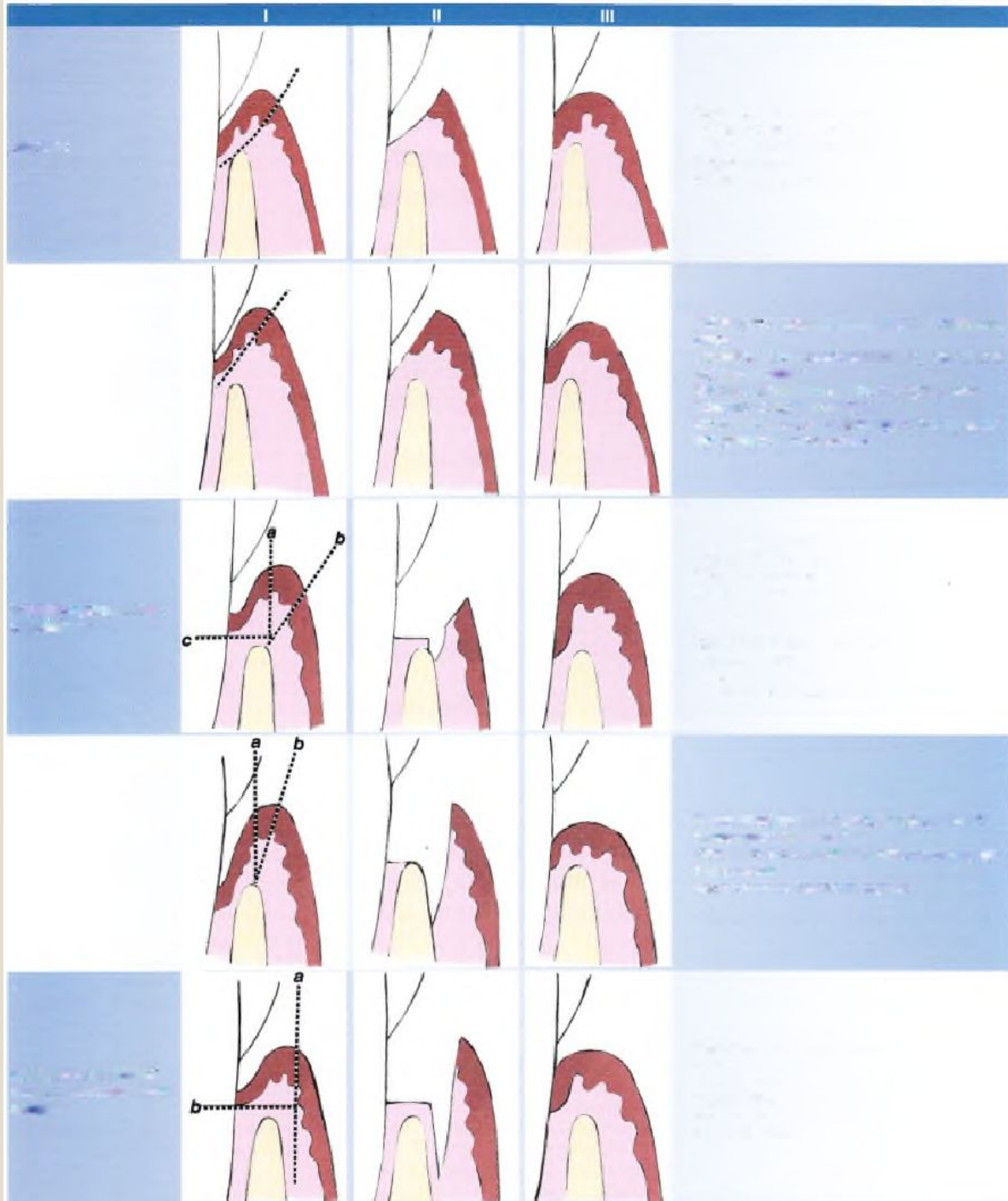


Схема основных разрезов. (А) Кюретаж и удаление воспаленной внутренней стенки кармана. (В) Гингивэктомия с последующим удалением иссеченной ткани (обратите внимание, что разрез находится выше слизисто-десневого соединения (СДС). (С) Внутрибороздковый разрез (а) и разрез по гребню (б) для полного слизисто-надкостничного лоскута. (D) Частичные разрезы для отслаивания соответствующих лоскутов. (Е) Модифицированные разрезы лоскутов для методики «плоскость-клин»



Сравнительный анализ хирургических вмешательств пяти типов

Кюретаж

- Снятие назубных отложений и сглаживание поверхностей корней для удаления твердых назубных отложений, зубного налета, цемента корня Кюретаж внутренней воспаленной стенки пародонтального кармана

Процедура по иссечению для образования нового прикрепления

Обследуйте пародонтальный карман с помощью зонда
Сделайте внутренний скошенный разрез на всю глубину кармана
Удалите иссеченный эпителий и грануляции
Сгладьте поверхность корней
Установите лоскут и зафиксируйте его швом на предоперационном уровне

