

Парадонтальна хірургія.
Муко- гінгівальна пластична хірургія.
Хірургічні етапи дентальної імплантації.
Корегуючі операції.

Лектор: доцент Ставицький С.О.

ПЛАН ЛЕКЦІЇ:

1. Актуальність теми.
2. Поняття про менеджмент м'яких тканин.
3. Основні хірургічні втручання в пародонтальній хірургії.
4. Аугментація ясен та збільшення об'єму фіксованих ясен.
5. Хірургічне усунення рецесій ясен.
6. Хірургічний етап дентальної імплантації, види та геометрія дентальних імплантацій, протокол оперативного втручання.

“МУКО-ГІНГІВАЛЬНА” ПЛАСТИЧНА
ХІРУРГІЯ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ.

Менеджмент м'яких
тканин ротової
порожнини

МАНІПУЛЯЦІЇ ПАРАДОНТОЛОГІЧНОЇ ПЛАСТИЧНОЇ ХІРУРГІЇ

- Аугментація ясен.
- Заміщення оголених коренів зубів.
- Корекція рецесивних ясен навколо імплантатів.
- Видовження коронок зубів.
- Хірургічне оголення ретинованих зубів.
- Френектомія та вестибулопластика.
- Запобігання деформацій альвеолярного паростку після видалення зубів.
- Корекція м'яких тканин в ділянці беззубого альвеолярного паростка.

АУГМЕНТАЦІЯ ЯСЕН

- Вільна аутотрансплантація м'яких тканин.
- Трансплантати м'яких тканин на осьовій ніжці.
- Методика розширення зони фіксованих ясен – техніка вільної епітеліально-сполучної аугментації.

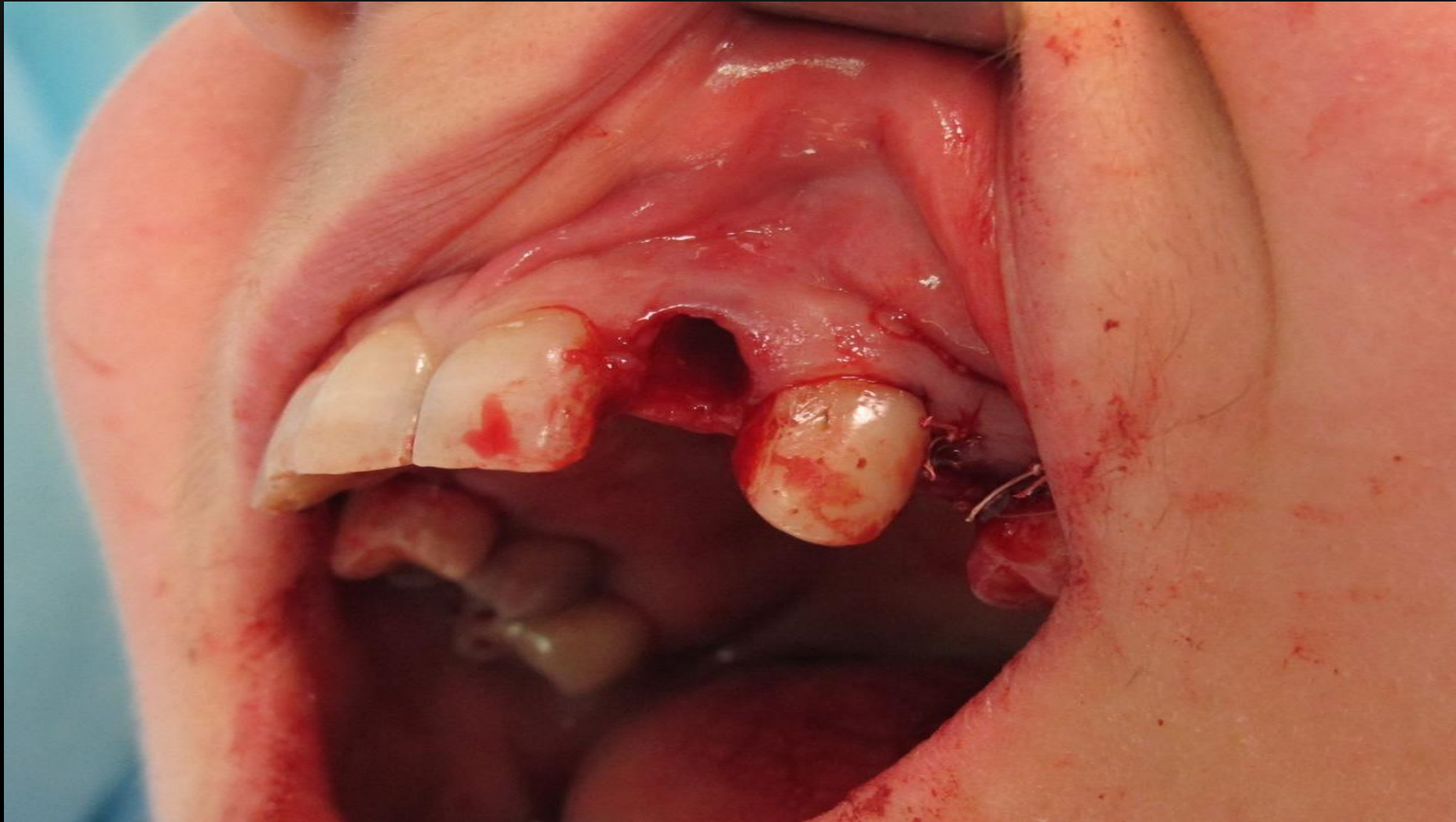
ЕТАПИ ЗБІЛЬШЕННЯ ОБ'ЄМУ ФІКСОВАНИХ ЯСЕН

- Підготовка реципієнтного ложа.
- Забір вільного сполучнотканинного аутотрансплантату.
- Фіксація трансплантату до реципієнтної ділянки.
- Захист донорської ділянки.
- Загоєння.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК №1.

(АТРАВМАТИЧНЕ ВИДАЛЕННЯ
ЗУБА 22 З ОДНОМОМЕНТНОЮ
ДЕНТАЛЬНОЮ ІМПЛАНТАЦІЄЮ ТА
КІСТКОВОЮ АУГМЕНТАЦІЄЮ,
ЗАКРИТТЯ ДЕФЕКТУ - ВІЛЬНА
АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЯ
СЛИЗОВОГО КЛАПТЯ)

АТРАВМАТИЧНЕ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА



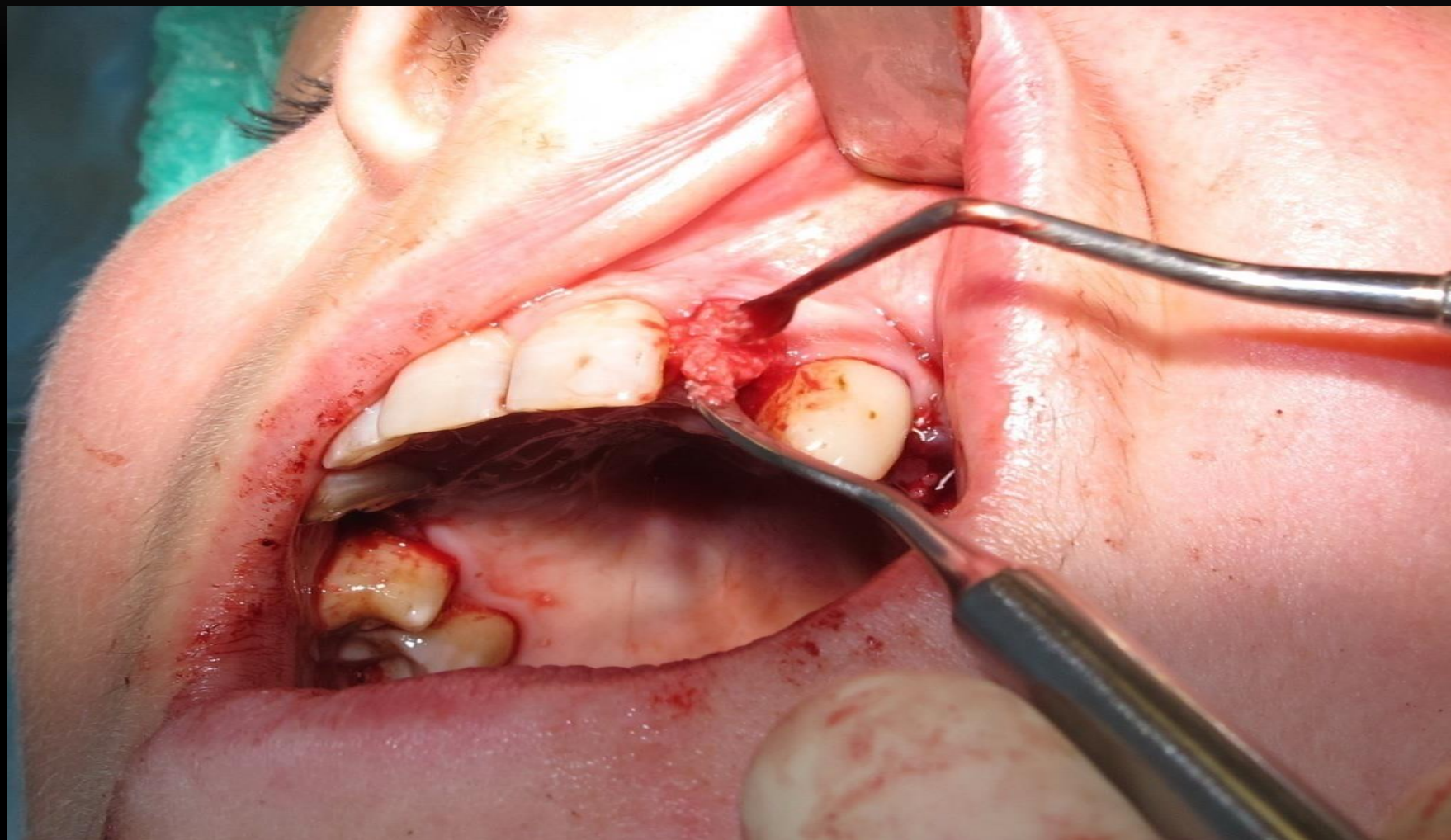
РЕВІЗІЯ КІСТКОВОЇ РАНИ, ПІДГОТОВКА ЛОЖА ПІД ДЕНТАЛЬНИЙ ІМПЛАНТАТ



ВВЕДЕННЯ ДЕНТАЛЬНОГО ІМПЛАНТАТУ ЗГІДНО ХІРУРГІЧНОГО ПРОТОКОЛУ.



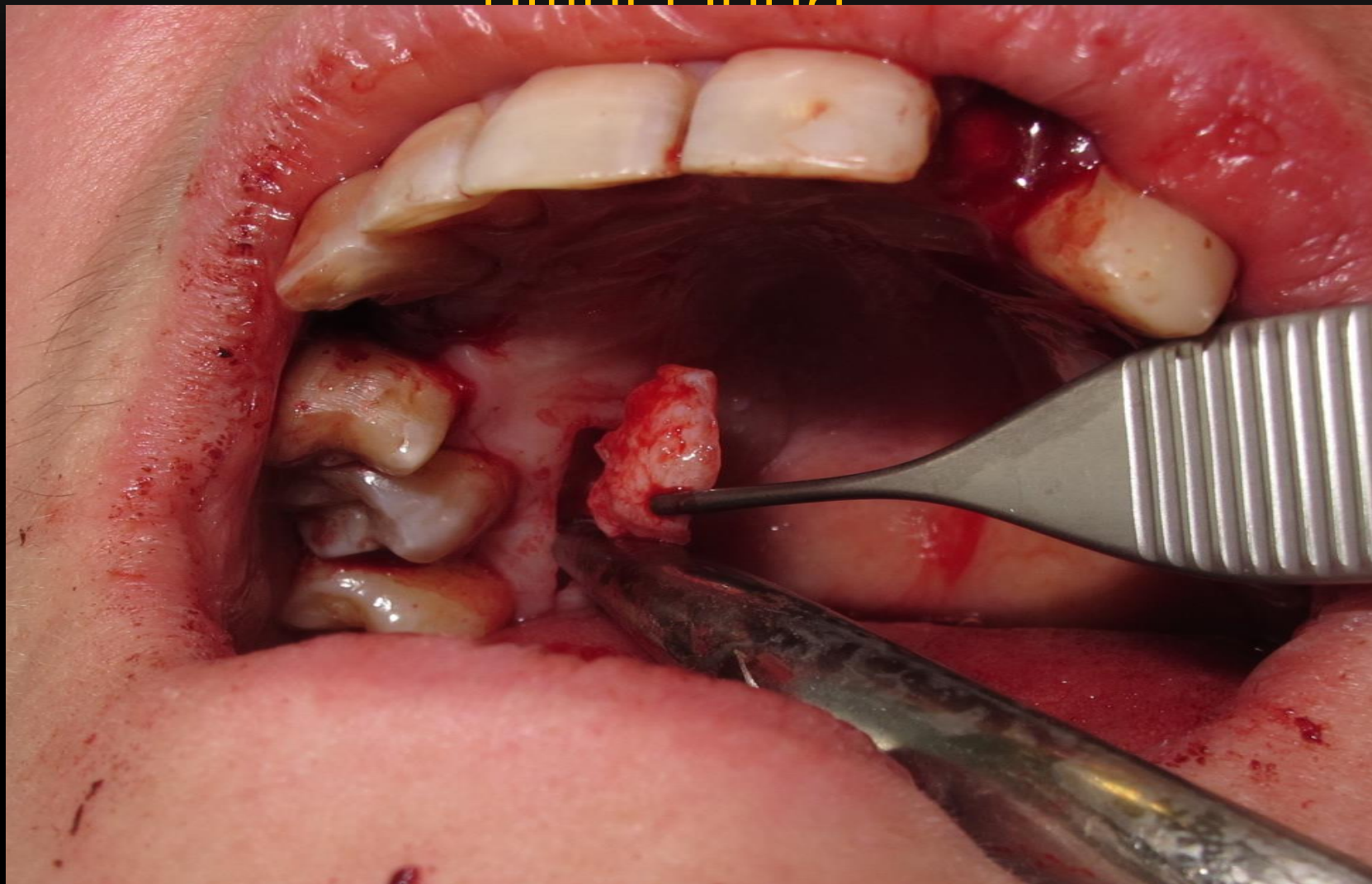
КІСТКОВА АУГМЕНТАЦІЯ (КСЕНОГЕННИЙ+АЛОСИНТЕТИЧНИЙ+АУТОГЕННИЙ КІСТКОВИЙ МАТЕРІАЛ)



СТАБІЛІЗАЦІЯ ТА ІММОБІЛІЗАЦІЯ КІСТКОВОГО СУБСТРАТУ БАР'ЄРНОЮ МЕМБРАНОЮ (РОЗМІР “ДЕРМА”)



ЗАБІР РОЗЩЕПЛЕНОГО ВІЛЬНОГО СЛИЗОВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТУ З ПІДБЕЛІСЬ



ПІДГОТОВКА АУТОТРАНСПЛАНТАТУ



ФІКСАЦІЯ АУТОТРАНСПЛАНТАТУ

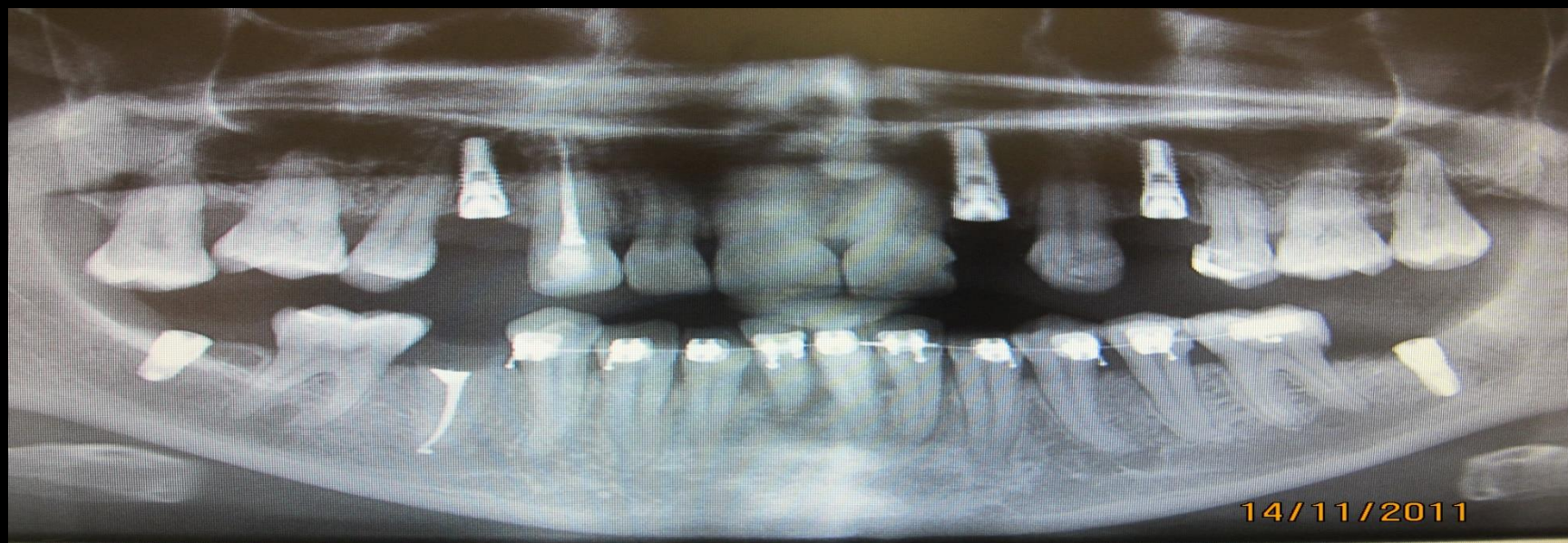


КІНЕЦЬ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ





14/11/2011



14/11/2011

ЛІКУВАННЯ ОГОЛЕНИХ ПОВЕРХОНЬ КОРЕНІВ

Рецесія ясен – апікальне зміщення м'яких тканин відносно емалево-цементної границі з оголенням поверхонь коренів (переважно вестибулярно) та дефектами твердих тканин зубів.

