


**ХИРУРГИЧЕСКАЯ
ПОДГОТОВКА ПОЛОСТИ РТА К
ЗУБНОМУ ПРОТЕЗИРОВАНИЮ**

- У 80 % больных, пользующихся зубными протезами, нет хорошей опоры для их фиксации в полости рта.

Задача хирургической подготовки полости рта к протезированию - создание надежной опорной структуры из костных и мягких тканей для последующего изготовления и оптимального функционирования зубных протезов.

Причины отсутствия опоры для фиксации протезов в полости рта:

1. Атрофия альвеолярных отростков челюстей после удаления зубов.
2. Травма при удалении зуба и частая потеря одной из стенок альвеолы.
3. Прогрессирование атрофии в связи с системными заболеваниями и инволютивными процессами (остеопороз костей в климактерическом и постклимактерическом периодах).
4. Прогрессирование атрофии вследствие ношения протезов
5. Атрофия альвеолярного отростка при заболеваниях маргинального периодонта.
6. Диспропорция альвеолярных отростков при атрофических процессах челюстей.
7. Выраженность турса, аномалии прикуса.
8. Снижение сводов преддверия полости рта, выраженности уздечек губ и языка, слизистых и мышечных тяжей вследствие атрофии альвеолярных отростков.
9. Рубцовые изменения слизистой после удаления зубов, ношения протезов, травм и операций.

Выделяют:

- • Операции на костных тканях челюстей.
- Операции на мягких тканях
- Операции на периферических ветвях тройничного нерва.

Операции на костных тканях челюстей.

- **Альвеолотомия** - сглаживание неровностей для создания правильного ложа для протеза

Альвеолэктомия

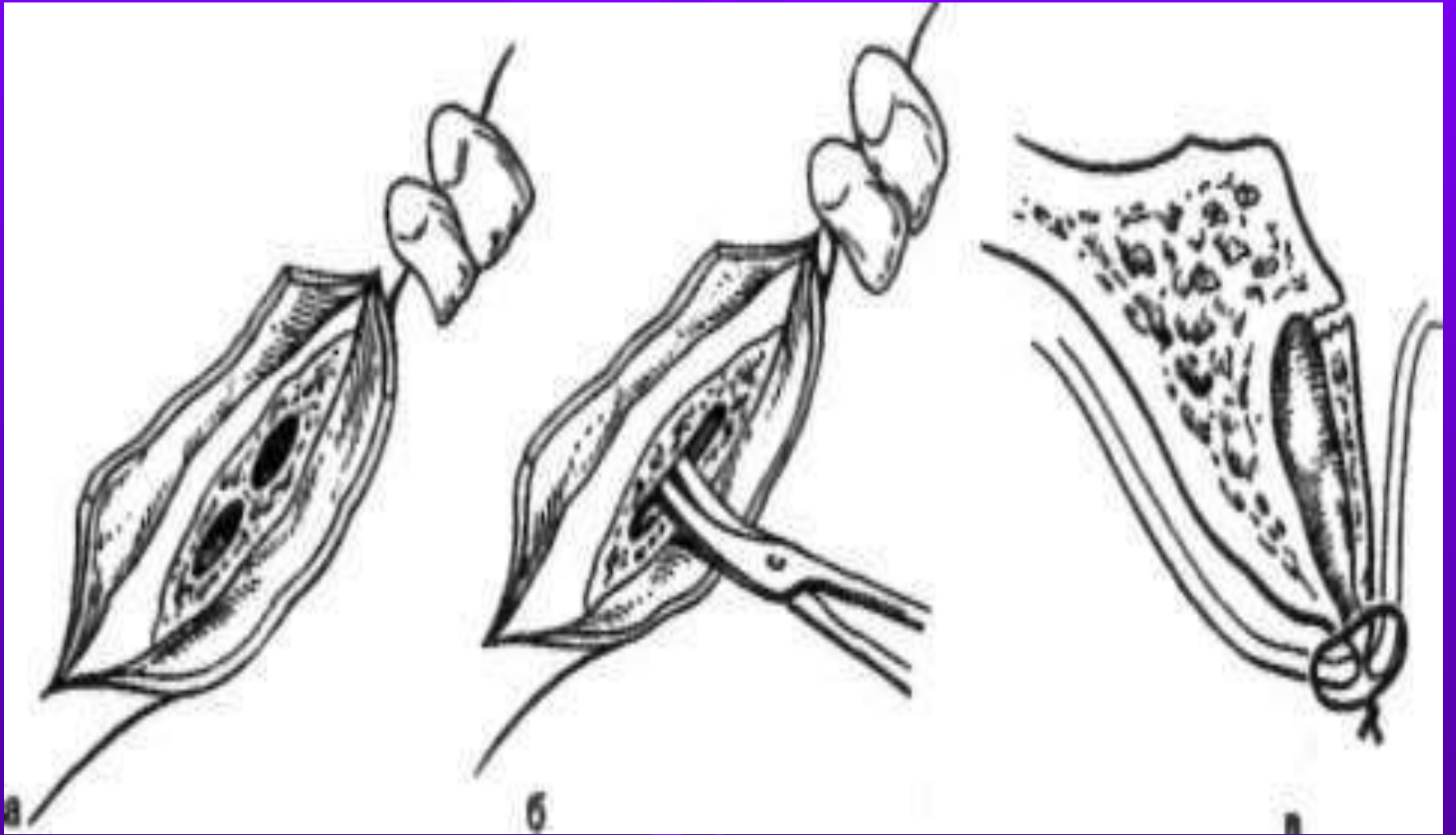
- **Показания:** Обнаружение деформации альвеолярного отростка во время обработки послеоперационной раны после удаления одного или нескольких зубов, удаление костных выступов

Техника операции:

1. Отслаивание слизисто-надкостничного лоскута для обнажения пораженного участка кости.
2. Устранение деформации по наружной, внутренней поверхности альвеолярной дуги при помощи костных кусачек, костного напильника, бора или фрезы.
3. Укладывание слизисто-надкостничного лоскута на место, наложение швов.

