

For optimal health, function and aesthetics, the appearance and form of the gingival tissues must be free of inflammation, symmetrical (with correct heights of contour and heights of the zeniths) and be harmoniously balanced with the dentition and perioral tissues.

The gingival height of contour of the maxillary central incisors is the same as maxillary canines, with the maxillary lateral incisors being 1mm lower. When planning any veneer or crown work in the aesthetic zone, attention must be given to maximising tissue health so that a predictable aesthetic result is obtained. This requires that the preparation, temporary restoration and final restoration does not infringe the biological width, so that subsequent attachment loss through pocket formation (in thick tissue biotypes) or gingival recession (in thin tissue biotypes) does not occur. It is also necessary to avoid physical damage and chemical insult to the gingivae during tooth preparation and to employ a well-adapted and correctly contoured provisional restoration.

Careful and systematic evaluation of the baseline clinical situation will include an assessment of oral hygiene habits, periodontal attachment levels, mucogingival architecture and tissue biotype, gingival tissue thickness and consistency, papilla form, occlusion including guidance during protrusive and lateral excursions, incisor relationships and tooth mobility. This is normally supplemented with radiographs to assess crestal bone levels and crown/root ratios. From these factors, the decision regarding choice of technique can be made, with the fundamental questions being will there be infringement of the biological width and thus is resection of bone required? Once a decision is made regarding the type of procedure (Table 1), the next question is whether a conventional or laser approach will be used (Table 2). Erbium and diode lasers allow a very conservative approach to many common clinical situations, including gingivoplasty when outside the biological width (Figure 1).

Lasers have been used for periodontal surgery since the mid 1960's, with an extensive literature on the processes of tissue ablation and wound healing, as well as on surgical outcomes.

Over the past decade, considerable interest has been directed to diode lasers as a niche tool for

Для поддержания оптимального уровня здоровья, функциональных возможностей и эстетичного вида, ткани десен должны быть симметричными (с правильным контуром высоты и зенитов), гармонично сбалансированными по отношению к зубным рядам и периферийным тканям, а также не должны иметь воспалений. Высота десенного контура верхних центральных резцов должна быть такой же, как и высота на верхних клыках, а верхнечелюстные боковые резцы должны быть на 1 мм ниже. При планировании любых коронок, виниров и протезов с эстетической точки зрения, основное внимание все равно должно быть уделено максимальному сохранению здоровья тканей, из которого следует и сам эстетический вид.

Процесс препаровки, временной конструкции и окончательной конструкции не должны нарушать естественную биологическую ширину, что бы впоследствии не происходило ни образование патологического десенного кармана (в биотипах толстой ткани) ни десенной рецессии (в биотипах тонкой ткани). Кроме того важно избегать физических и химических повреждений десен во время подготовки и использовать заранее смоделированный план временной реставрации.

Тщательная и систематическая оценка базового клинического состояния будет включать в себя оценку уровня гигиены полости рта, уровень прикрепления пародонта, оценку состояния слизисто-десенной архитектуры (мукогингивальной) и биотипа ткани, толщину десенной формы, формы десенных сосочков, а также анализ окклюзии, включая составление руководства во время протрузии.

Обычно это дополняется рентгенограммой, которая помогает оценить уровень костного гребня и соотношения коронки с корнем. Исходя из этих факторов, решение о выборе методики лечения можно сделать, ответив на вопрос, нарушена ли биологическая ширина, и таким образом, требуется ли резекция кости? Как только будет принято решение относительно типа процедуры (Таблица 1), следующим вопросом будет что уместно использовать в данной ситуации обычное лечение или лазерное? (Таблица 2) Эрбиевый и диодный лазеры позволяют провести операции требующие консервативного подхода ко многим распространенным клиническим ситуациям, в том числе, при проведении гингиволастики. (Рисунок 1) Лазеры используются в пародонтальной

<p>minor periodontal surgical procedures and troughing, as a direct replacement for electrosurgery and other conventional approaches. Lasers of various types offer major advantages in terms of increased precision, invasiveness of the procedure and patient post-operative experience (Table 3).</p>	<p>хирургии с середины 1960х гг. вместе с обширным количеством литературы по процессам абляции тканей и заживлению ран, а также об исходах подобных операций. В последние десятилетия значительный интерес привлекают диодные лазеры как инструменты для небольших хирургических процедур, включая хирургию мягких тканей. Данный тип лазеров является прямой заменой электрохирургии и других традиционных подходов. Лазеры различных типов предоставляют множество преимуществ в плане повышения точности процедуры, инвазивности и облегчения послеоперационного состояния пациента. (Таблица 3)</p>
--	---