КЛАСИФІКАЦІЯ ЯСЕНЕВИХ РЕЦЕСІЙ (MILLER, 1985 P.)

Клас 1 – рецесія ясен в межах фіксованих ясен, відсутні зміни в міжзубних проміжках.

Клас 2 – рецесія, що межує з фіксованою частиною ясен, відсутні міжзубні проміжки.

Клас 3 – рецесія, що межує або перетинає фіксовану частину ясен з розміщенням тканин в міжзубних проміжках відносно межі рецесії.

Клас 4 – рецесія, що пересікає лінію фіксованих ясен, значна втрата (дефіцит) тканин в міжзубних проміжках, папілярна вершина розміщена на рівні або близько до межі рецесії.

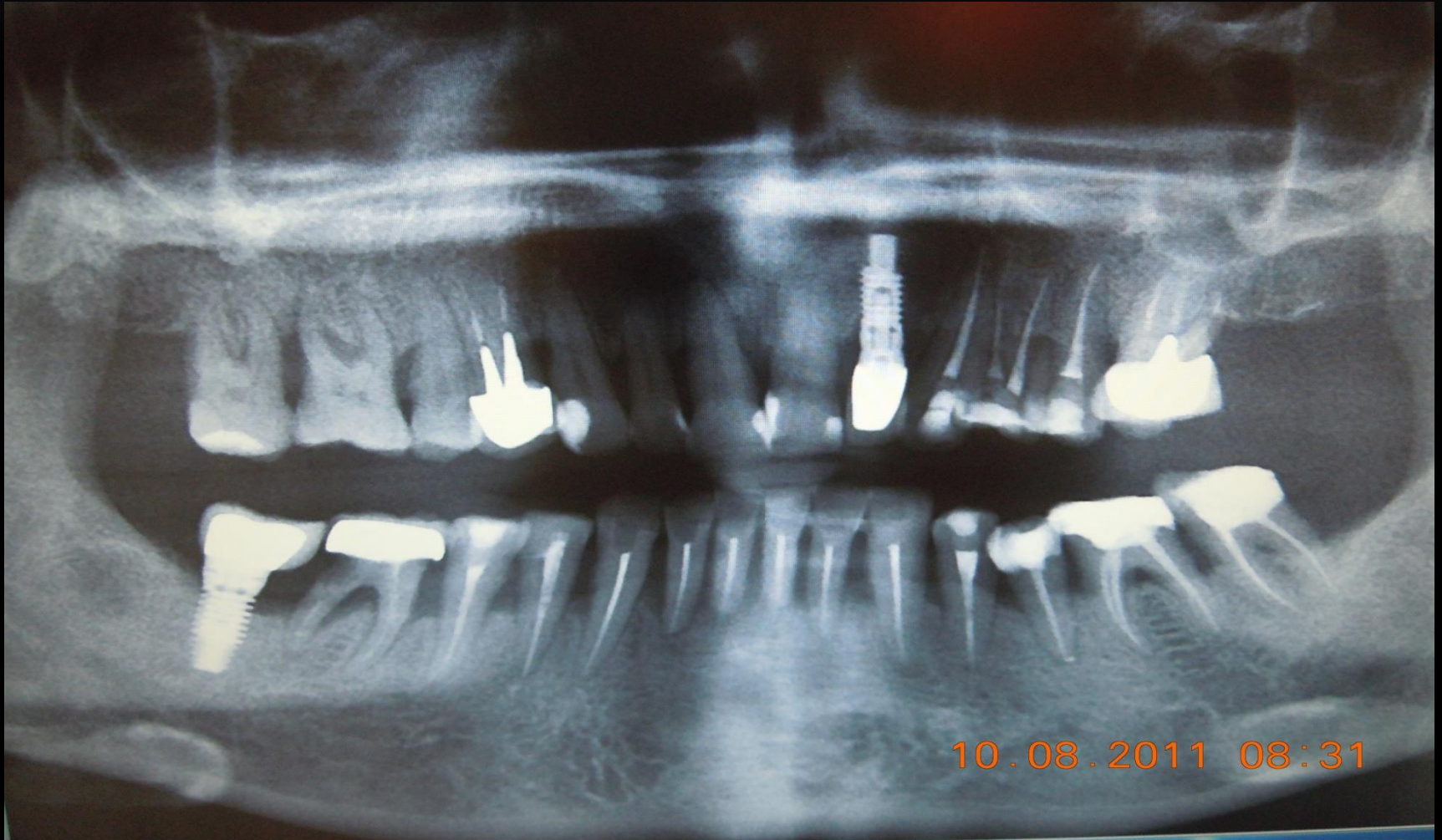
ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВИБІР ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ

- Висота та ширина рецесії.
- Ширина та товщина кератинизованих ясен в ділянці рецесії.
- Ширина та товщина кератинизованих ясен в ділянці зубів, що межують з рецесією.
- Ширина та висота м'яких тканин між зубами.
- Кількість рецесій.
- Наявність дефектів каріозного та не каріозного походження.
- Висота та товщина міжзубних сосочків.
- Глибина присінку порожнини рота.
- Стан вуздечок та наявність тяжів.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК № 2.

КЛАПТЕВА ОПЕРАЦІЯ
(ЕСТЕТИЧНЕ ВИКОНАННЯ
РОЗРІЗІВ, КІСТКОВА
АУГМЕНТАЦІЯ)

ЗМЕНШЕННЯ ОБ'ЄМУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ



РЕЦЕСІЯ ЯСЕН, ОГОЛЕННЯ КОРЕНІВ.



ВИКОНАННЯ ВНУТРІШНЬО БОРОЗЕННИХ (ТРАНС ПАПІЛЯРНИХ) РОЗРІЗІВ.



ІММОБІЛІЗАЦІЯ СЛИЗОВО-ОКІСТНОГО КЛАПТЯ, ВИЗНАЧАЄТЬСЯ ЗНАЧНИЙ ДЕФІЦИТ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

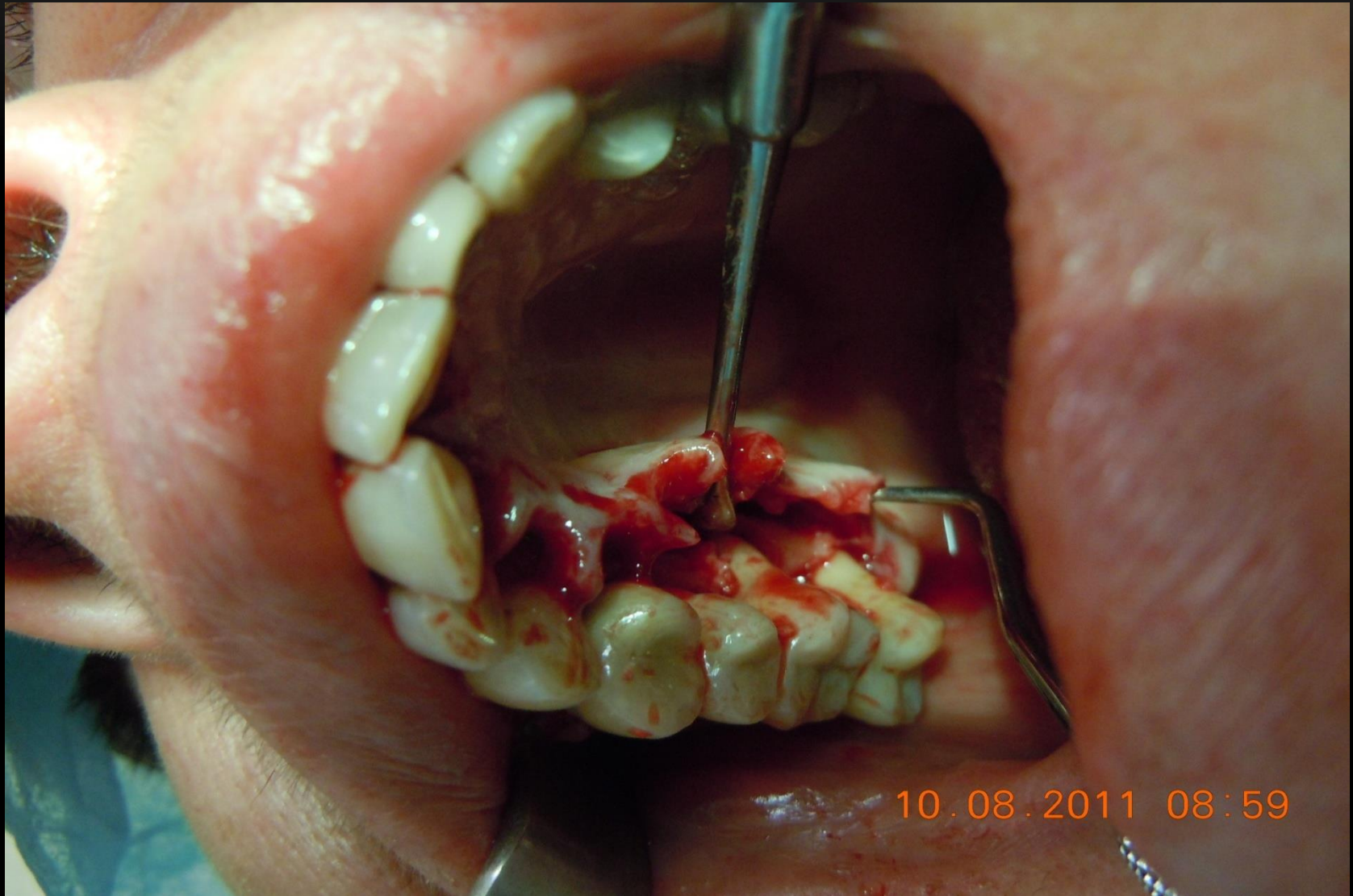


10.08.2011 08:35



10.08.2011 09:06

СТАН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ З ОРАЛЬНОГО БОКУ



10.08.2011 08:59

КІСТКОВА АУГМЕНТАЦІЯ (ЗАМІЩЕННЯ ДЕФЕКТУ ТКАНИН КОЛАГЕНОВОЮ ГУБКОЮ (СКАФОЛД ТЕХНІКА))



10.08.2011 09:14

КІНЕЦЬ ОПЕРАЦІЇ (НАКЛАДЕНІ П-ПОДІБНІ ШВИ)



ХІРУРГІЧНІ ЕТАПИ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

80% необхідність
коригуючих операцій

РІЗНІ ТИПИ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ (ПЛАСТИНКОВИЙ ІМПЛАНТАТ ДЕЗІНТИГРОВАННИЙ)



[PaX-Primo]

R

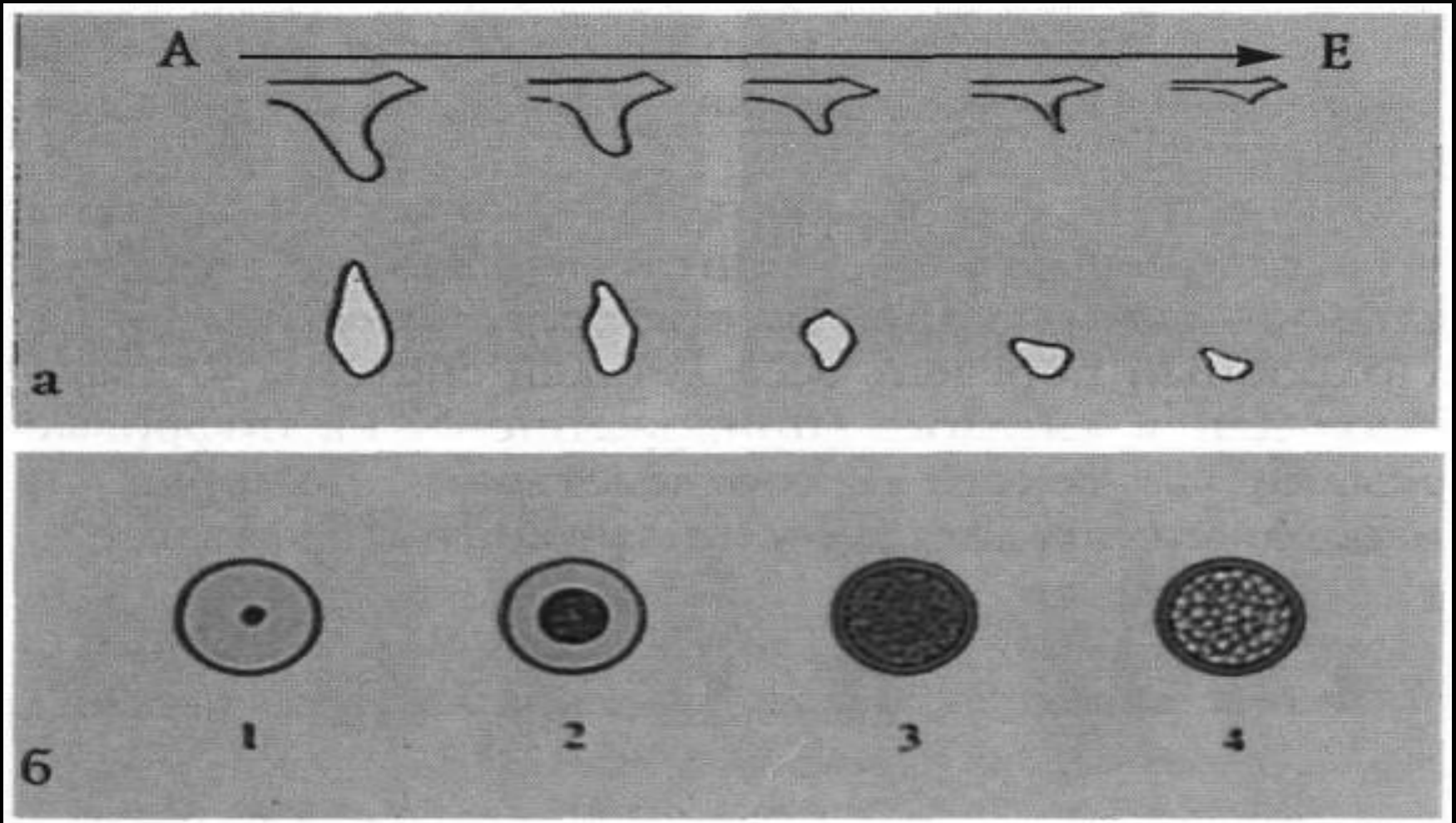
КОРИГУЮЧИ ОПЕРАЦІЇ З АРСЕНАЛУ ЛІКАРЯ - ІМПЛАНТОЛОГА

- Кісткова аугментація альвеолярного паростку (горизонтальна та вертикальна).
- Закритий та відкритий синус-ліфтінг (підняття дна синусу верхньої щелепи).
- Розщеплення альвеолярного відростка.
- Латералізація (зміщення) судино-нервового пучка нижньої щелепи.
- Маніпуляції на слизовій оболонці ротової порожнини (муко-гінгівальна) пластична хірургія.

КІСТКОВА АУГМЕНТАЦІЯ АБО НАПРАВЛЕНА АУГМЕНТАЦІЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ:

- Остеогенез – формування кісткової тканини в наслідок перенесення стовбурових клітин або клітин попередників (проклітинні елементи), що трансформуються в остеобласти (блоки спонгіозної кістки, кістковий мозок, PRP-технології).
- Остеоіндукція – стимулювання трансформації мезенхімальних клітин в остеобласти (кісткові блоки, фактори росту).
- Остеокондукція – формування каркасу, що створює умови для приросту кісткової тканини (кісткові блоки та кісткові замінники різного походження).
- Дистракційний остеогенез.
- АТРАВМАТИЧНЕ ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ з використанням різних альвеолярних компресів.

ТИПИ АТРОФІЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ТА ВИДИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПРОСТОРОВОЇ БУДОВИ (АРХІТЕКТОНІКА).