Внутриперегородочная альвеолопластика.

- **Показания:** Выступающая межальвеолярная перегородка, обнаруженная во время операции удаления зуба.
Техника операции. Производится удаление выступающей или неадекватной межальвеолярной перегородки и репозиция латеральной пластинки альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти сильным давлением пальца.

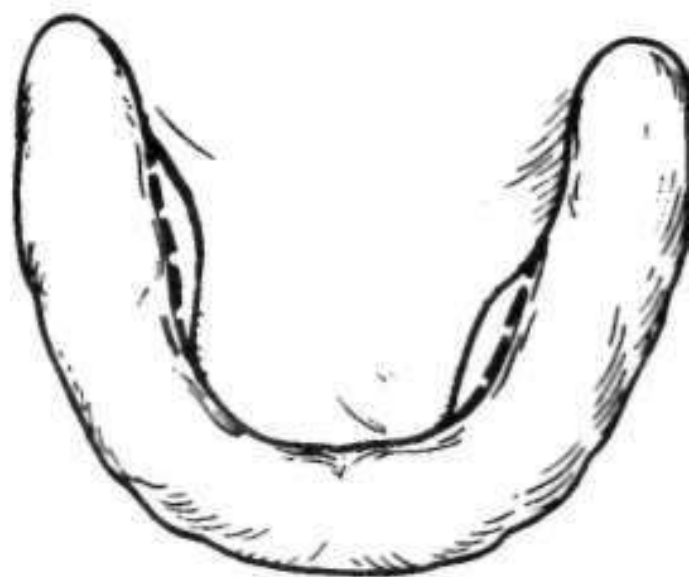
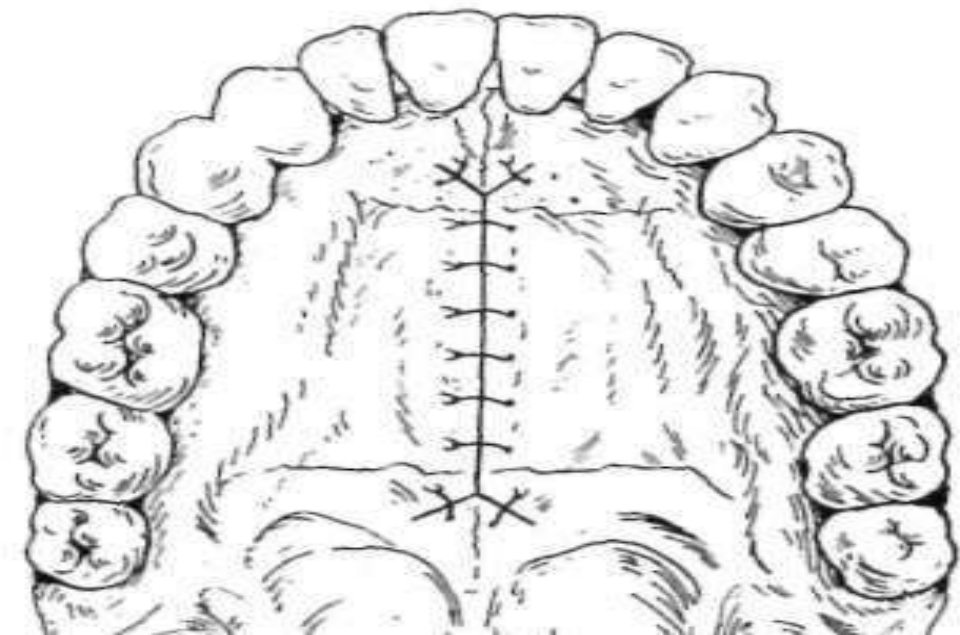
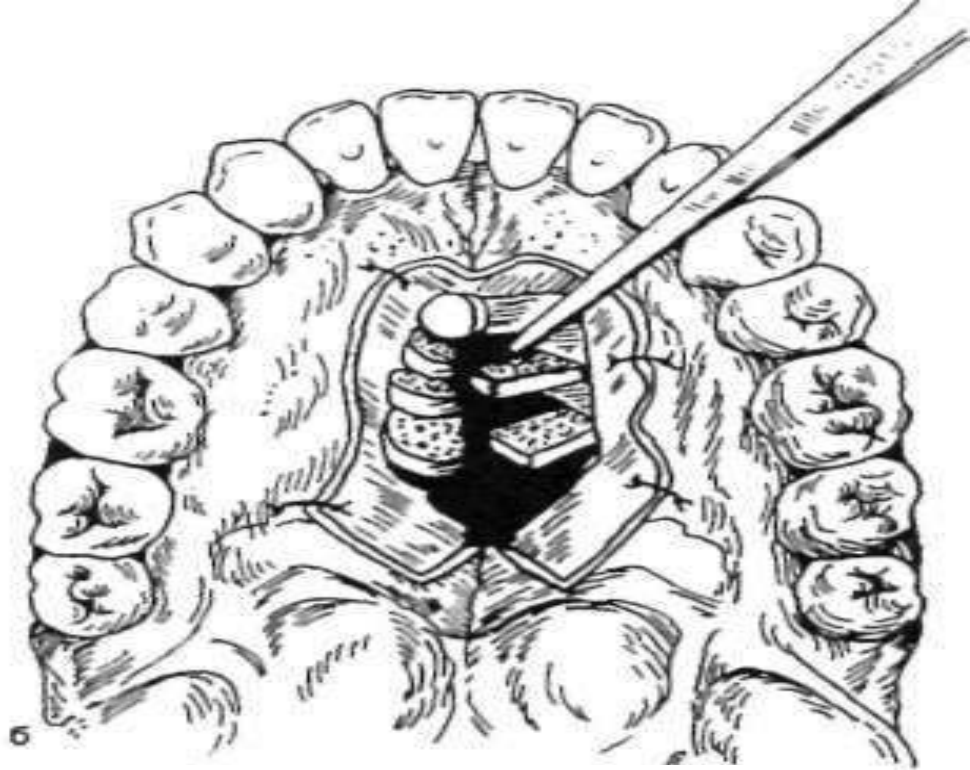
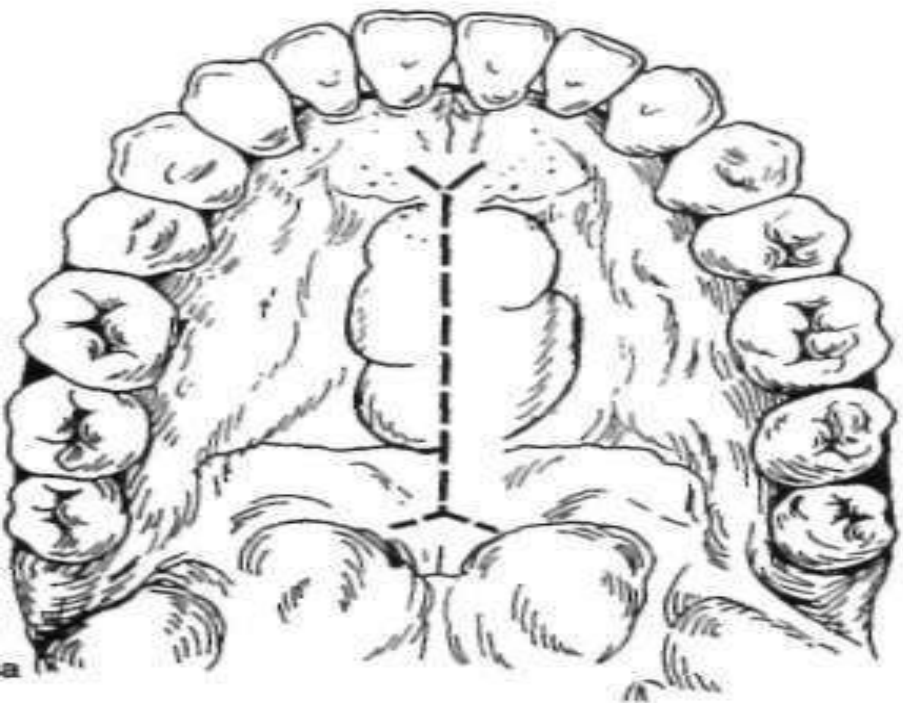


