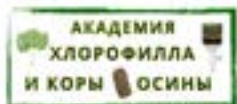




Том №2, Выпуск 1-2 (3-4)
Март 2024

ISSN 2949-253X (Print)

Научно-практический журнал / Scientific-practical journal
ACADEMY OF CHLOROPHYLL AND ASPEN BARK



АКАДЕМИЯ

Хлорофилла и коры Осины



АКАДЕМИЯ ХЛОРОФИЛЛА И КОРЫ ОСИНЫ

Рецензируемый научно-практический журнал по фундаментальным и прикладным наукам
Выпускается 4 раза в год. Основан в 2023 году.

Том №2,
Выпуск 1-2 (3-4)
Март 2024



Российский производитель и дистрибьютор специализированной продукции для хирургической стоматологии, пародонтологии и профессиональной гигиены полости рта



Научное подразделение ООО «Стоматологического магазина «РОМАШКА»; занято в исследованиях по стоматологии, естественным и фундаментальным наукам



Фитодент - марка российских продуктов из растительных компонентов для профилактики стоматологических заболеваний

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ ЖУРНАЛА

Главный редактор:

Шаров А.Н. - провизор, фармаколог, частный научный исследователь, Генеральный директор ООО «Стоматологический магазин «РОМАШКА» (Санкт-Петербург). Магистр экономики, эксперт по медицинскому маркетингу.

Зам. главного редактора:

Носова М.А. - Врач-стоматолог-хирург-пародонтолог, Санкт-Петербург. Соискатель учёной степени кандидата медицинских наук, СамГМУ, Самара; лектор ООО «Стоматологический магазин «РОМАШКА»

Редактор:

Ревва С.С. - Специалист в области дизайна ООО «Стоматологический магазин «РОМАШКА» (Санкт-Петербург, Россия)

Выпускающий редактор:

Гаврикова Г.И.

Аверьянов С.В. - д.м.н., профессор, зав. кафедры ортопедической стоматологии с курсами ИДПО Башкирского государственного медицинского университета (БГМУ), Уфа.

Железняк В.А. - к.м.н., доцент, начальник кафедры и клиники общей стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова (ВМедА), Санкт-Петербург; полковник медицинской службы.

Ковалевский А.М. - д.м.н., доцент кафедры общей стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова (ВМедА), Санкт-Петербург.

Краева Л.А. - д.м.н., профессор, зав. лаборатории медицинской бактериологии НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург.

Латиф И.И. - старший преподаватель кафедры общей стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова (ВМедА), Санкт-Петербург.

Михайлова Е.С. - д.м.н., доцент, выполняющий лечебную работу кафедры терапевтической стоматологии Санкт-Петербургского государственного университета (СПбГУ), Санкт-Петербург. Генеральный директор клиники «Классика».

ИЗДАТЕЛЬ: ООО «СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ МАГАЗИН «РОМАШКА», САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
191186, г. Санкт-Петербург, Невский проспект, д. 46, лит. А, пом. 17Н, ЧП4 и ЧП8
Тел.: +7 (964) 342-16-12
+7 (812) 642-16-12
почта: hamomilla.rf@gmail.com
сайт: хамомилла.рф, hamomilla.ru, hamomilla.shop

Руководитель издательской группы:

Гаврикова Галина Ивановна

Вёрстка и дизайн: Ревва Софья Сергеевна

Корректор: Носова Мария Александровна

Нефедова И.Ф. - главный специалист Центра биомедицинских клеточных продуктов НТИ «Бионическая инженерия в медицине» Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ), Самара.

Нуриева Н.С. - д.м.н., профессор кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУрФУ), Челябинск.

Панцулая В.Г. - PhD, челюстно-лицевой хирург, стоматолог-ортопед, эксперт международного центра MINEC; опинион-лидер Megagen, Москва. Лектор MG Dental Clinic.

Постников М.А. - д.м.н., доцент, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ), Самара. Лектор MG Dental Clinic.

Ризаева С.М. - д.м.н., профессор кафедры факультетской ортопедической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института (ТашГСИ), Ташкент. Директор стоматологической клиники Crystal Dental Light.

Рязанова Т.К. - д.м.н., директор научно-образовательного центра «Фармация», доцент кафедры управления и экономики фармации - базовой кафедры «Аптеки Плюс» Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ), Самара.

Все статьи, публикуемые в журнале «АКАДЕМИЯ ХЛОРОФИЛЛА И КОРЫ ОСИНЫ», проходят обязательное рецензирование. За все данные представленные в статьях ответственность несут авторы публикаций и учреждения, предоставившие результаты исследований или обзорные данные. Журнал оставляет за собой право редактирования статей в соответствии с требованиями журнала к публикациям. Все рекламируемые товары и услуги имеют необходимые лицензии и сертификаты, журнал не несёт ответственности за достоверность информации, опубликованной в рекламе. Издание зарегистрировано в РОСКОМНАДЗОР. Регистрационный номер ПИ № ФС77-84912 от 03 марта 2023 г.



УЧРЕДИТЕЛЬ: ООО «СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ МАГАЗИН «РОМАШКА», САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
191186, г. Санкт-Петербург, Невский проспект, д. 46, лит. А, пом. 17Н, ЧП4 и ЧП8

Установочный тираж:
2000 экземпляров
Цена выпуска договорная

© ООО «Стоматологический магазин «РОМАШКА», 2023 г.

© «АКАДЕМИЯ ХЛОРОФИЛЛА И КОРЫ ОСИНЫ», 2023 г.

Все права авторов охраняются. Перепечатка материалов без согласия издателя не допускается.