ОСНОВНІ ВИДИ КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ

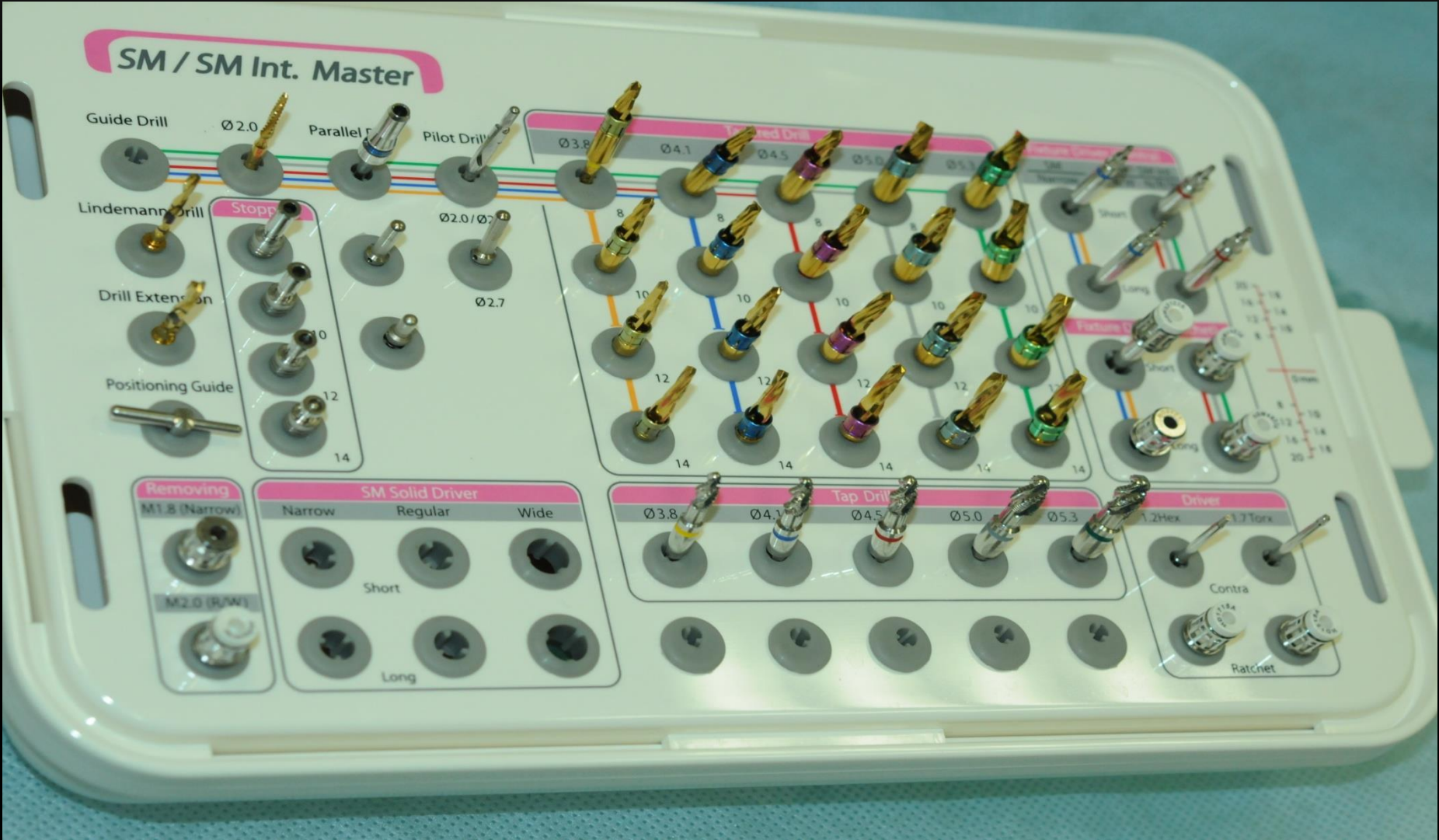
Сучасна назва	Стара назва	Зміст поняття
Аутотрансплантація	Аутотрансплантація	Пересадка власної тканини, з однієї ділянки на іншу.
Аллотрансплантація	Гомотрансплантація	Пересадка тканини від людини до людини
Ізотрансплантація	Ізотрансплантація	Пересадка тканин від донора, що генетично ідентичний до реципієнта, від одного близнюка до іншого.
Ксенотрансплантація	Гетеротрансплантація	Пересадка тканин від тварини до людини.
Імплантація	Аллотрансплантація	Пересадка штучного (синтетичного) матеріалу.

ВИМОГИ ДО ОСТЕОПЛАСТИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ

- Біологічна сумісність.
- Безпечність для пацієнта.
- Адекватність (органотопічність) до органу.
- Стійкість анатомічного, функціонального та косметичного результату.

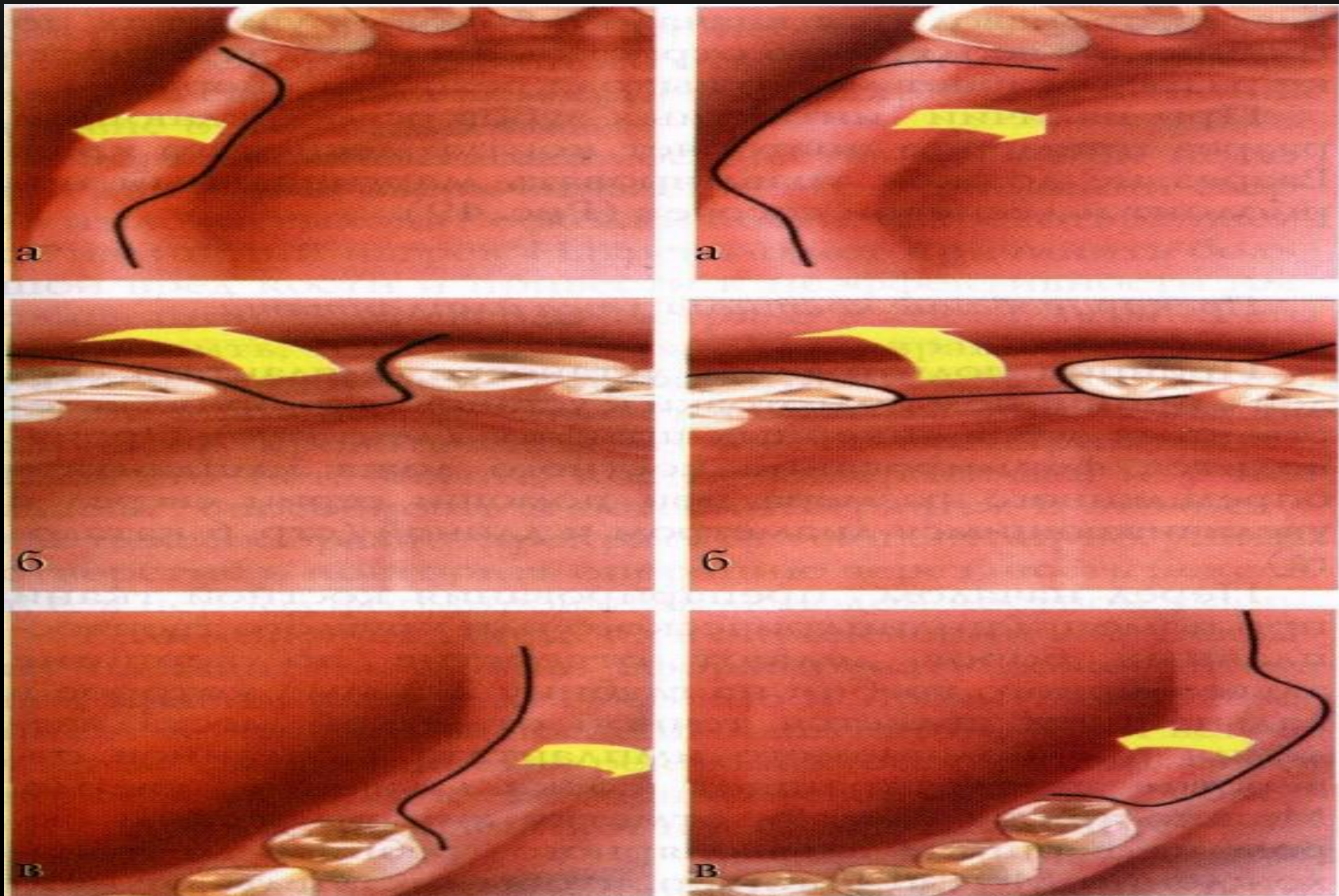
SM / SM Int. Master

Guide Drill Ø 2.0 Parallel Pilot Drill Ø 2.0/Ø 2.7 Twined Drill Ø 3.8 Ø 4.1 Ø 4.5 Ø 5.0 Ø 5.3 Lindemann Drill Drill Extension Positioning Guide Removing M1.8 (Narrow) M2.0 (R/W) SM Solid Driver Narrow Regular Wide Short Long Tap Drill Ø 3.8 Ø 4.1 Ø 4.5 Ø 5.0 Ø 5.3 Driver 1.2 Hex 1.7 Torx Contra Ratchet

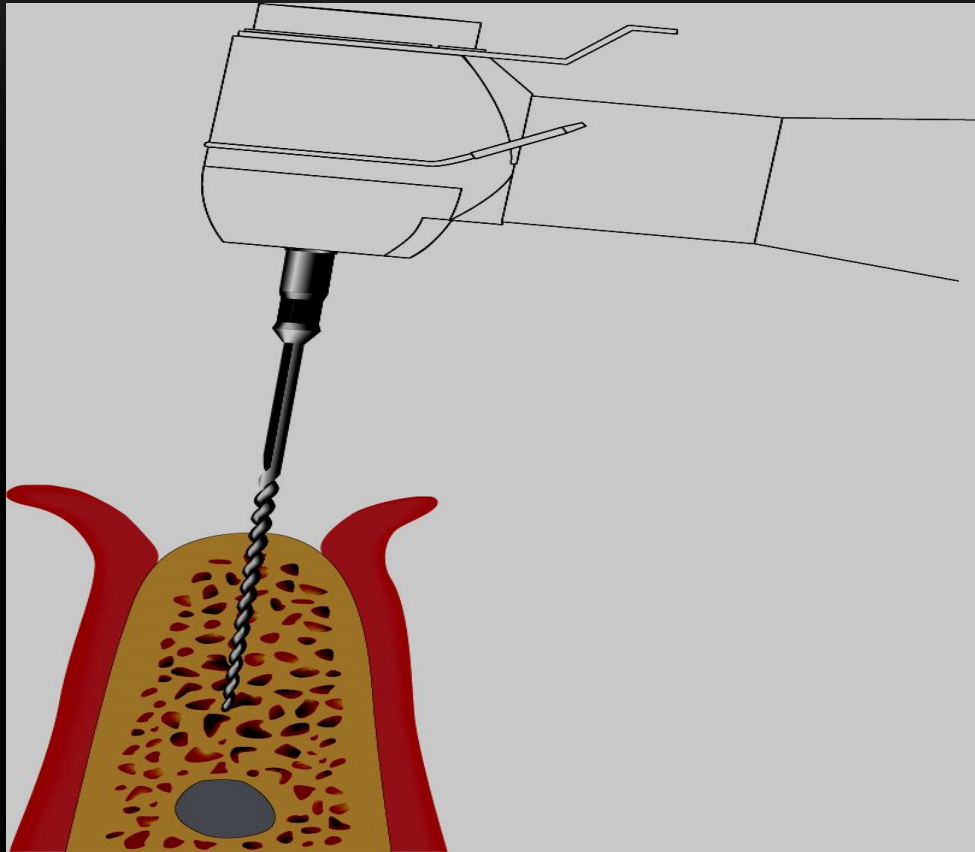




ВАРІАНТИ РОЗРІЗІВ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ДЛЯ ОГОЛЕННЯ КІСТКОВОГО ЛОЖА

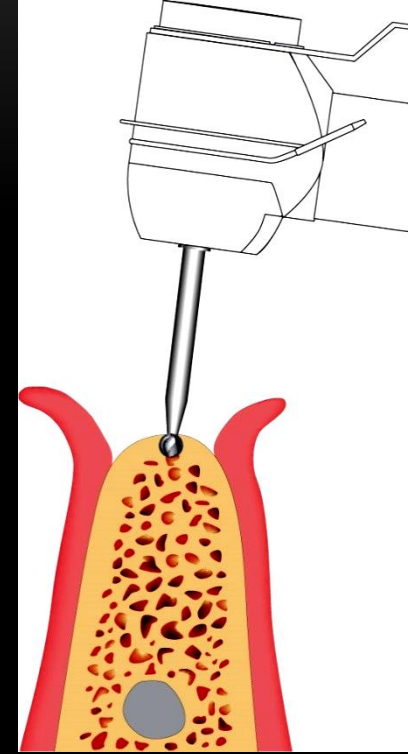
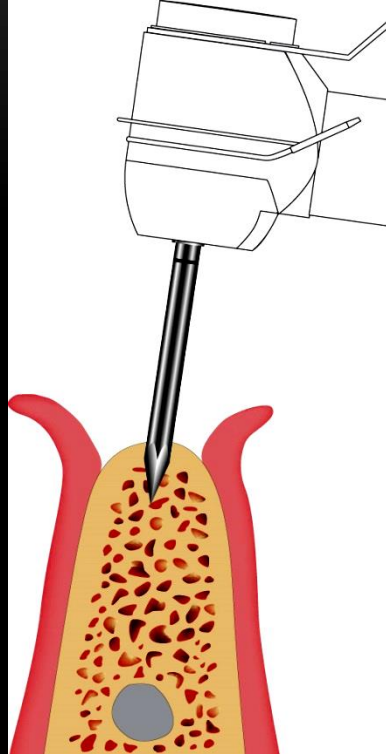
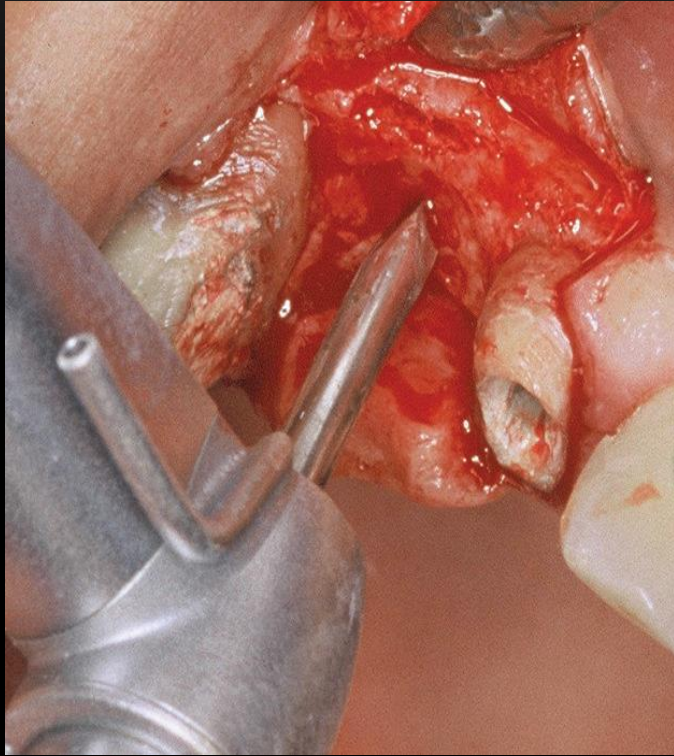


ХІРУРГІЧНИЙ ПРОТОКОЛ



Первинне проходження кістки для визначення вісі імплантата
За необхідності – рентгенологічний контроль

ХІРУРГІЧНИЙ ПРОТОКОЛ

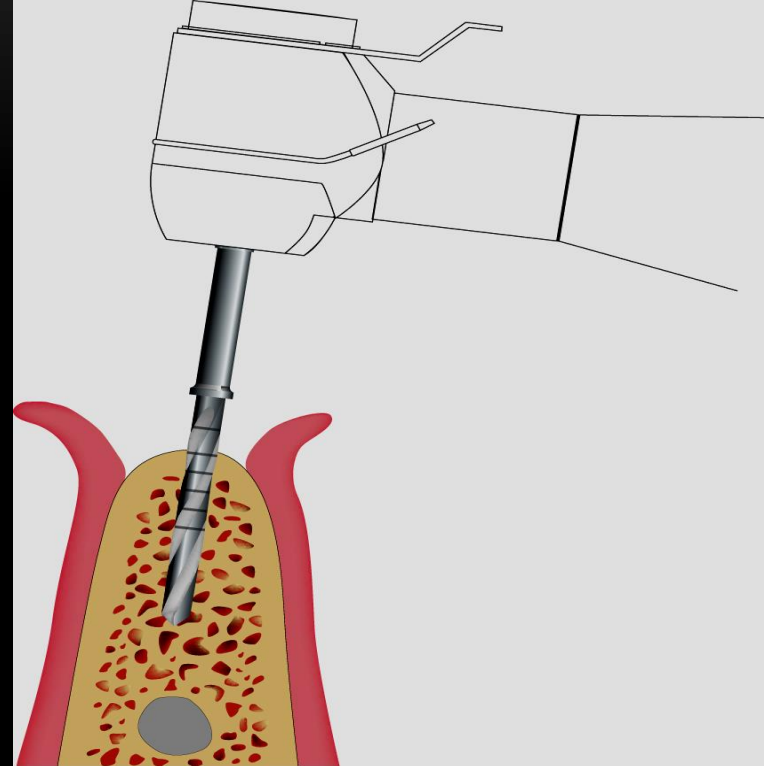
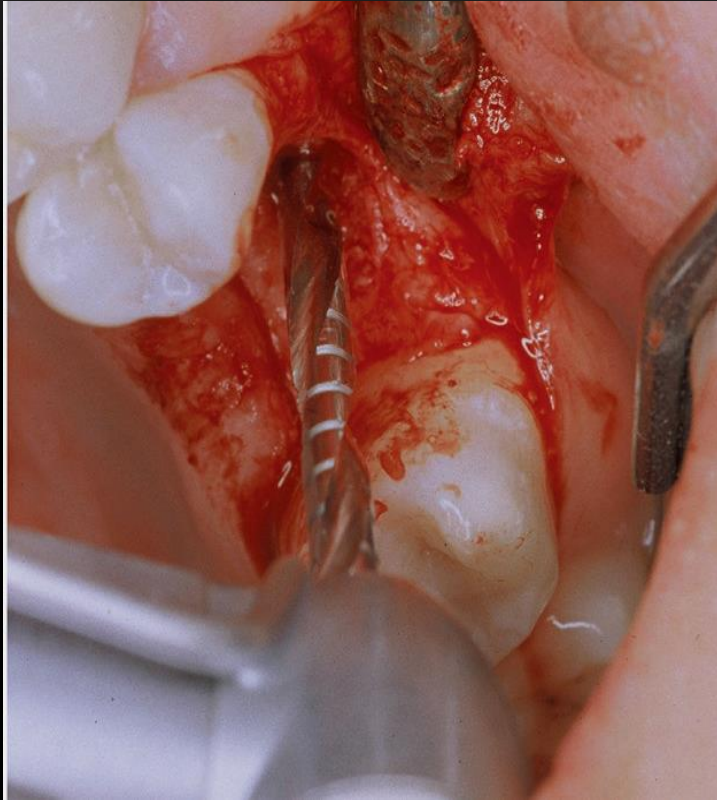


Препарування кісткового гребеня.

