

Резекция верхушки корня

Когда отсутствует возможность выполнить обработку и пломбирование корневого канала в апикальном отделе в хирургической стоматологии применяется резекция верхушки корня и ретроградное пломбирование.

В нашей клинике данная операция производится **под увеличением**: с использованием бинокулярной лупы или микроскопа. Сочетание трех основных составляющих: увеличения, освещения, инструментального оснащения – позволяет отлично выполнять микрохирургическую ретроградную апексэктомию и использовать ретроградное ультразвуковое препарирование при помощи специальных микроинструментов. Выполнение данного оперативного вмешательства на высоком техническом уровне обеспечивает долгосрочный хороший результат, позволяя сохранить зуб, и сопровождается минимальным дискомфортом для пациента.

Удаление зубов

Казалось бы, что может быть проще удаления зуба? Однако это широко распространенное мнение зачастую оказывается ошибочным. Наряду с простым удалением зубов в хирургической стоматологии нередко встречается сложное удаление зубов, а также удаление ретенированного зуба. В последнем случае его приходится извлекать из кости, используя специальные инструменты. Но еще более важным является вопрос: «**Как удалить зуб?**» и «**Что за этим последует?**». Учитывая все достижения хирургической стоматологии, большинство пациентов предпочитают заменить имеющийся дефект зубного ряда с помощью имплантации зубов. И в этом случае решающее значение имеет сохранение костных структур вокруг зуба в процессе его удаления. Только при отсутствии повреждений вестибулярной пластинки и отсутствии воспалительных явлений можно рассчитывать на одномоментную постановку имплантата после удаления зуба.

Особую группу составляют случаи, когда вследствие хронического воспалительного процесса вокруг зуба произошло разрушение костной ткани и образовались окончатые или щелевидные дефекты вестибулярной пластинки. При таких обстоятельствах в нашей клинике, непосредственно после удаления зуба, производится посадка костного материала в лунку, что приводит к новообразованию костной ткани в зоне дефекта и его закрытию. В этом случае через 1,5 — 2 месяца в этой зоне можно произвести имплантацию зубов.

Имплантация зубов

Слово «**имплантация**» стало чрезвычайно популярным. Вряд ли кто не слышал про

имплантацию зубов и постановку внутрикостных штифтов, заменяющих корень отсутствующего зуба. Тем не менее, остается большое число нерешенных вопросов:

- Многие пациенты не представляют, в каких случаях показана имплантация зубов, а когда она невозможна;
- Когда можно произвести имплантацию зубов непосредственно после удаления зуба, а когда она возможна только в отсроченном периоде;
- Кроме того, у многих пациентов вызывают сомнения надежность имплантатов, а также сложность самой операции и связанные с ней нежелательные явления.

В настоящее время имплантация зубов применяется при наличии единичного дефекта зубного ряда, а также при полной адентии – отсутствии зубов на верхней или нижней челюсти.

При наличии единичного дефекта зубного ряда имплантация зубов исключает создание мостовидной конструкции, для которой необходимо обтачивать соседние здоровые зубы.

Имплантация зубов многим пациентам позволяет отказаться от съемных протезов и выполнить протезирование с использованием фиксированных конструкций. В этом случае функция и эстетические параметры протеза будут точно имитировать естественные зубы пациента, а иногда по ряду параметров и превосходить их.

Поскольку при постановке имплантатов можно варьировать их расположение и угол наклона, в ходе последующего протезирования нередко удается исправить аномалии прикуса, имевшиеся у пациента.

Имплантация зубов производится под инфльтрационной или проводниковой анестезией. Кроме того, в нашей клинике применяется премедикация и медикаментозная седация, позволяющие исключить дискомфорт пациента. В послеоперационном периоде возможен небольшой отек, который исчезает через 2 – 3 дня. Для устранения психологического дискомфорта непосредственно после имплантации зубов пациенту фиксируется временная ортопедическая конструкция, которая позволяет закрыть имеющийся дефект зубного ряда.

Костная пластика

Несмотря на все достижения в области имплантации зубов на современном этапе, не всем пациентам удается произвести постановку имплантатов ввиду отсутствия достаточного объема костной ткани. Дело в том, что после удаления зуба прекращается нагрузка на данный участок альвеолярного отростка в процессе жевания, что приводит к рассасыванию костной ткани — ее резорбции. Чем дольше отсутствует нагрузка после удаления зубов, тем более выраженный дефицит объема кости. В конечном итоге толщина и высота кости альвеолярного отростка уменьшаются настолько, что произвести имплантацию зубов с последующим изготовлением несъемного протеза не представляется возможным. В этом случае пациенту приходится выбирать: либо мириться со съёмным протезом, несмотря на все неудобства, либо...

В настоящее время мы можем предложить данной группе пациентов методику увеличения объема костной ткани — костную пластику, которая может осуществляться в различных вариантах. В первую очередь — это получение измельченной костной ткани непосредственно из зоны операции и подсадка ее в тот участок, где необходимо увеличить объем.

При более выраженной резорбции возможен забор аутогенного костного трансплантата из какой-либо зоны, расположенной в полости рта, такой как подбородочная область, бугор верхней челюсти, ретромолярная область и т. д. Впоследствии осуществляется пересадка данного аутогенного трансплантата в виде блока или в виде костной стружки в тот участок, где имеется дефицит костной ткани. Имплантация зубов в этом случае возможна уже через 4 — 8 месяцев после костной пластики. Данная операция производится под инфильтрационной или проводниковой анестезией с премедикацией и медикаментозной седацией, что исключает какие-либо болевые ощущения, а также создает психологический комфорт пациенту в ходе операции и в ближайшем послеоперационном периоде.

Вариантом данной методики является подсадка заменителей костной ткани, которые могут быть животного происхождения или иметь синтетическую природу.

Особым случаем увеличения объема кости является поднятие дна верхнечелюстной пазухи — **процедура синус-лифт**. Резорбция костной ткани в дистальных отделах верхней челюсти приводит к тому, что между полостью рта и верхнечелюстной пазухой

сохраняется только тонкая костная перегородка, которая исключает постановку имплантатов. В этом случае возможно сместить кверху дно верхнечелюстной пазухи, заполнив образовавшееся пространство костным материалом.

Оперативная пародонтология

Наряду с состоянием зубов, их формой, цветом и расположением, эстетические параметры улыбки во многом зависят от мягких тканей, и здесь первостепенную роль играет уровень прикрепленной десны и наличие зубодесневых сосочков.

Выраженная рецессия десны приводит к обнажению поверхности корня, что может привести к развитию гиперестезии и существенно ухудшает внешний вид. Кроме того, каким бы удачным ни было протезирование, отсутствие зубодесневого сосочка и наличие так называемых черных треугольников существенно ухудшает косметический эффект.

В нашей клинике выполняется ряд операций, направленных на восстановление контура альвеолярного отростка и объема прикрепленной десны, а также формирование зубодесневого сосочка, которые включают аутотрансплантацию костной ткани, лоскутную операцию и пересадку соединительно-тканного трансплантата с неба.

Новым этапом оперативной пародонтологии в нашей клинике можно считать использование микроскопа в ходе выполнения оперативного вмешательства. При формировании зубодесневого сосочка и закрытии обнаженной поверхности корня увеличение необходимо для хорошей визуализации операционного поля, что позволяет при помощи микроинструментов добиться оптимальной адаптации краев раны, что исключает образование рубцовых тканей и способствует достижению превосходного косметического результата.