Удаление экзостозов на верхней и нижней челюстях.

- **Показания:** наличие выраженных экзостозов в области верхней и нижней челюстей, способствующих балансировке протезов и травматизации слизистой.

Техника операции.

1. Проводят линейный разрез по альвеолярной дуге или дополняют его вертикальными разрезами, откидывая лоскут углообразной, или трапециевидной формы.
2. Обнажают каждый участок деформированной кости.
3. Экзостозы удаляют костными кусачками или иногда сбивают долотом при помощи молотка. Сглаживают поверхность кости бором, фрезой.
4. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловатым или непрерывным швом.



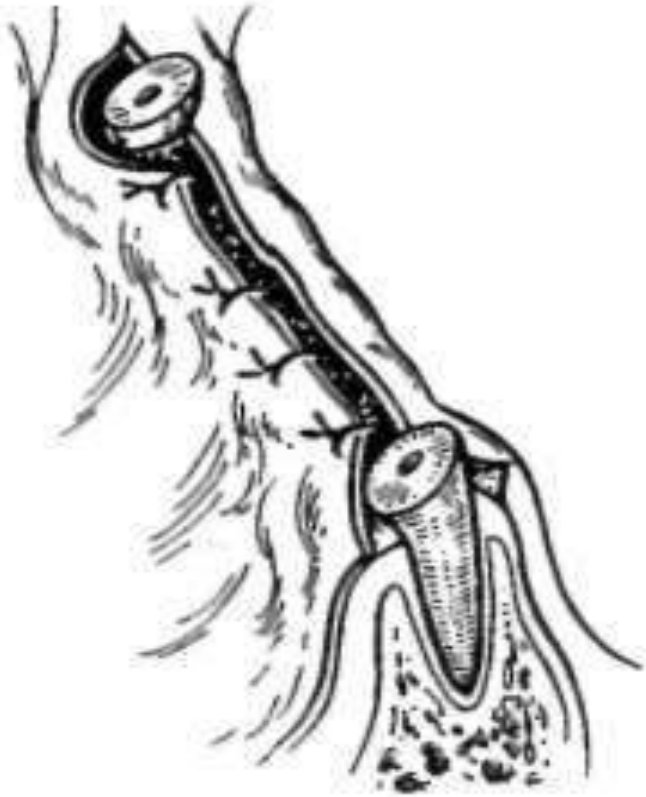
Хирургические вмешательства при оставлении корней зубов в альвеолах.