За допомогою списоподібного свердла або шароподібного бора перфорується кортикальна пластинка та формується вхід у ложе кістки.

Ці свердла для препарування у глибину кістки не використовуються.

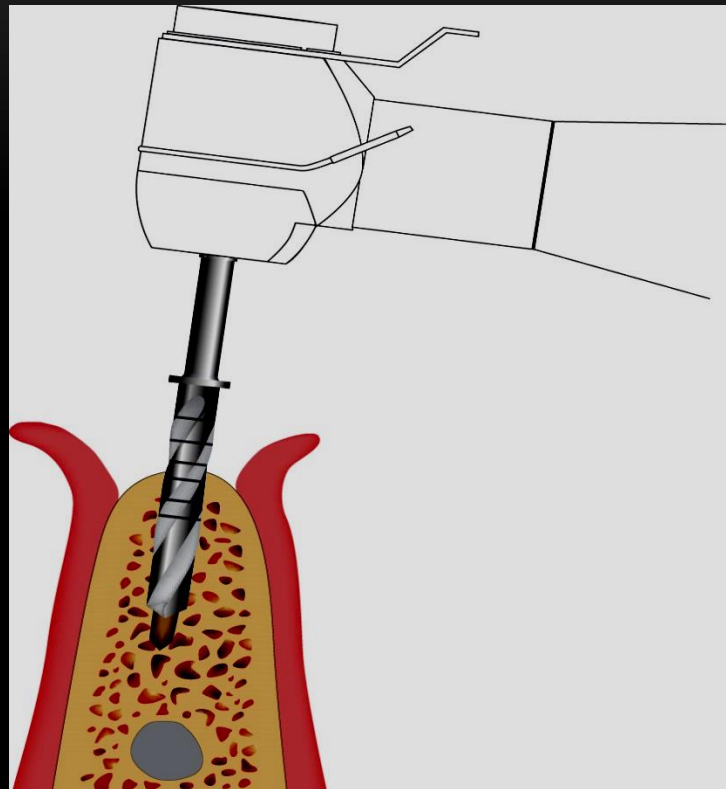
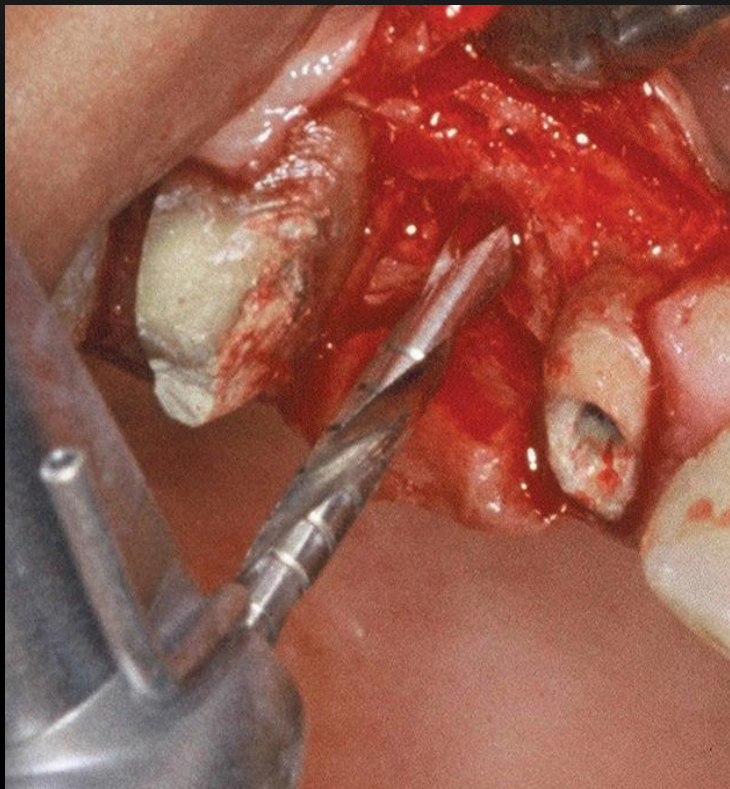
ХІРУРГІЧНИЙ ПРОТОКОЛ



Створення ложа імплантата діаметром 2,3 мм на кінцеву глибину.

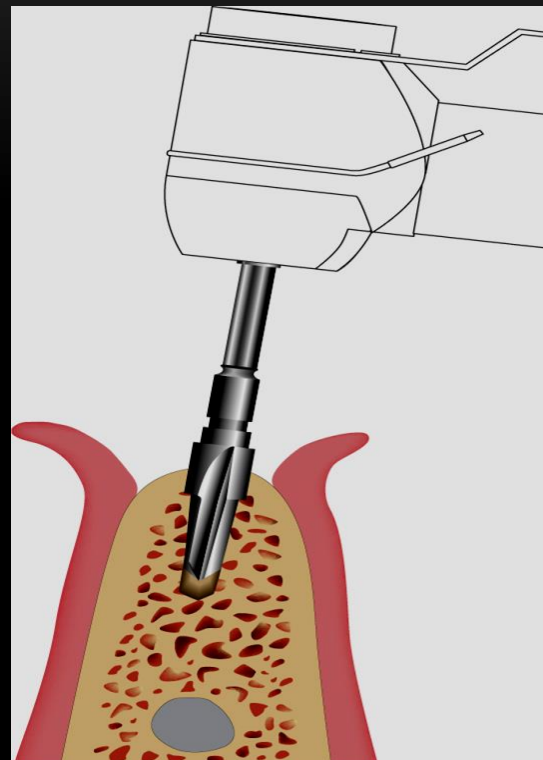
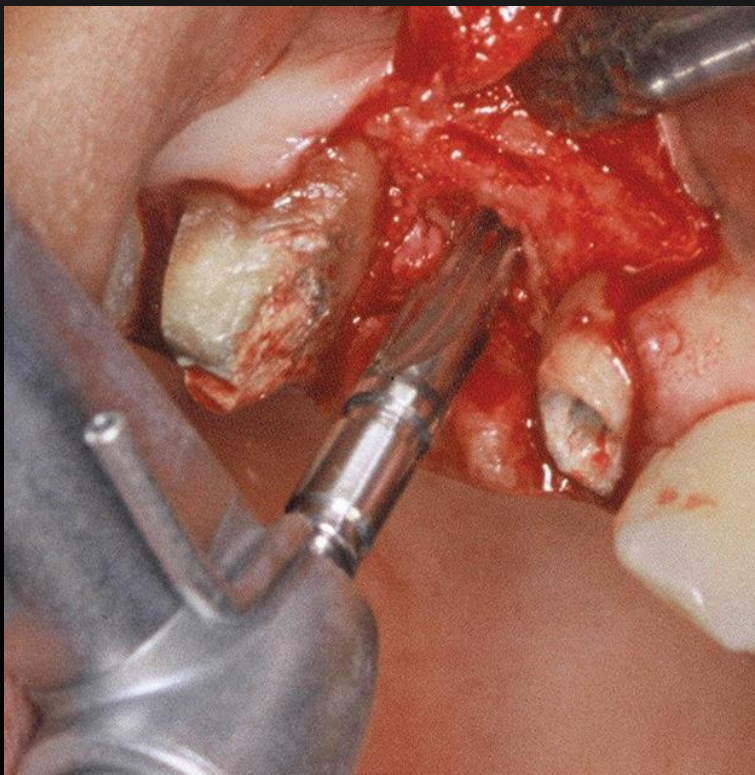
Необхідно працювати в зворотно-обертаючому режимі мікромотора.

ХІРУРГІЧНИЙ ПРОТОКОЛ



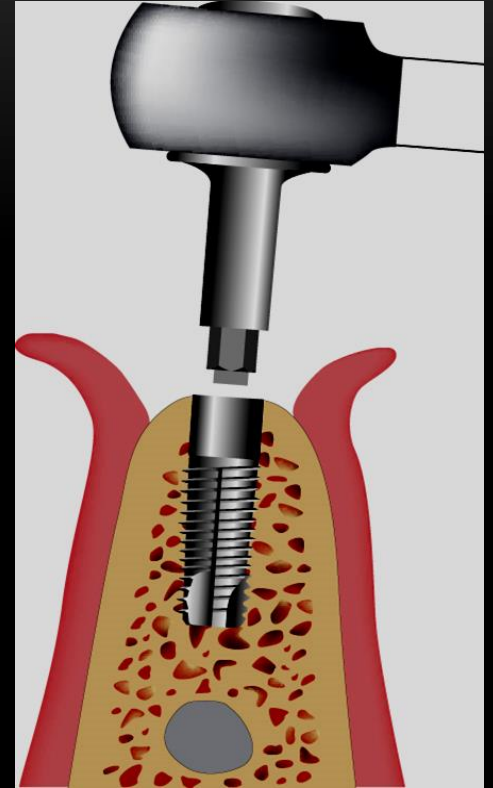
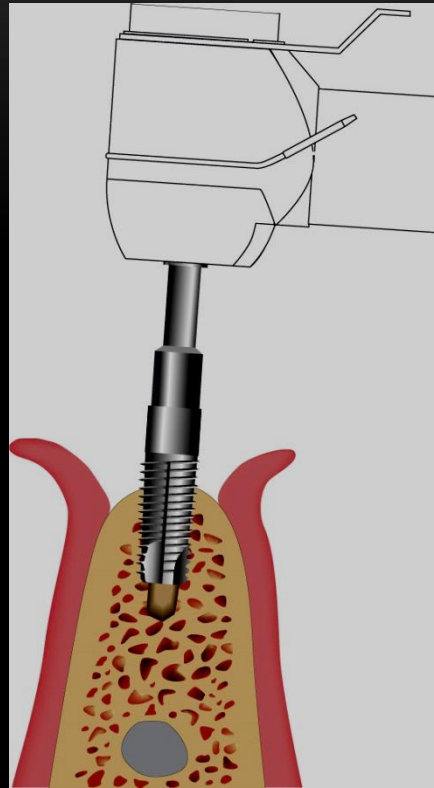
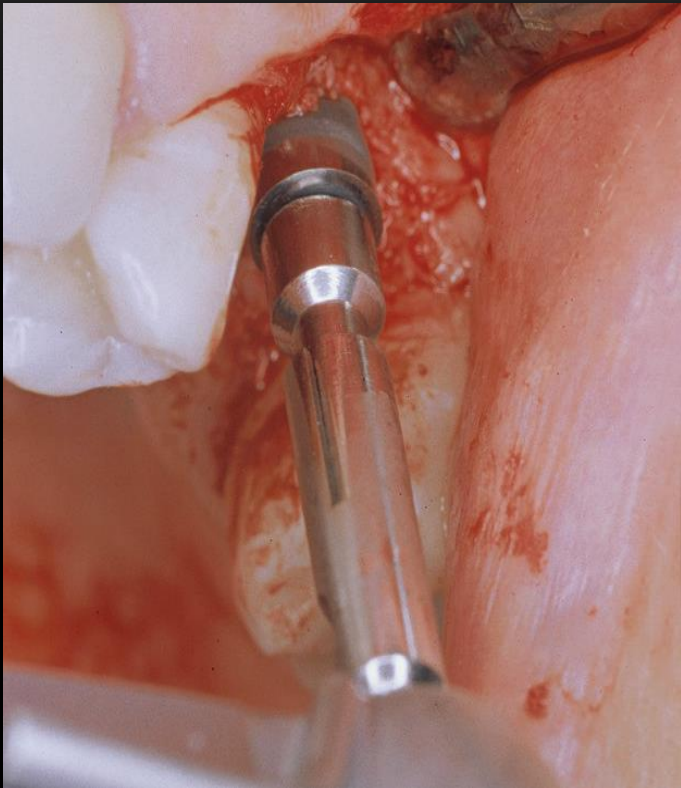
Використання свердла діаметром 2,5 мм

ХІРУРГІЧНИЙ ПРОТОКОЛ



Остаточна підготовка кістки під ложе імплантату.
Якщо діаметр імплантату більше 3,8 мм, то подальше препарування
відбувається свердлами більших діаметрів.
Діаметр і довжина останнього свердла повинні відповідати діаметру
імплантату.

ХІРУРГІЧНИЙ ПРОТОКОЛ

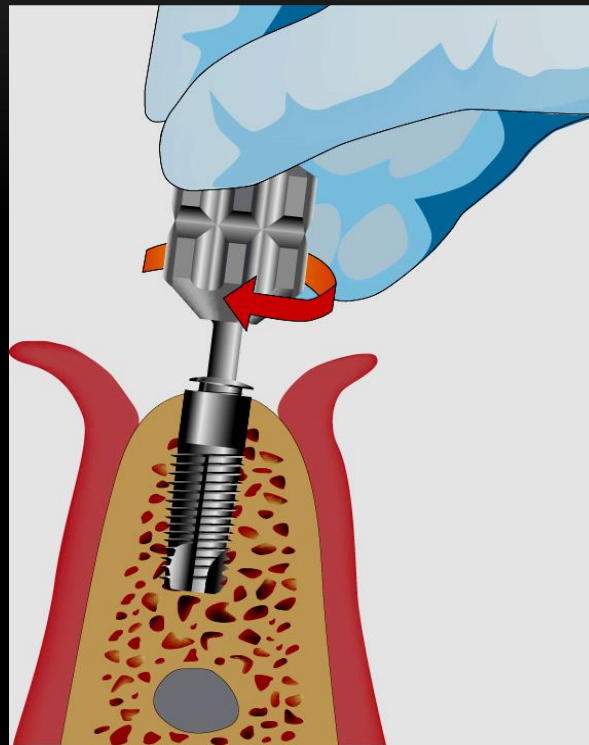
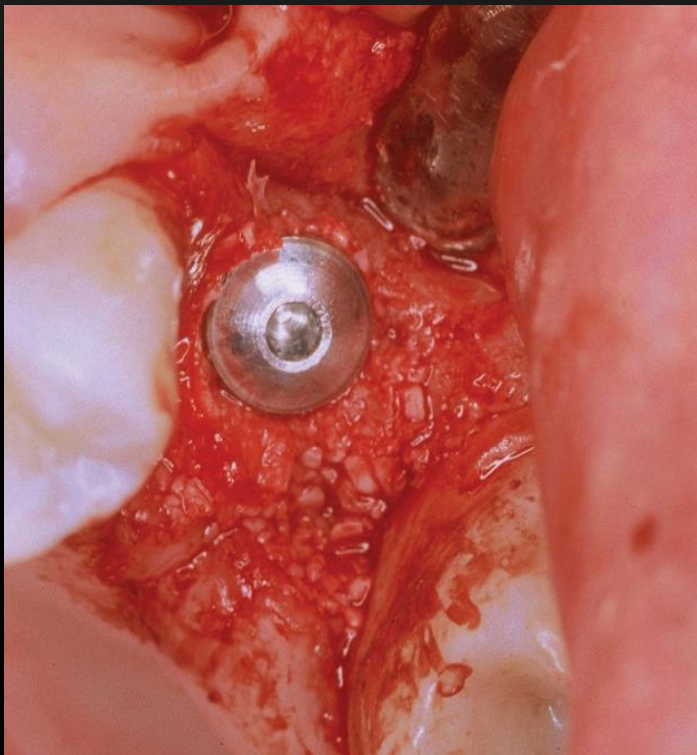


Імплантат дістається з контейнера, з використанням ключа для мікромотора.

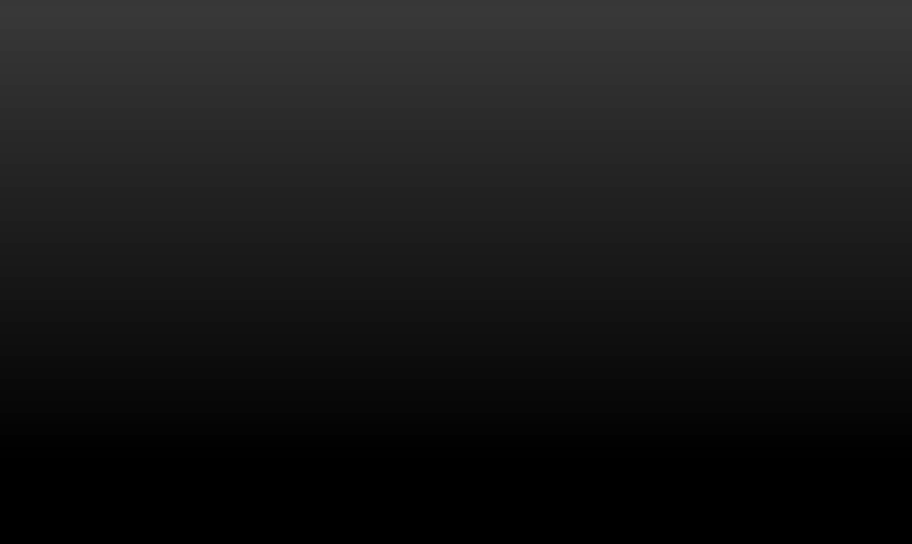
На низькій швидкості вкручується в підготовлене ложе на кілька оборотів.

Використовуючи ключ для установки імплантату без гумового кільця імплантат докручують до необхідної глибини.