Модифицированный лоскут Widman

- Первичный разрез составляет 0,5-1 мм от края десны до гребня кости
- Откиньте лоскут на 2-3 мм от кости.
Внутрибороздковый разрез под углом в 2°
Горизонтальный разрез по гребню кости под углом 3°
- Удалите эпителий и грануляционную ткань
Удалите поддесневые отложения и сгладьте поверхность корней
- Ушейте лоскут с помощью прерывистых швов

Апикально смещенный полный лоскут

- Внутрибороздковый разрез, по гребню или вестибулярно скошенный
- Трансплантация завершена, лоскут отсепарирован от кости
- Лоскут смещен апикально и ушит

Апикально смещенный частично расщепленный лоскут

- Разрез по гребню. Лезвие скальпеля расположено параллельно оси зуба Лоскут смещается при рассечении Надкостница сохранена на кости Лоскут апикально смещен у альвеолярного гребня или под ним

Методики, обычно используемые для заполнения альвеолы

- 1. Основная методика:
 - • костно-пластический материал для заполнения альвеол;
 - • соединительнотканый трансплантат.
- 2. Материалы для obturation альвеолы зуба.
- 3. CollaPlug (Sulzer Medica, Carlsbad, California).

Методики, обычно используемые для покрытия корня

- Лоскуты на ножке (полные или частичные):
 - 1. Латерально смещенные лоскуты.
 - 2. Двойные сосочковые лоскуты.
 - 3. Коронарно смещенные лоскуты.
 - 4. Лоскуты, усиленные надкостницей.
 - 5. Серповидный лоскут.
 - 6. Повернутый или перемещенный лоскут на ножке.

Свободные десневые аутотрансплантаты:

- 1. Полные.
- 2. Частично расщепленные.
- Субэпителиальный соединительнотканый трансплантат.
- Бесклеточные кожные матриксные трансплантаты.

Направленная тканевая регенерация:

- 1. Нерезорбируемая.
- 2. Резорбируемая.

Обзор хирургического вмешательства

- 1. Выбор хирургической манипуляции должен основываться на следующих параметрах:
 - простота проведения вмешательства;
 - предсказуемость;
 - эффективность;
 - слизисто-десневые показатели;
 - топография подлежащей кости;
 - анатомические и физиологические ограничения (например, анатомически маленький рот, повышенный рвотный рефлекс, топография ментального отверстия);
 - возраст и системные заболевания (например, сердечная аритмия и шумы, диабет, лучевая терапия в анамнезе, гипотиреоз, гипертиреоз).
- 2. Все разрезы должны быть четкими и плавными. В результате нерешительных действий обычно получаются неровные, рваные края лоскута, на заживление которых требуется больше времени.
- 3. Все разрезы должны быть проведены с максимальным сохранением зоны кератинизированной десны, что в будущем уменьшит риск повторных оперативных вмешательств.
- 4. Дизайн лоскута должен обеспечивать хороший обзор и адекватный доступ.
- 5. Необходимо избегать вовлечения в операционное поле прилегающих не задействованных в операции участков тканей.
- 6. Дизайн лоскута должен предотвратить излишнее обнажение кости, что может привести к потере кости, образованию дегисценций или фенестраций.
- 7. Заживление первичным натяжением предпочтительнее, чем вторичным.
- 8. Для обеспечения адекватной васкуляризации основание лоскута должно быть такой же ширины, как и коронарная часть лоскута.
- 9. Необходимо иссечь все патологически измененные ткани для обеспечения быстрого заживления и предотвращения роста грануляционной ткани.
- 10. Необходимо правильно зафиксировать лоскут, чтобы предотвратить смещение, излишнее кровотечение, образование гематомы, обнажение кости и возможное инфицирование раны.

- 2. Все разрезы должны быть четкими и плавными. В результате нерешительных действий обычно получаются неровные, рваные края лоскута, на заживление которых требуется больше времени.
- 3. Все разрезы должны быть проведены с максимальным сохранением зоны кератинизированной десны, что в будущем уменьшит риск повторных оперативных вмешательств.
- 4. Дизайн лоскута должен обеспечивать хороший обзор и адекватный доступ.
- 5. Необходимо избегать вовлечения в операционное поле прилегающих не задействованных в операции участков тканей.

- 6. Дизайн лоскута должен предотвратить излишнее обнажение кости,
- что может привести к потере кости, образованию дегисценций или фенестраций.
- 7. Заживление первичным натяжением предпочтительнее, чем вторичным.
- 8. Для обеспечения адекватной васкуляризации основание лоскута должно быть такой же ширины, как и коронарная часть лоскута.
- 9. Необходимо иссечь все патологически измененные ткани для обеспечения быстрого заживления и предотвращения роста грануляционной ткани.
- 10. Необходимо правильно зафиксировать лоскут, чтобы предотвратить смещение, излишнее кровотечение, образование гематомы, обнажение кости и возможное инфицирование раны.