- **Показания:** профилактика атрофии челюстей и сохранение оптимальных условий для протезирования

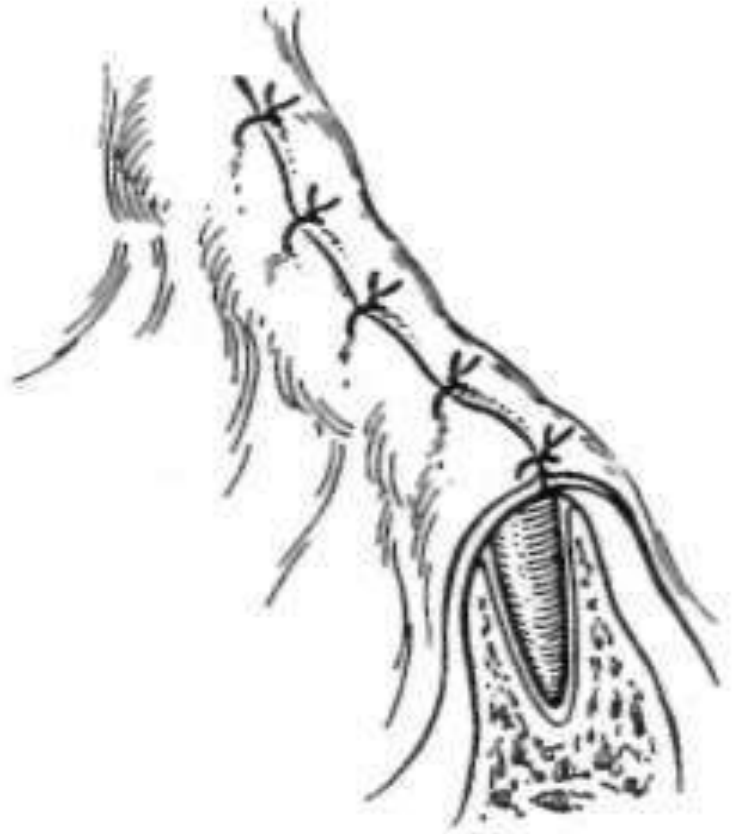
Техника операции:

Проводится тщательное клинико-рентгенологическое обследование, хорошо запломбированные зубы и корни спиливают до поверхности кости так, чтобы глубина кармана у десневого края была не более 3 мм.

- При наличии более глубокого кармана и гипертрофии десны производят гингивэктомию.
- Мобилизуя ткани, корни закрывают лоскутом слизистой оболочки и надкостницы и зашивают наглухо.



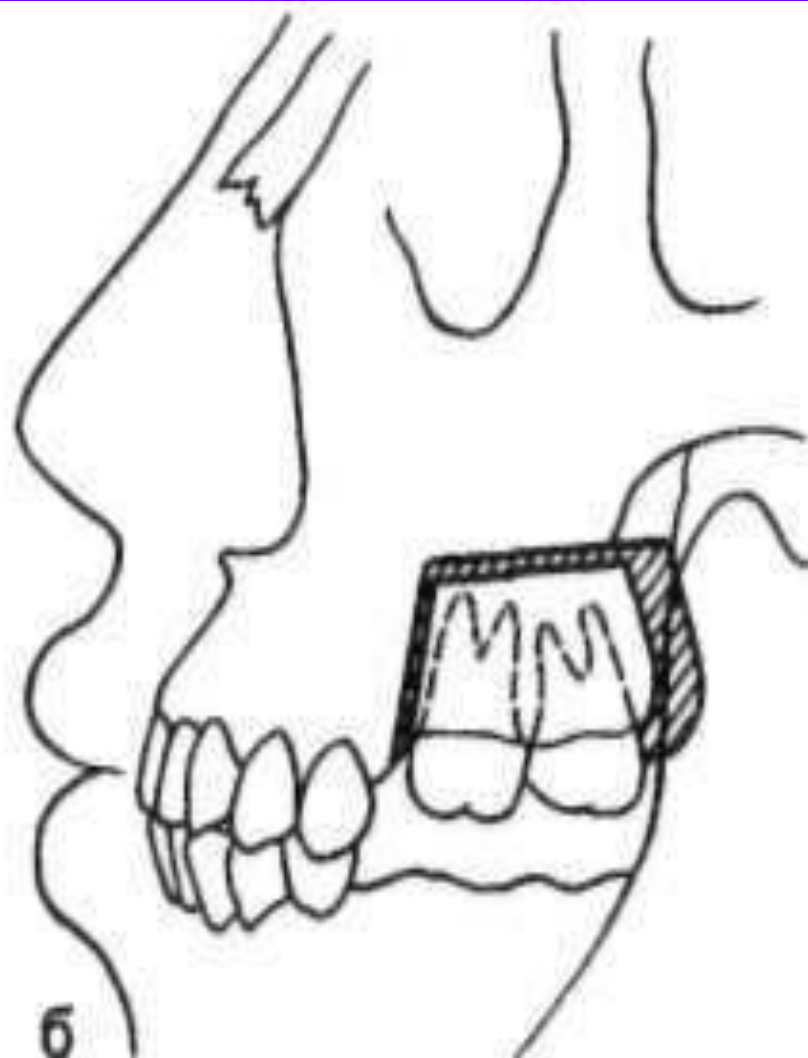
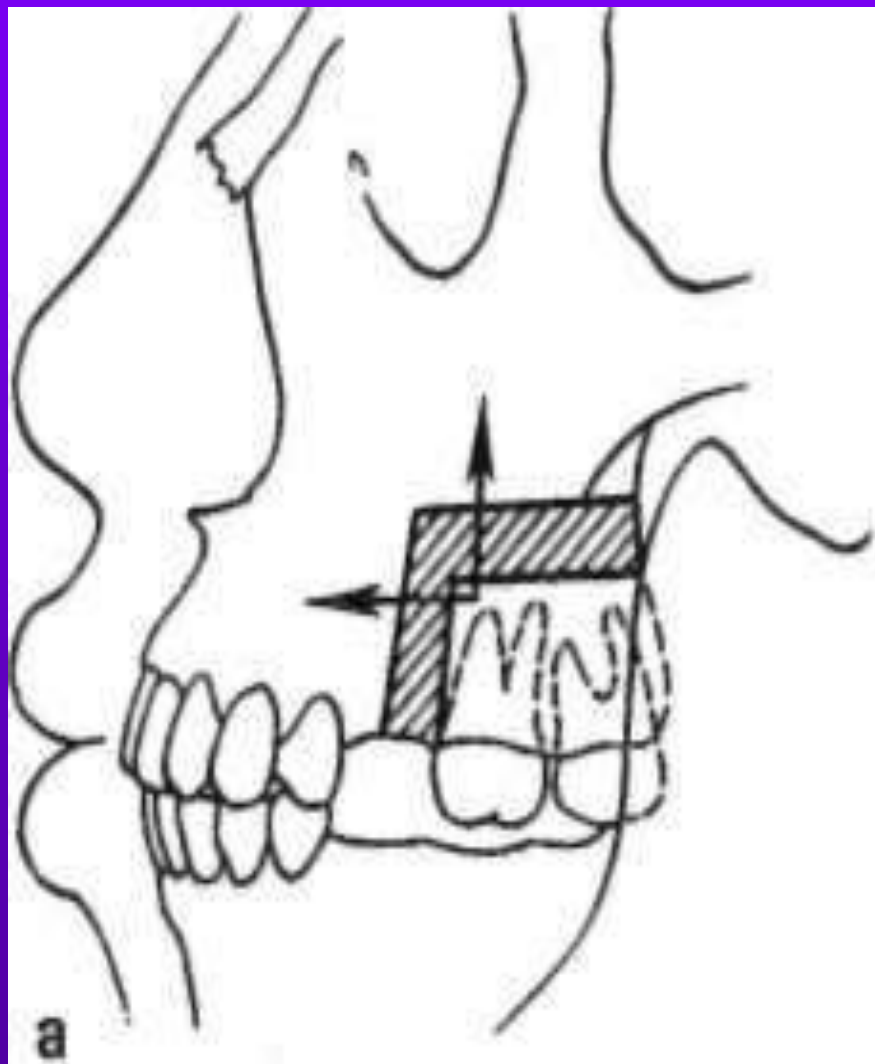
a