ХІРУРГІЧНИЙ ПРОТОКОЛ

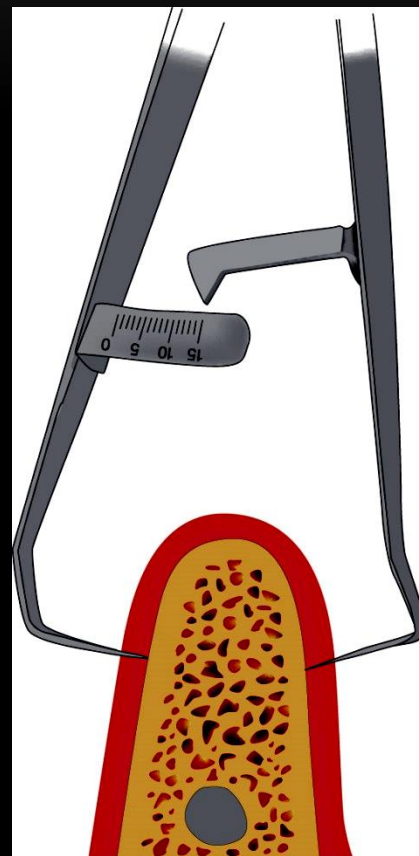


Викручується гвинт-заглушка. Рана ушивається.



РОЗМІРИ ІМПЛАНТАТІВ

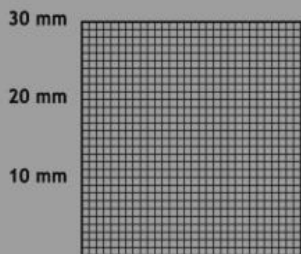
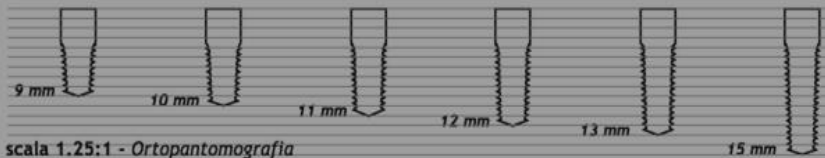
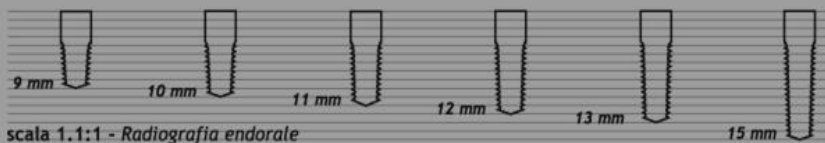
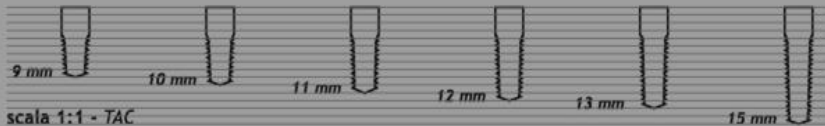
	Ø 3,8	Ø 4,5	Ø 5,5
9,0 mm	I38VSK09	I45VSK09	I55VSK09
10,0 mm	I38VSK10	I45VSK10	I55VSK10
11,0 mm	I38VSK11	I45VSK11	I55VSK11
12,0 mm	I38VSK12	I45VSK12	I55VSK12
13,0 mm	I38VSK13	I45VSK13	I55VSK13
15,0 mm	I38VSK15	I45VSK15	I55VSK15



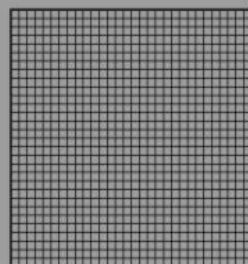
РЕНТГЕНОГРАФІЧНИЙ ТРАФАРЕТ

impianti kentron

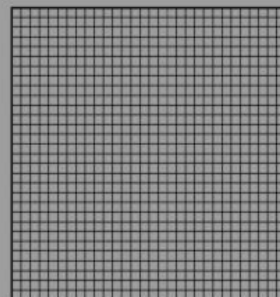
2 3,8 mm



scala 1:1 - TAC

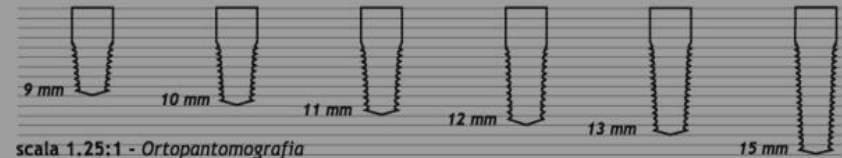
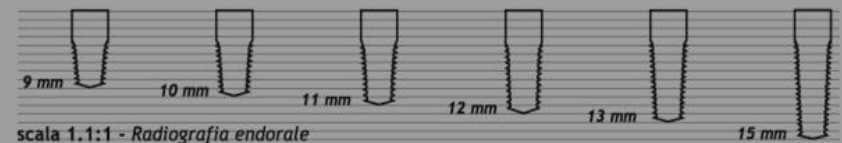
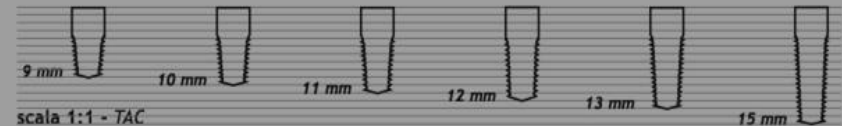


scala 1.1:1 - Radiografia endorale

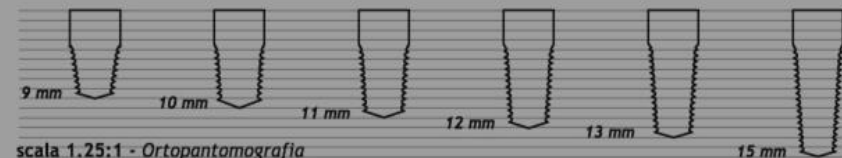
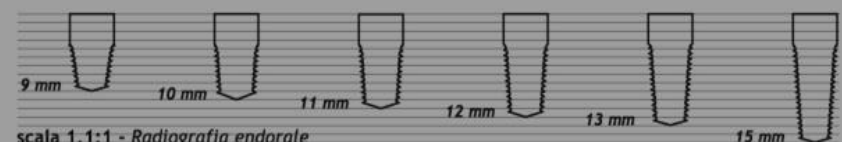
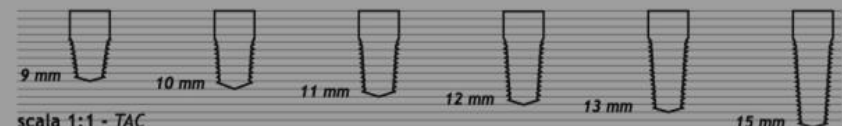


scala 1.25:1 - Ortodontomografia endorale

2 4,5 mm



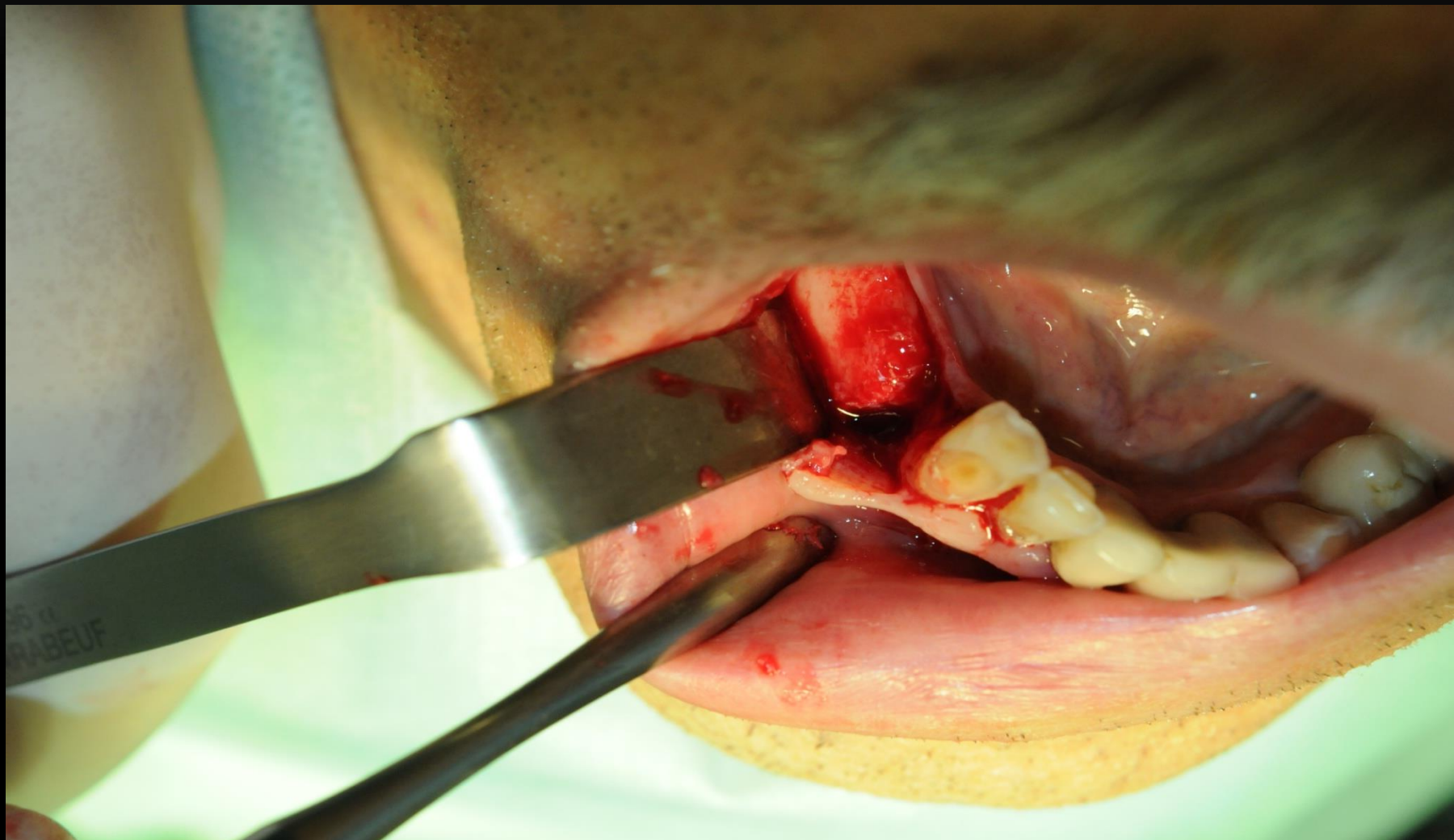
2 5,5 mm



КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК № 3.

ХІРУРГІЧНИЙ ЕТАП ДЕНТАЛЬНОЇ
ІМПЛАНТАЦІЇ З ОДНОМОМЕНТНОЮ
НАПРАВЛЕНОЮ КІСТКОВОЮ
АУГМЕНТАЦІЄЮ.

СФОРМОВАНА “ПОМИЛКОВА ЛУНКА” 8 МІСЯЦІВ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБУ 44.



ОГОЛЕННЯ ІМПЛАНТАТУ З ВЕСТИБУЛЯРНОЇ ПОВЕРХНІ



КІСТКОВИЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТ (ОТРИМАНИЙ З КІСТКОВОЇ ШАХТИ)

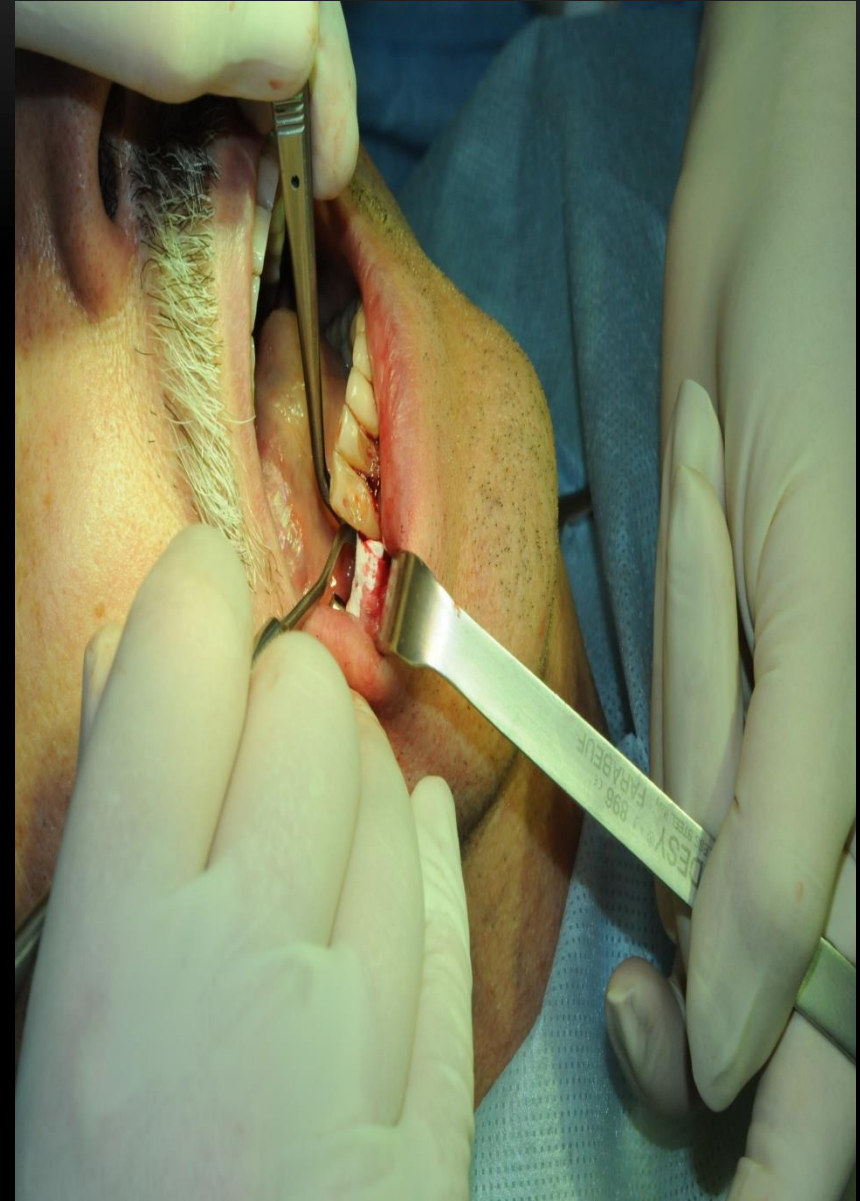


ЗАМІЩЕННЯ ДЕФЕКТУ АУТОКІСТКОВОЮ СТРУЖКОЮ

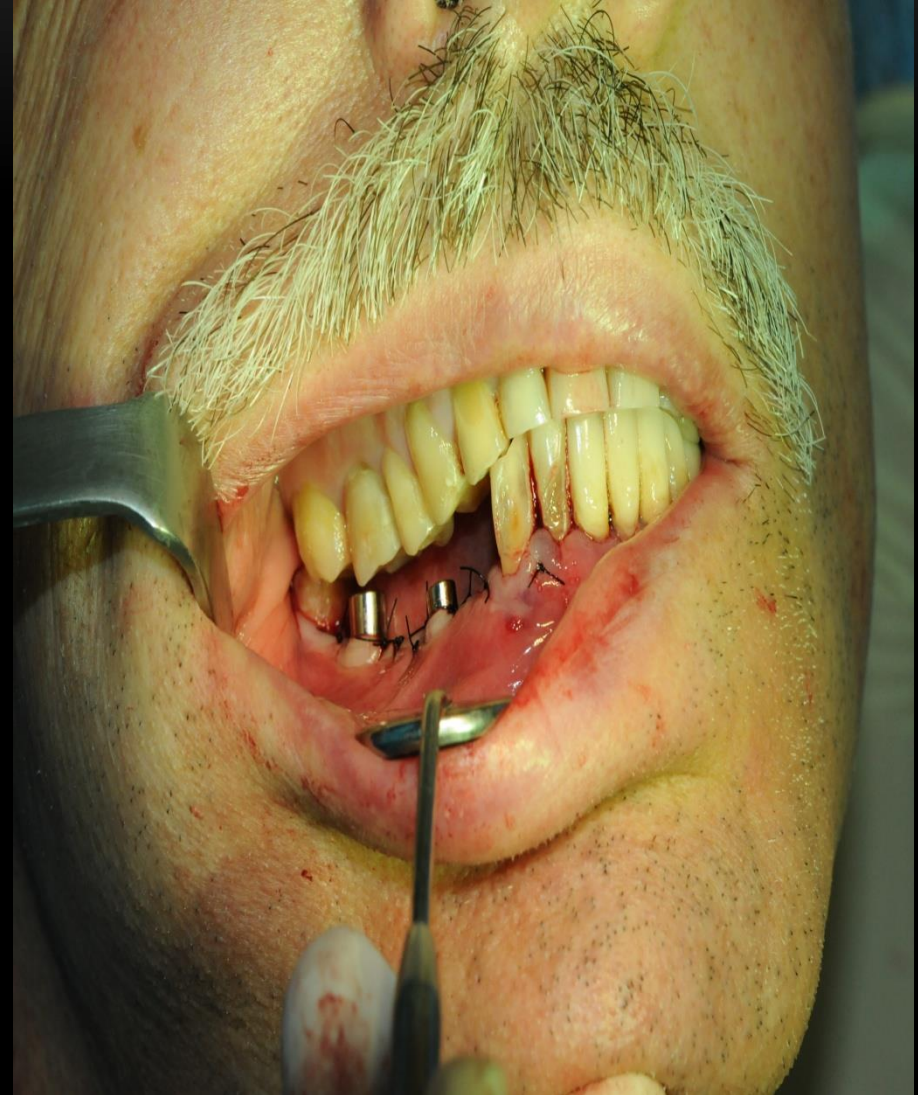




ВВЕДЕННЯ БАР'ЄРНОЇ МЕМБРАНИ ДО КІСТКОВОГО КОНГЛОМЕРАТУ



КІНЕЦЬ ОПЕРАЦІЇ. НА СЛИЗОВУ НАКЛАДЕНІ П-ПОДІБНІ ТА ВУЗЛОВІ (АДАПТАЦІЙНІ) ШВИ.