b

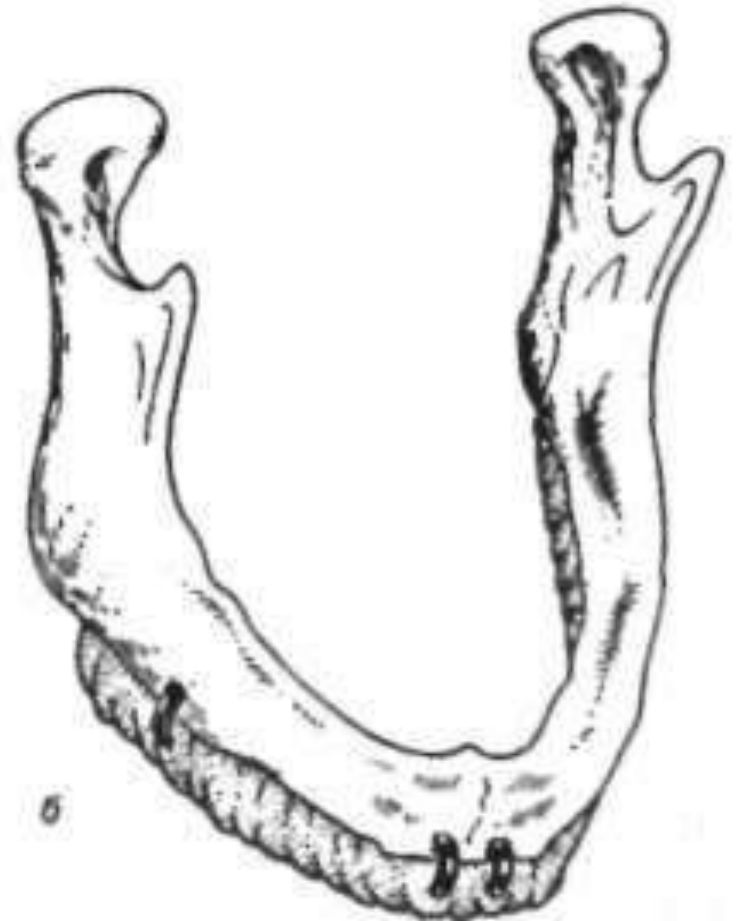
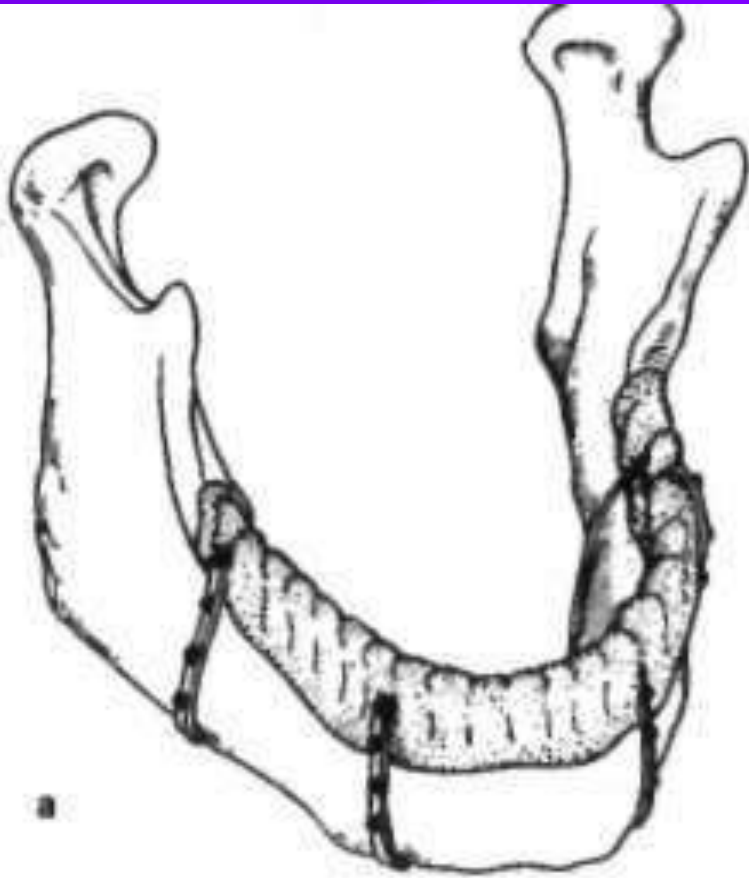
Резекция участка альвеолярного отростка верхней челюсти, альвеолярной части нижней челюсти

- **Показания:** Избыток тканей, деформации кости, отсутствие места для зубов-антагонистов.
- Техника операции:**
1. На моделях определяют необходимый объем резекции кости.
 2. Оценивают рентгенологически расположение носовой, верхнечелюстной полостей во избежание их повреждений при операции.
 3. Проводят линейный разрез по альвеолярной дуге, затем дополнительно делают вертикальные разрезы, отсепаровывая углообразный или трапециевидный лоскуты.
 4. Избыток альвеолярной части удаляют костными кусачками, долотом, а также борами, фрезами, позволяющими сгладить поверхность кости. В соответствии с необходимыми для протезирования окклюзионными плоскостями альвеолярных дуг оперируемому участку придают нужную форму.
 5. Избыток мягких тканей удаляют с таким расчетом, чтобы края раны сближались без натяжения.



Наращивание нижней челюсти

- Использование трансплантата из ауторебра.
Техника операции.
 1. Заготавливается два фрагмента ауторебра длиной по 15 см.
 2. Один укладывают на поверхность кости с придачей ему формы зубной дуги; другой измельчают и обкладывают его частицами первый.
 3. Трансплантат фиксируют к основанию челюсти окружающими швами проволокой.Недостатки метода: достаточно сложен, не всегда адекватен возрасту пациента, рассчитан на длительное время – от 3-5 месяцев до функционального протезирования.



Наращивание верхней челюсти

- **Показания:** большая атрофия кости и отсутствие адекватной формы небного свода.

При операции можно использовать трансплантат из ауторребра.

- **Техника операции:**
- Остеотомия по Ле Фор 3
- Интерпозиция этого участка вниз
- Образовавшееся пространство заполняют блоком или измельчённой аутогенной костью

Операции на мягких тканях полости рта

- Уменьшение бугристости слизистой оболочки и надкостницы, покрывающей альвеолярный отросток верхней челюсти и альвеолярную часть нижней челюсти.
- **Техника операции:**
 1. Производят эллипсообразные сходящиеся разрезы, окаймляющие патологический участок.
 2. Мобилизуют слизисто-надкостничные лоскуты с вестибулярной и оральной сторон до соприкосновения без натяжения.
 3. Рану зашивают узловатыми или непрерывными швами.

Уменьшение тканей ретромолярной области

- В ретромолярной области избыток тканей обычно связан с ее гипертрофией.

Техника операции:

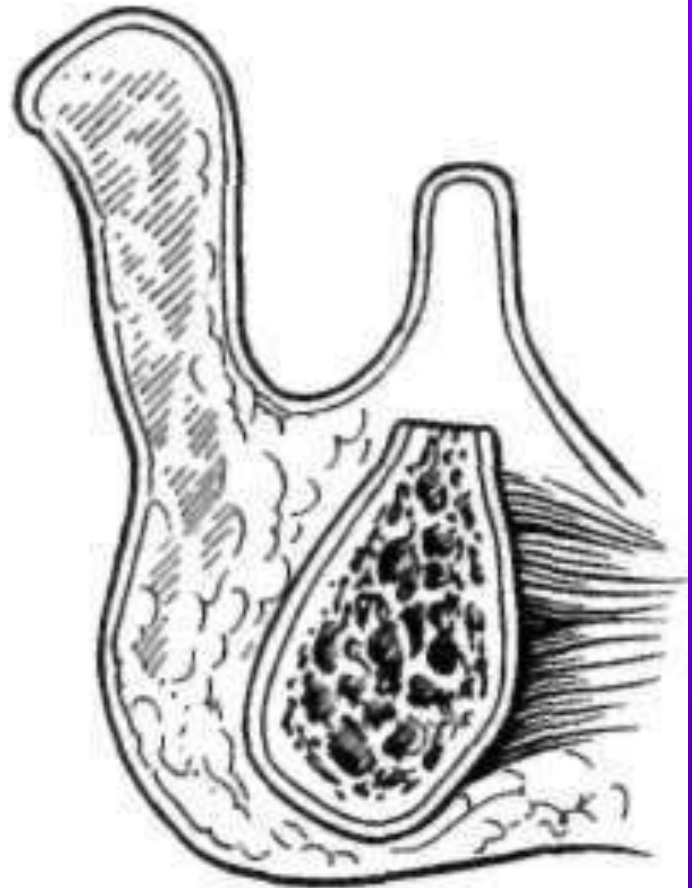
1. Производят эллипсообразные разрезы.
2. Истончают ткани по краям дефекта.
3. Рану ушивают узловатыми или непрерывными швами.

Удаление избытка мягких тканей альвеолярной дуги

- При атрофии кости, ношении неадекватно фиксирующихся зубных протезов создается избыток мягких тканей, не имеющих костной опоры. Удаление ткани производят двумя параллельными сходящимися на концах разрезами до надкостницы по ходу альвеолярной дуги, а рану зашивают обычным методом.



a



6

Операции при укороченной уздечке языка.

- Для удлинения уздечки языка проводят срединный разрез через уздечку, образуют два треугольных лоскута, которые взаимно перемещают и фиксируют тонким кетгутом или синтетической нитью. При операции необходимо помнить о расположении подъязычных сосочков во избежание их травмирования.
При значительном укорочении уздечки языка более целесообразно проведение операции путем горизонтального рассечения уздечки.