ВИДИ БАР'ЄРНИХ (ЗАХИСНИХ) МЕМБРАН.

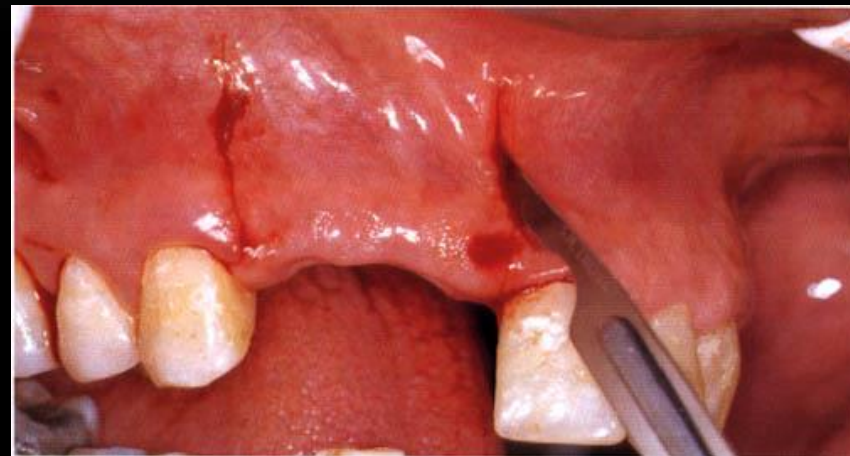
Мембрани, що резорбуються:

1. Мембрани з синтетичних аліфатичних поліестеролів.
2. Колагенові мембрани (синтетичного та біологічного походження).

Мембрани, що не резорбуються:

1. Е-політетрафторетиленова мембрана (ePTFE).
2. Титанові мембрани.

Приклад застосування мембрани, що не резорбується з титану.



Хірурги: д.мед.н., професор Аветіков Д.С.
к.мед.н., Ставицький С.О.



МЕТОДИКА ЗАСТОСУВАННЯ КІСТКОВИХ АУТОБЛОКІВ ДЛЯ НАПРАВЛЕНОЇ АУГМЕНТАЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

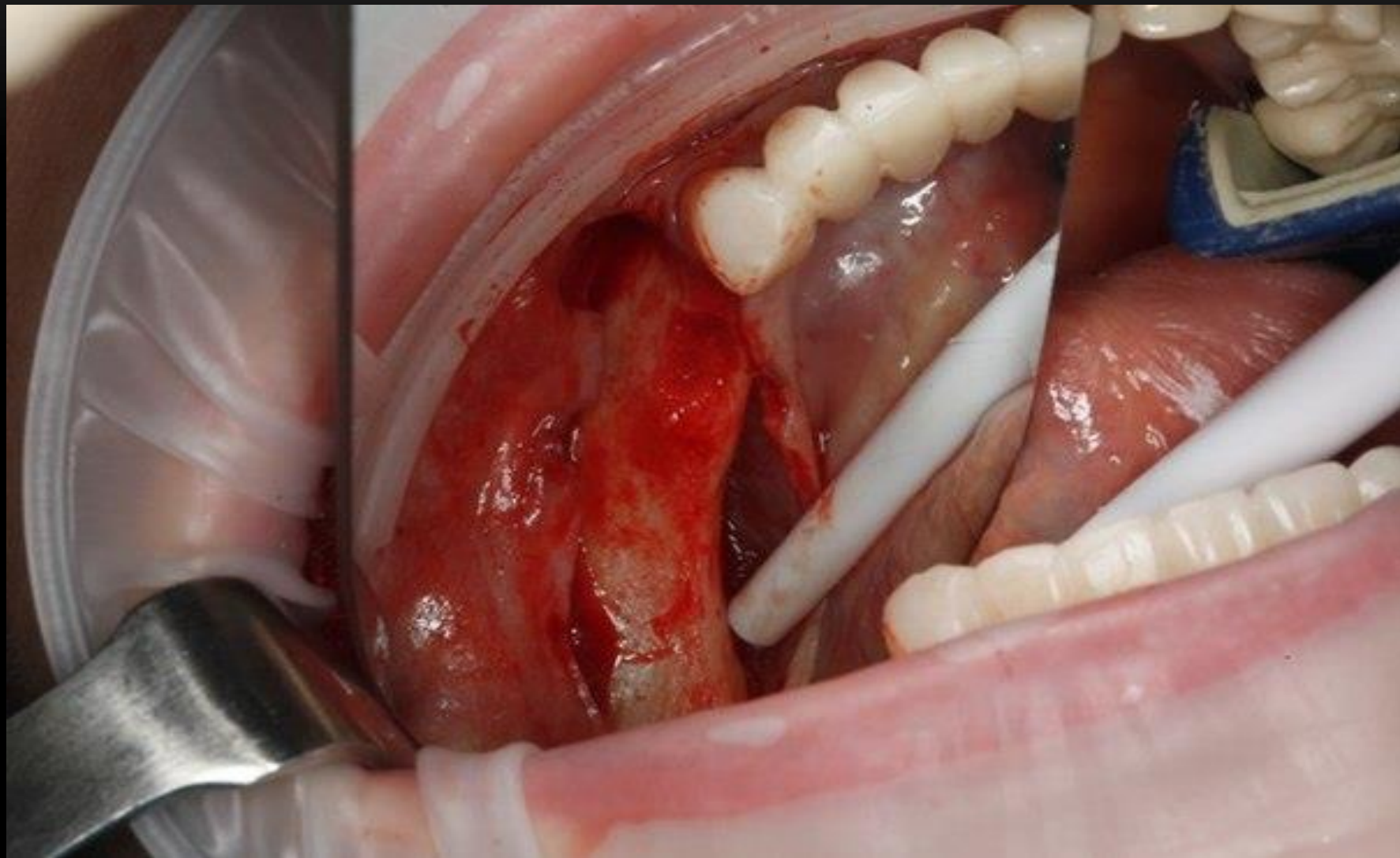
РЕНТГЕНОЛОГІЧНЕ ВІДОБРАЖЕННЯ ДЕФІЦИТУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ПАРОСТКУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ



КЛІНІЧНЕ ВІДОБРАЖЕННЯ ДИФІЦИТУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ПАРОСТКУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ



ОГОЛЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ



ЗАБІР КІСТКОВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТУ



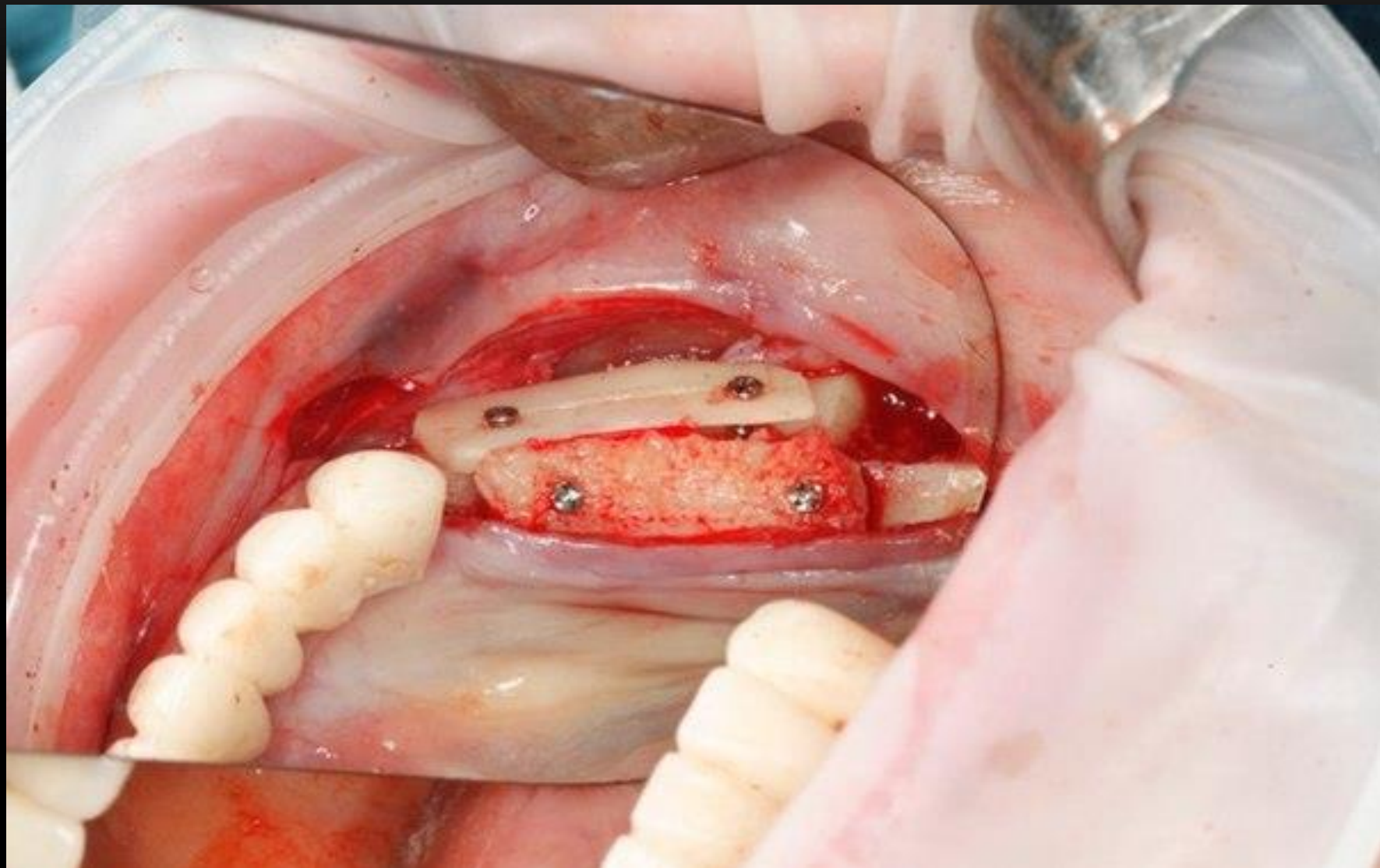
ЗАБІР КІСТКОВОГО АУТОБЛОКУ З ГІЛКИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ



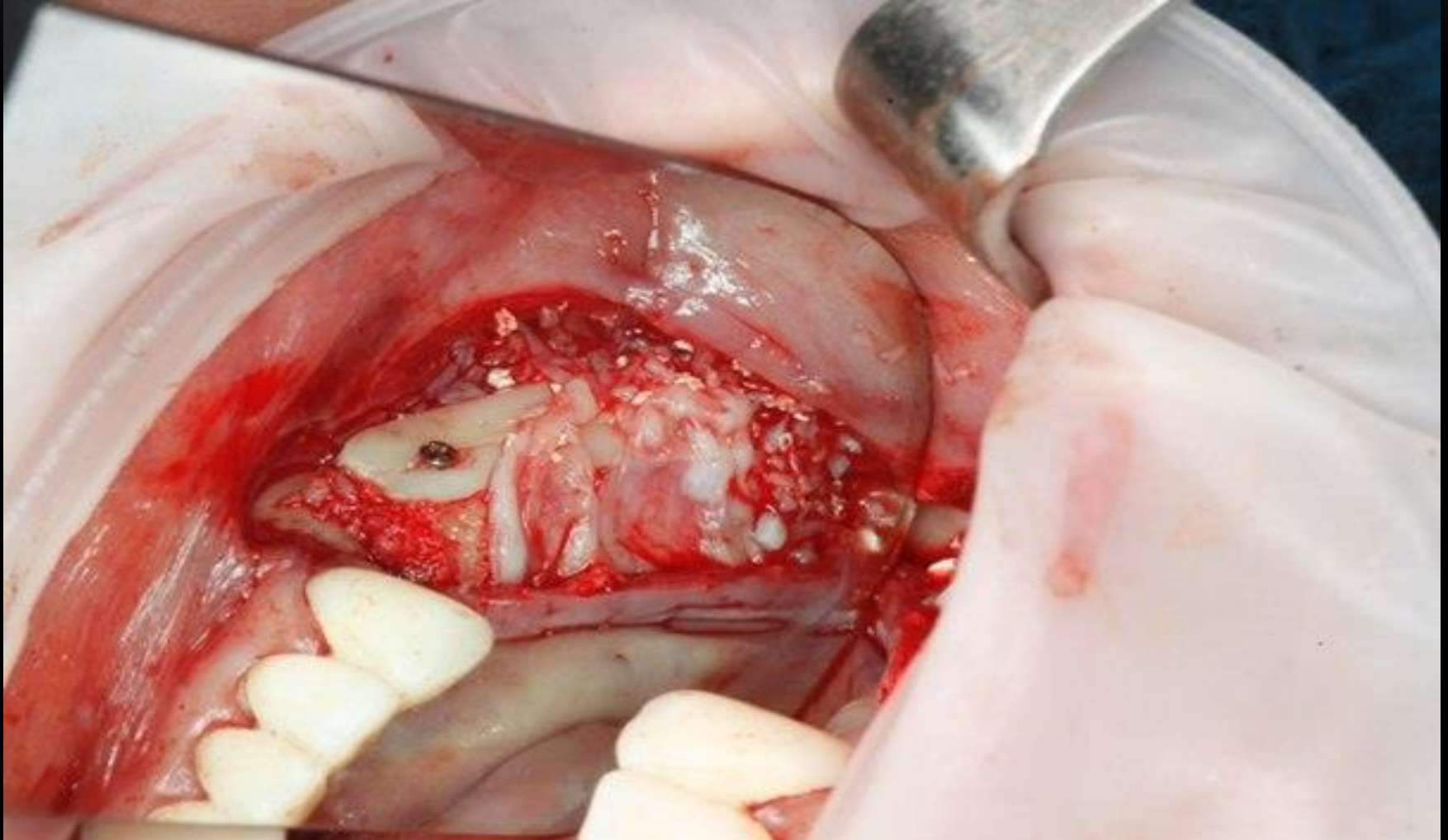
РОЗЩЕПЛЕННЯ КІСТКОВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА



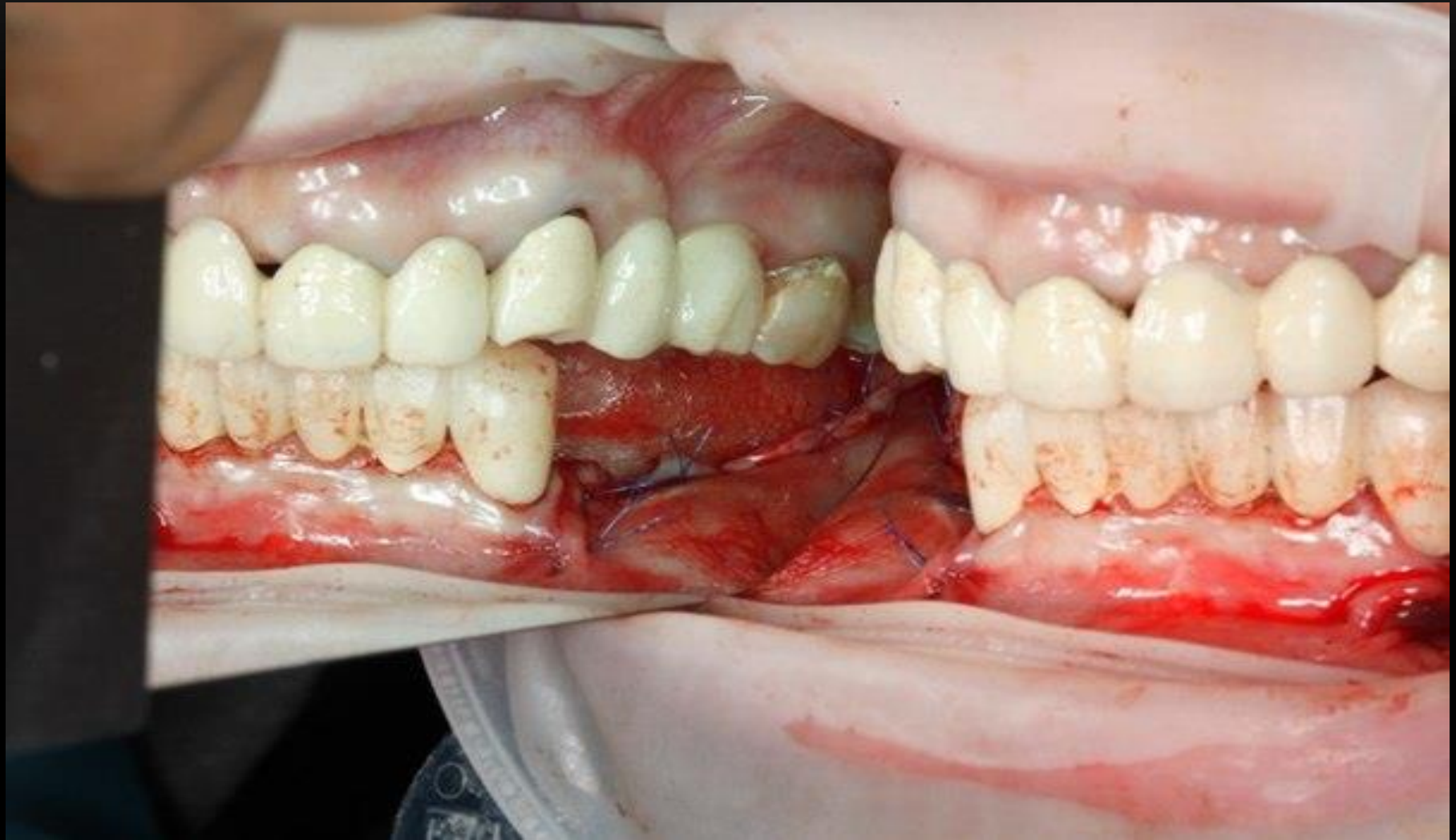
ФІКСАЦІЯ КІСТКОВИХ БЛОКІВ



ЗАСТОСУВАННЯ БАР'ЄРНОЇ МЕМБРАНИ ТА ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВОЇ РАНИ АУТОКІСТКОВОЮ СТРУЖКОЮ



ЗАКРИТТЯ ОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ



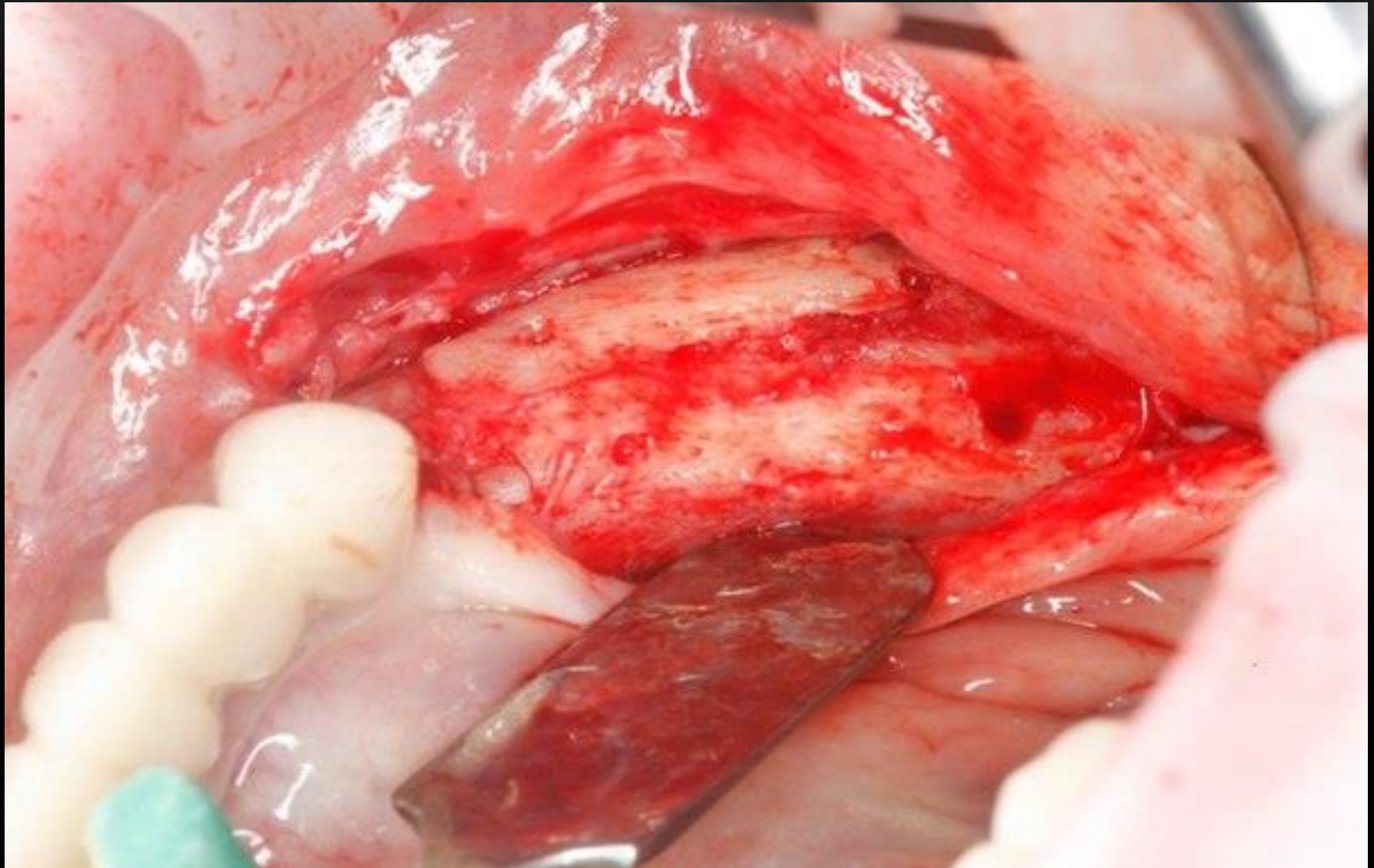
ОРТОПАНТОМОГРАМА ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ



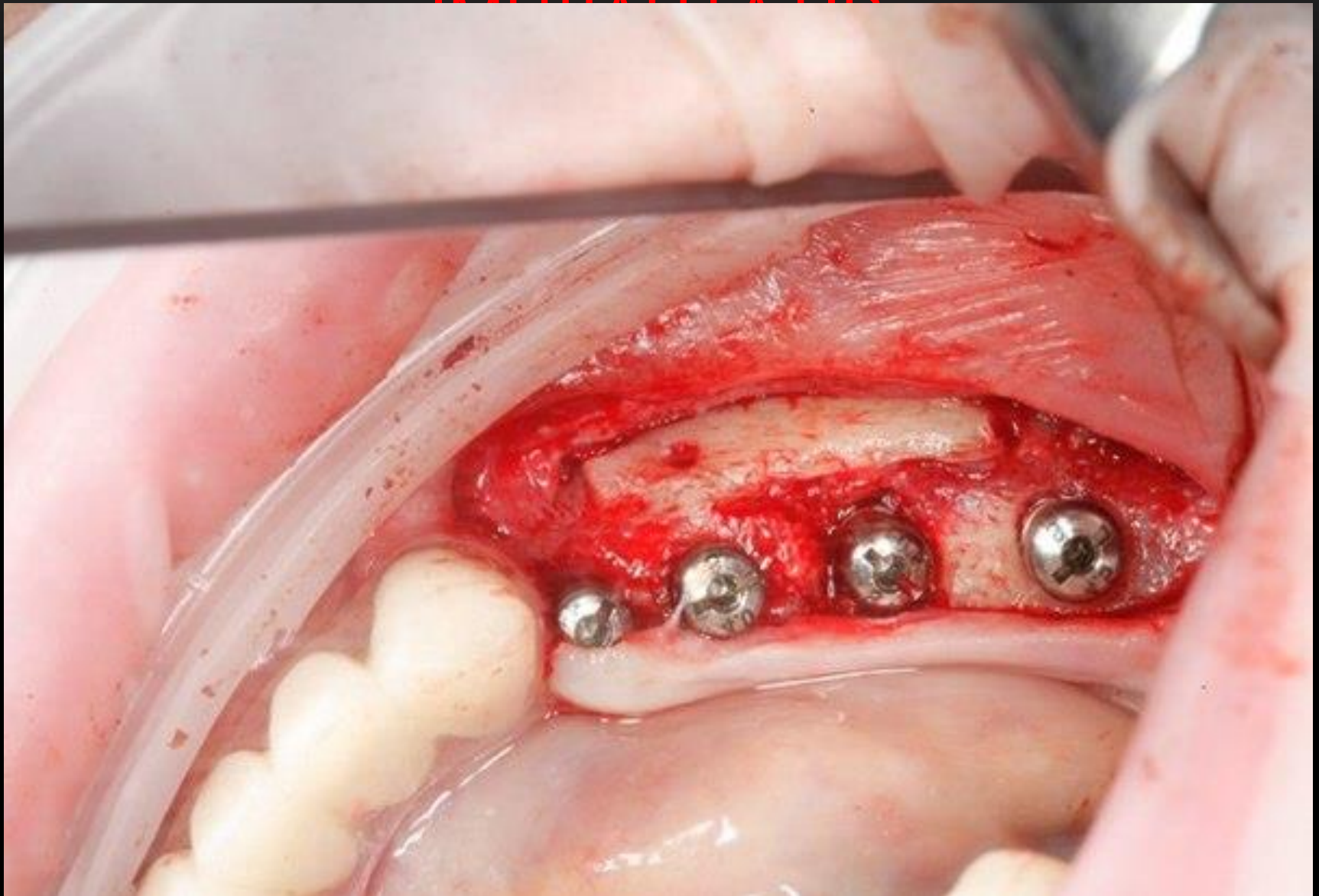
СТАН ЧЕРЕЗ 7 МІСЯЦІВ



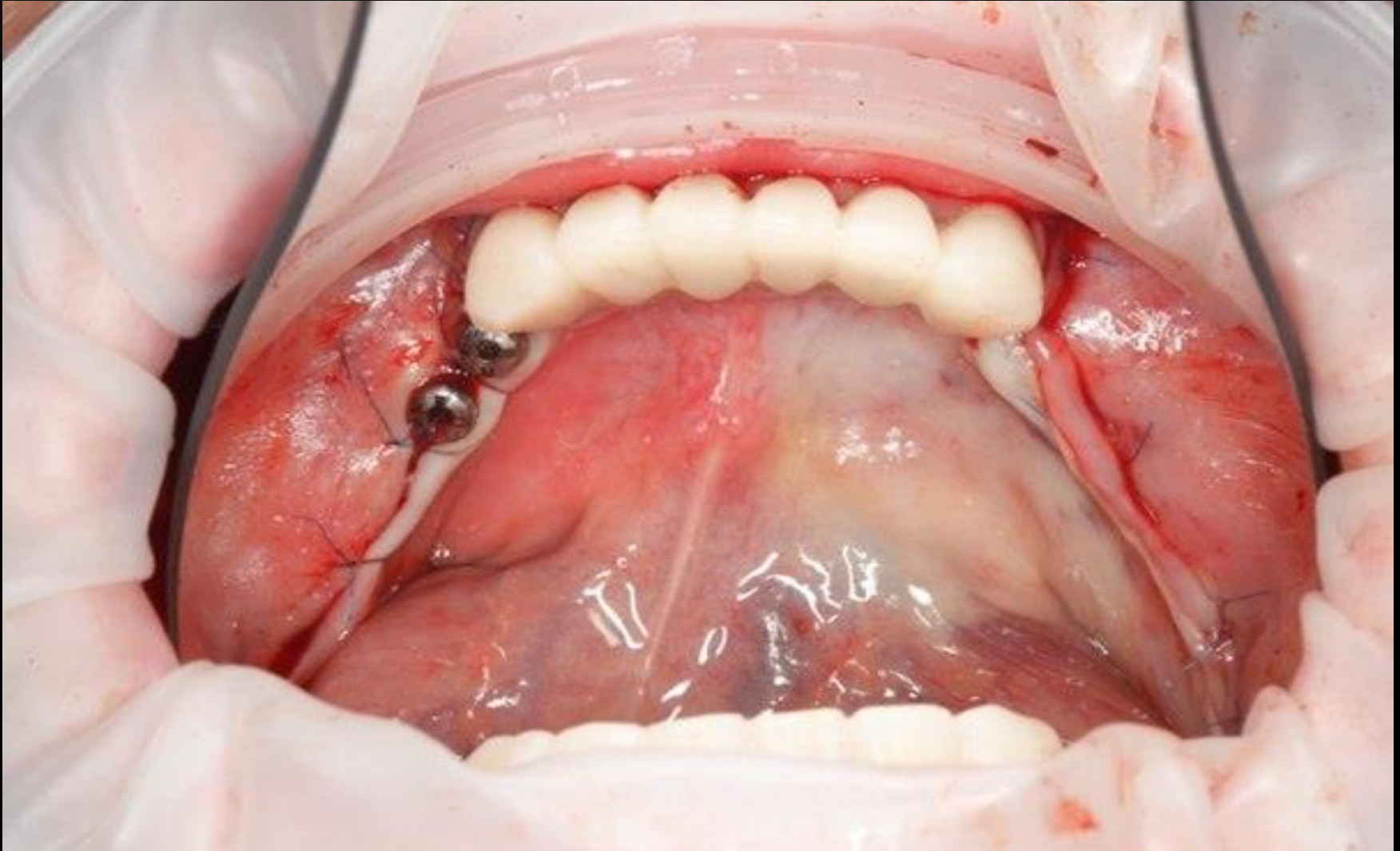
ВИДАЛЕННЯ ФІКСУЮЧИХ ГВИНТІВ



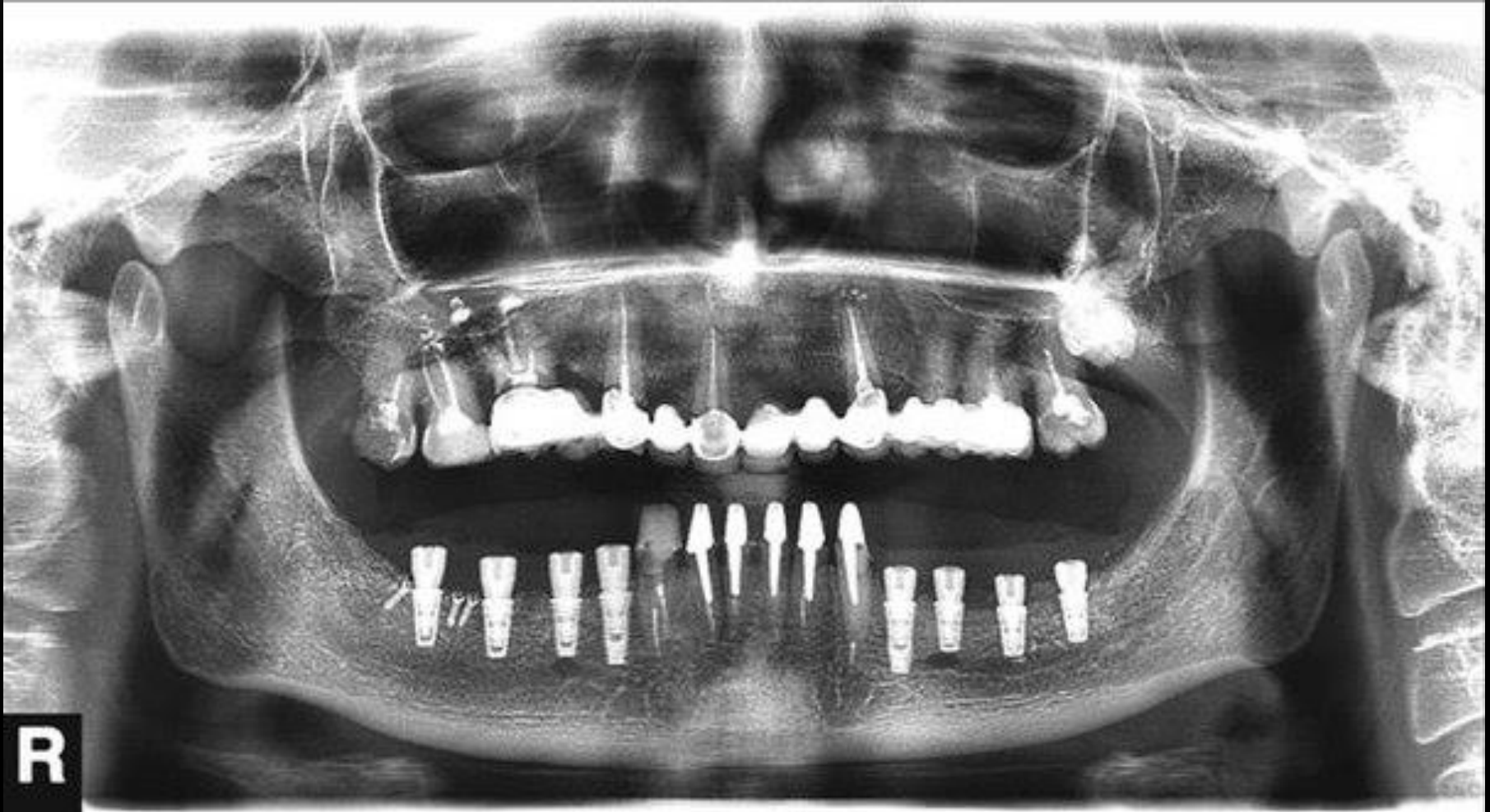
ВСТАНОВЛЕННЯ ДЕНТАЛЬНИХ ИМПЛАНТАТІВ



ЗАКРИТТЯ ОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ



ВСТАНОВЛЕННЯ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ ЧЕРЕЗ 7 МІСЯЦІВ



КЛІНІЧНИЙ ПРИКЛАД № 5

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ
ЗАКРИТОГО ТА ВІДКРИТОГО
СІНУС-ЛІФТИНГУ
З ДЕНТАЛЬНОЮ
ІМПЛАНТАЦІЄЮ.

ДЕФІЦИТ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПО ВИСОТІ

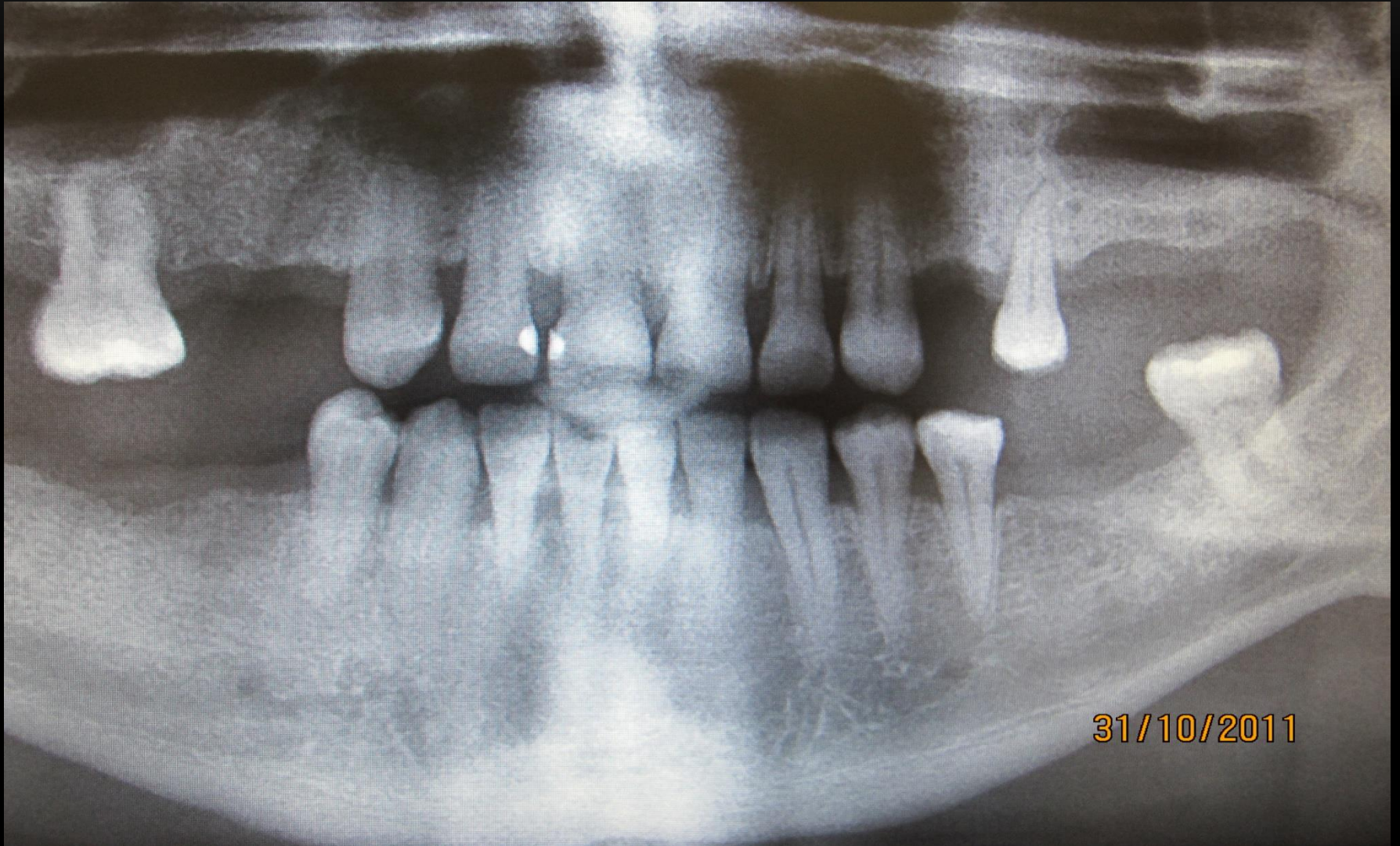
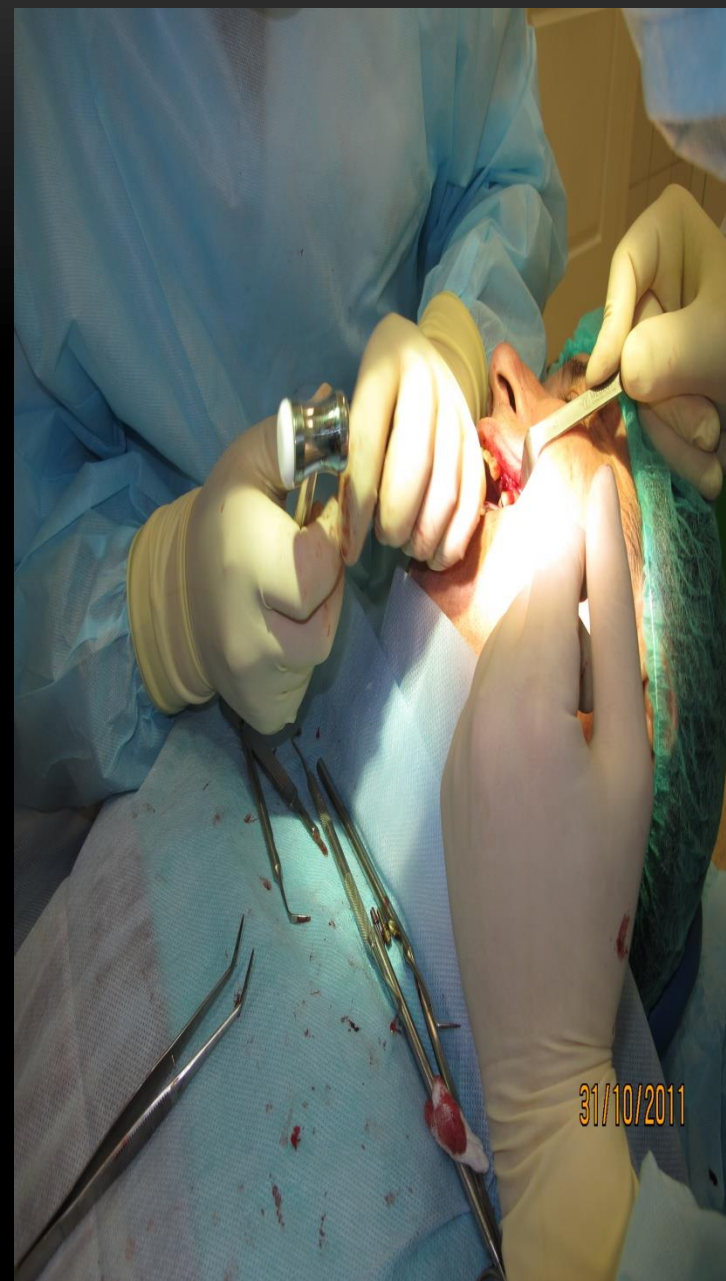


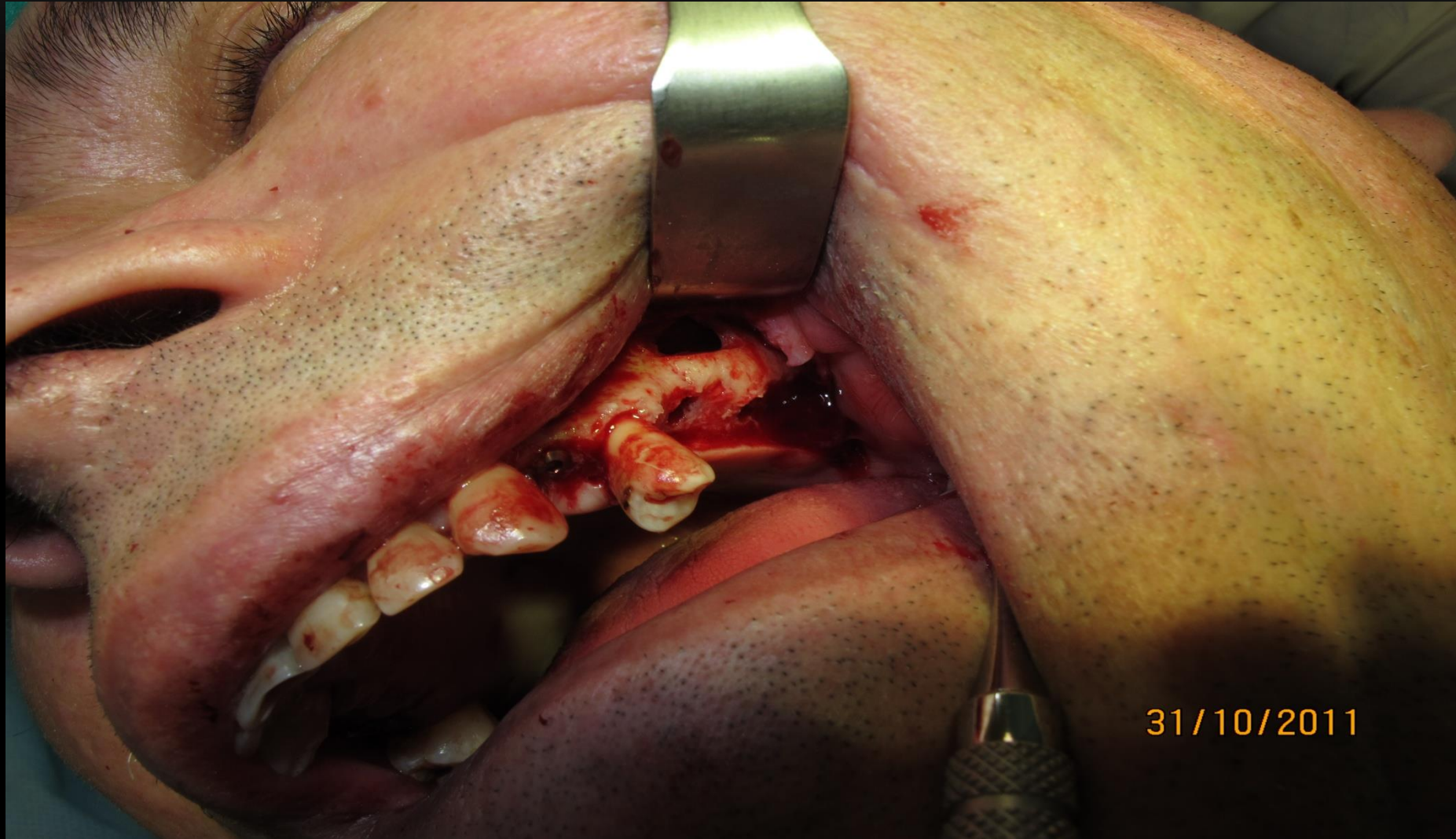
ФОТО ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ДО ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ



МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЗАКРИТОГО СИНУС- ЛІФТИНГУ



СТВОРЕННЯ ВІДКРИТОГО ДОСТУПУ ДО ДНА ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСУ



ВІДШАРУВАННЯ ТА ПІДНЯТТЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ



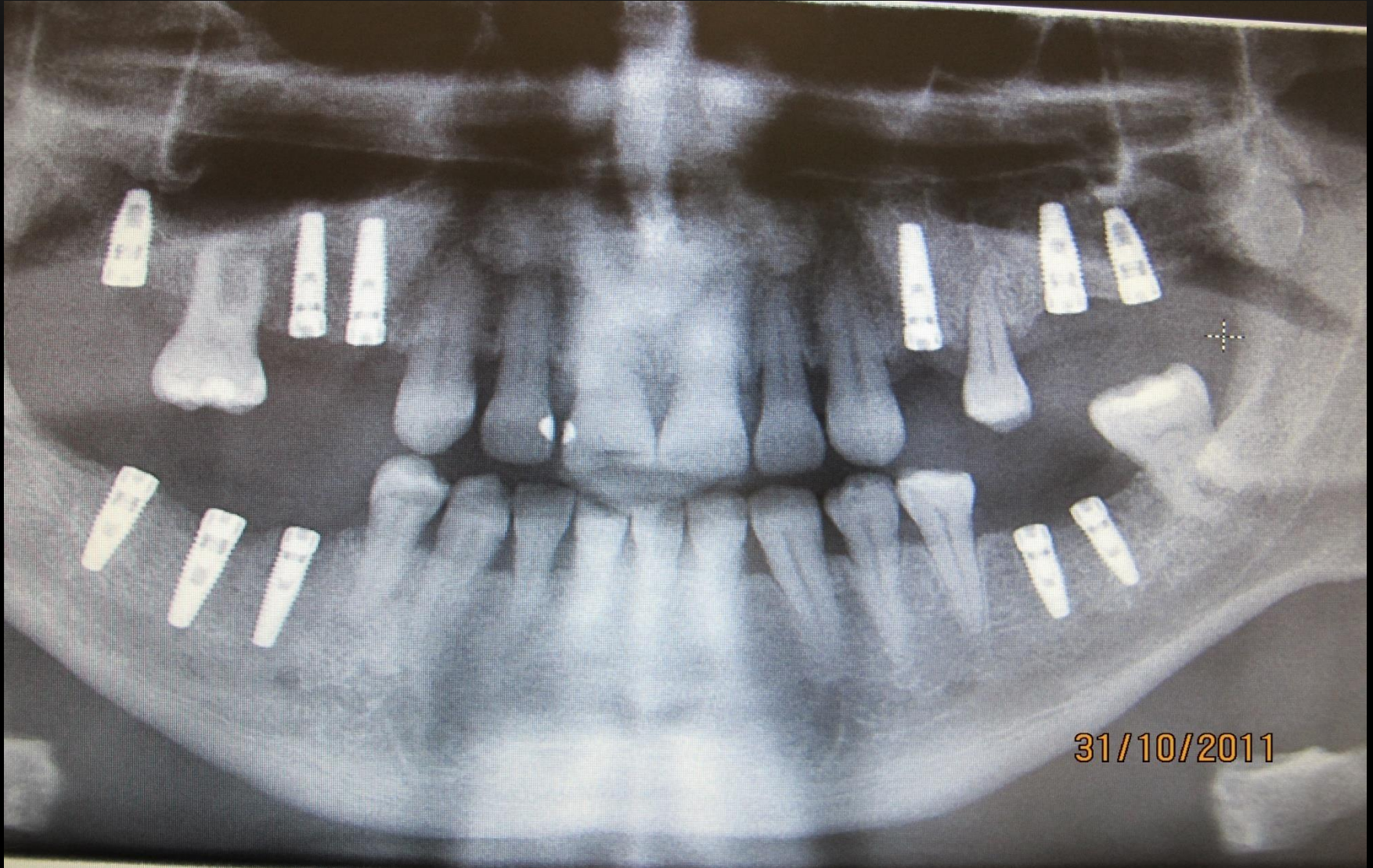
31/10/2011

ВВЕДЕННЯ КІСТКОВОПЛАСТИЧНОГО МАТЕРІАЛУ

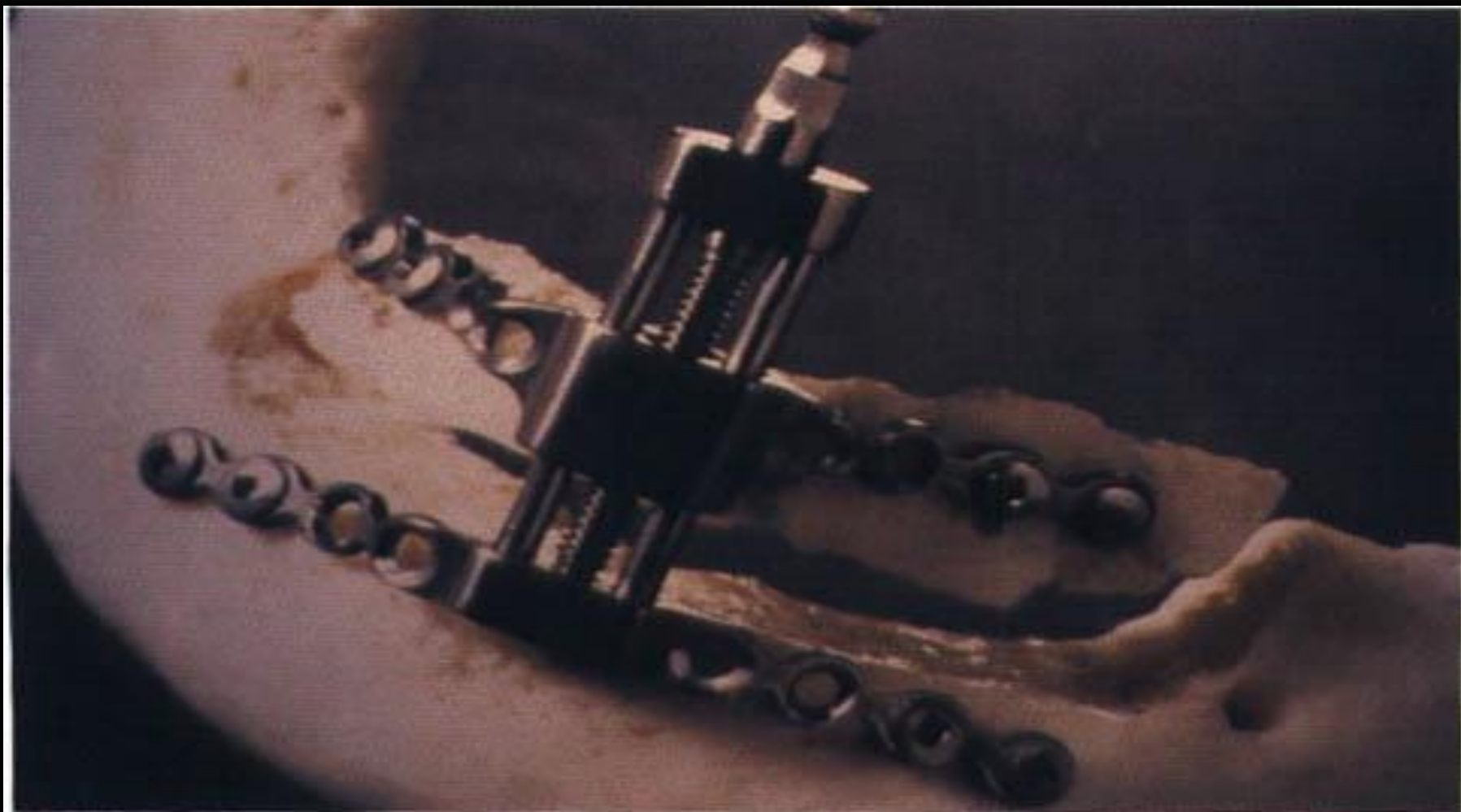


31/10/2011

РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ



ЗБІЛЬШЕННЯ ВИСОТИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ПАРОСТКУ ЗА ДОПОМОГОЮ КДО.



ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ ЛЕКЦІЇ

- 1. Що натеper розуміють під поняттям «менеджмент м'яких тканин»?**
- 2. Які оперативні втручання в муко-гінгівальній хірургії на сьогодні мають найбільшу актуальність?**
- 3. Які види аугментації натеper мають найбільше практичне значення?**
- 4. Де межа між терапевтичним та хірургічним лікуванням рецесій ясен?**
- 5. Які ускладнення виникають під час та у найближчий період після проведення дентальної імплантації?**



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