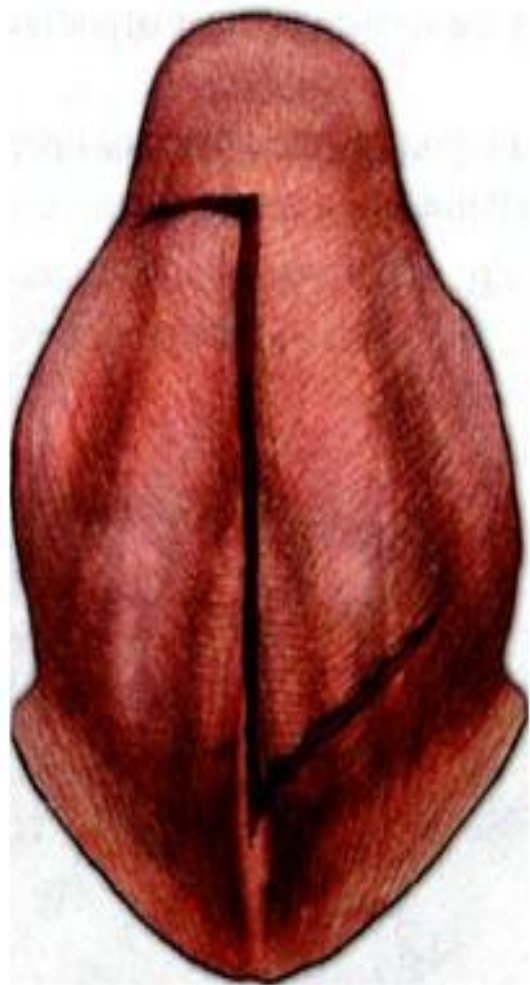
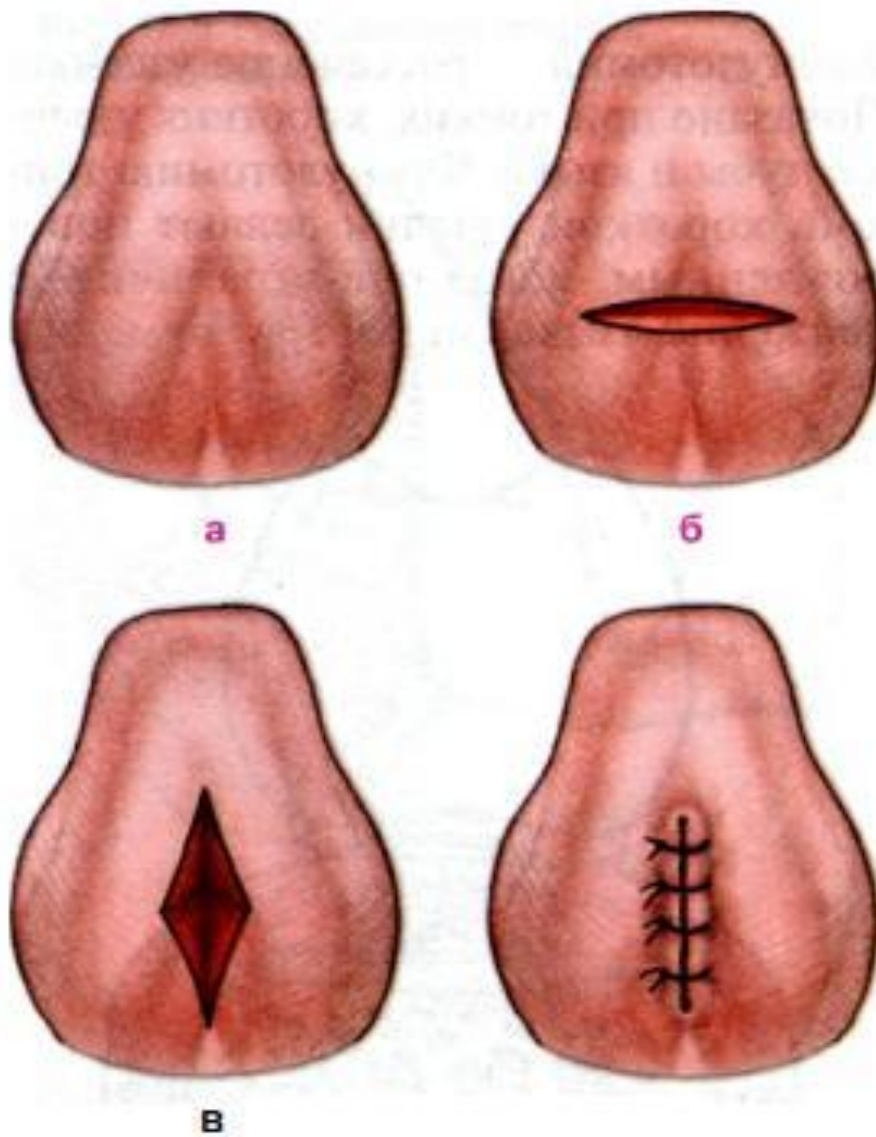


Рис. 18.18. Пластическое рассредоточение короткой уздечки языка при помощи встречных треугольных лоскутов.



а

б

в

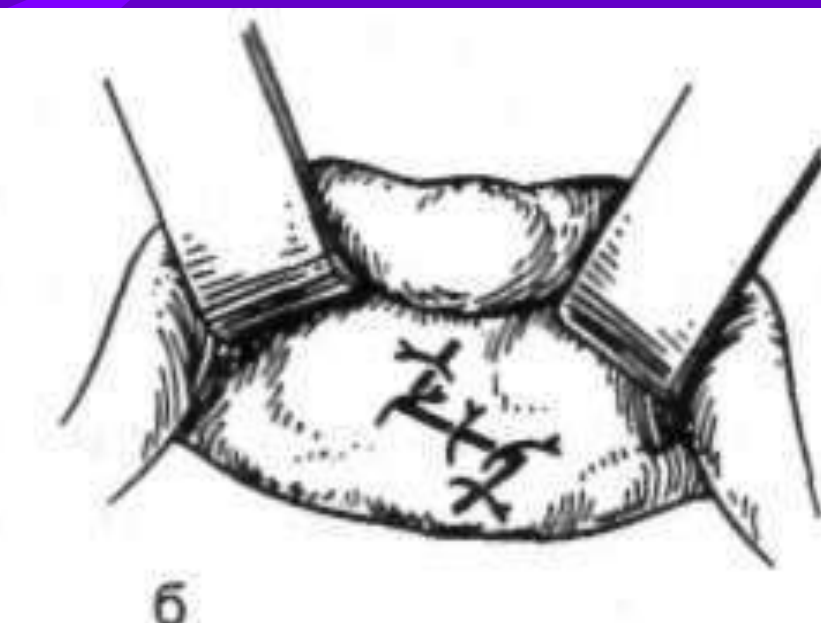
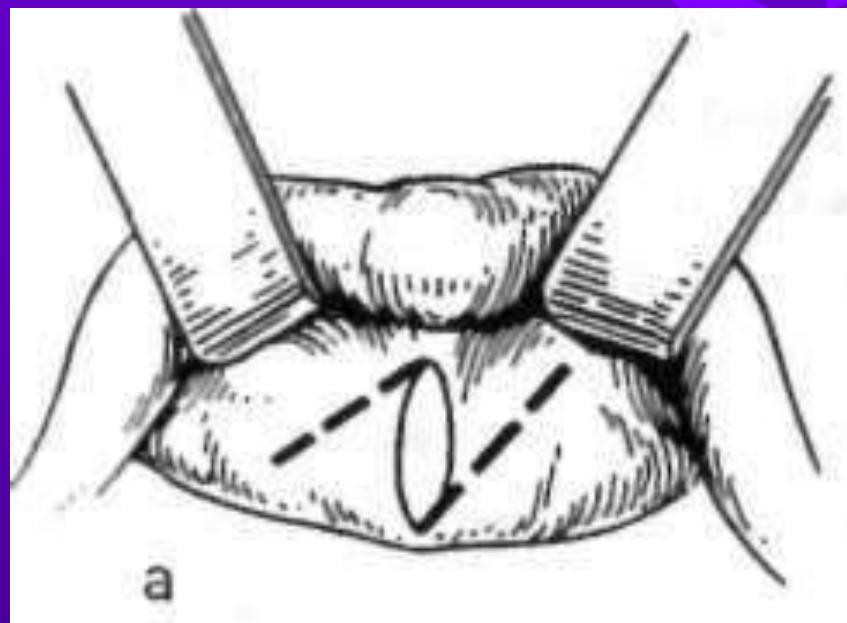
Р
ни
по

Френулотомия губы, френэктомия губы, устранение рубцовых мышечных тяжей преддверия рта.

- При укороченной уздечке верхней и нижней губ создаются трудности фиксации зубных протезов.

Методы операций:

- Иссечение уздечки - при прикреплении уздечки губы к альвеолярной дуге широким основанием. Слизистая оболочка подшивается к периосту, желательно на всю глубину десневой борозды. Образовавшуюся рану ушивают по всей длине вместе с надкостницей.
- Пластика встречными треугольными лоскутами используется для удлинения уздечки губы.



Вестибулопластика

- -углубление преддверия полости рта
- Операция проходит под местной анестезией **одним из трех методов.**

Вестибулопластика по Эдлану – Мейхеру проводится на нижней челюсти. После местной анестезии скальпелем проводят разрез и откидывают слизистый лоскут от линии разреза к челюсти. После этого подслизистые ткани перемещают вдоль надкостницы на глубину во фронтальном и боковых отделах. Затем удаляют оставшиеся мышечные и фиброзные волокна. Отслоенный слизистый лоскут фиксируют к надкостнице швами. На рану накладывают защитную повязку, обеспечивающую заживление и предотвращающую проникновение инфекции.

Вестибулопластика по Кларку проводится на верхней челюсти. После местной анестезии скальпелем проводят разрез по переходной складке на глубину слизистой оболочки, затем отслаивают слизистый лоскут от линии разреза к губе. Подслизистые ткани перемещают вдоль надкостницы. Затем удаляют оставшиеся мышечные и фиброзные волокна. Слизистый лоскут фиксируют швами.



- **Туннельная вестибулопластика** проводится и на нижней и верхней челюстях. Суть данного метода аналогична двум предыдущим методикам, но доступ к подслизистым тканям происходит за счет трех ограниченных разрезов вдоль центральной уздечки преддверия полости рта и вдоль переходной складки в области премоляров. Эта методика обладает существенным преимуществом за счет снижения травматичности и уменьшения площади послеоперационного дефекта.



Перемещение нижнеальвеолярного нерва.

- **Показания:**

- значительная атрофия альвеолярной части нижней челюсти, когда сосудисто-нервный пучок, выходящий из подбородочного отверстия, находится в области зубной дуги;
- недостаток места для введения имплантата.

- **Техника операции:**

1. Проводят разрез длиной 4 см по альвеолярной дуге, а иногда в переднем отделе – вертикальный.
2. Откидывают углообразной формы слизисто-надкостничный лоскут. Отсепаровывают сосудисто-нервный пучок.
3. При удалении кости в вертикальном направлении нерв смещают вниз и укладывают в созданную борозду.
4. Нерв прикрывают удаленной кортикальной пластинкой кости или биоматериалами.