Изображение на обложке создано нейросетью dream.ai



Хирургическое лечение одиночных и множественных рецессий десны в области зубов и имплантатов с использованием материалов «Лиопласт»®

Часть 1

Хирургическое лечение одиночных и множественных рецессий десны с использованием материалов Лиопласт

Содержание презентации

1. Фенотипическое планирование.
2. Классификация рецессий десны по Миллеру.
3. Корональное смещение лоскута (СНЛ).
4. Модификации коронального смещения лоскута.
5. Латеральное смещение лоскута.
6. Сочетание коронального смещения с латеральным.
7. Ротированный лоскут и модификации.
8. Превентивное увеличение объема десны перед ортодонтическим лечением.
9. Осложнения.
10. Использование ТМО Лиопласт.

Содержание презентации.

Фенотипическое планирование. Разбор классификации рецессии десны Миллеру. Разбор протокола коронального смещения лоскута. Разбор модификаций коронального смещения. Разбор протокола латерального смещения лоскута. Разбор сочетания нескольких методик. Разбор операции радированного лоскута и его модификаций. Превентивное увеличение объема десны перед ортодонтическим лечением. Осложнения. Особенности использования и применения твердой мозговой оболочки Лиопласт.

Фенотипическое планирование

Важные фенотипические показатели. Значения и статусы	Конституция (К.М.В., 1927)	Тип кости (Leschotin & Zarb, 1983)	Объем кости	Объем десны (биотип)	Точки крепления мышц	Форма зубного ряда	Формы/размеры зубов	Межальвеолярное расстояние	Гигиенические индексы
Комментарий (зачем это учитывать или на что влияет?)	Гиперстения	1	Первичная дегисценция	Очень толстый (более 3 мм)	Определяются по анатомическому атласу, при тонком биотипе палинализация	Эллипсоидная, с незначительным сужением в области премоляров на верхней челюсти, во фронтальных участках верхней и нижней челюстей окклюзия в протрузии	Зубы крупные, вытупающие по форме	Межальвеолярное расстояние ортогнатиче	IG - 1,2 (HYG)
	Нормстения	2	Вторичная дегисценция	Толстый (2-3 мм)	Средний (1-2 мм)	Линия на уровне 23, 24, 33, 43; от 44 до 34-го зубов	Зубы среднего размера	Межальвеолярное расстояние ортогнатиче	PI - 6
	Атрофия	3	Атрофия в пределах нормы	Средний (1-2 мм)	Средний (1-2 мм)	Линия на уровне 23, 24, 33, 43; от 44 до 34-го зубов	Зубы среднего размера	Межальвеолярное расстояние ортогнатиче	GI - 0
	Атрофия	4	Исключающая операция атрофия	Тонкий (менее 1 мм)	Тонкий (менее 1 мм)	Линия на уровне 23, 24, 33, 43; от 44 до 34-го зубов	Зубы среднего размера	Межальвеолярное расстояние ортогнатиче	RBI - 0 + BOS (1980) —

Фенотипическое планирование. Эта таблица поможет спланировать Вам лечение пациента, выбор метода оперативного лечения, исходя из фенотипических признаков, которые Вы выявите у пациента. Таблица поможет разделить эти признаки и выбрать, те, которые необходимы для того или иного лечения. Итак! Важные фенотипические показатели.

1. Конституция. Здесь мы используем классификацию предложенную Черноруцким М.В. в 1927 году. Она наиболее актуальна для применения в нашем случае: Гиперстения, Нормстения, Гипостения, Атрофия.

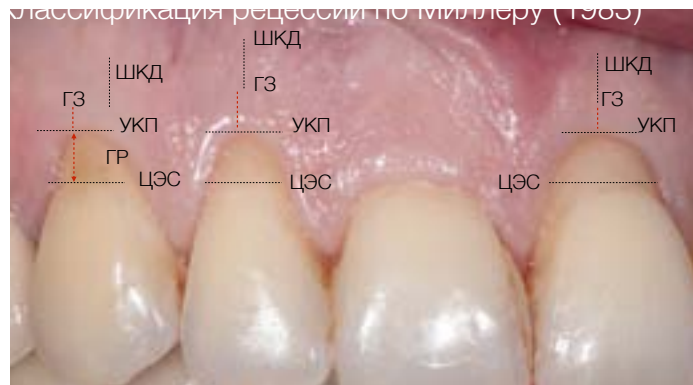
2. Классификация типов костной ткани по Лехкольм и Зарб 1983-го года по кости делится на 4 типа. Первый, второй, третий и четвертый типы.
3. Объем костной ткани. Первичная дегисценция. Вторичная дегисценция, Атрофия в пределах нормы. Атрофия, которая исключает возможность оперативного лечения.
4. Объем десны или так называемый биотип десны. Обще-принятая классификация ВОЗ делит биотип на 4 типа. Тонкий - менее 1 мм. Средний - 1-2 мм. Толстый 2-3 мм. Очень толстый более 3 мм. Я бы еще выделила в тонком биотипе «критически тонкий биотип». Здесь скорее будет сочетание нескольких показателей: атрофия или первичная дегисценция. И критически тонкий биотип - это особенные пациенты, они как правило имеют конституцию астеников. О них мы поговорим в отдельном случае, а на сегодня Вам просто достаточно знать, как делиться биотипы десны по своим характеристикам.
5. Точки крепления мышц. Кроме того, что он определяются по атласу, это всегда индивидуально, эти особенности Вы просто должны знать. Где Вы должны их смотреть? Это зоны контрфорсов. Это зоны верхней челюсти это зоны клыков и первых премоляров. Это зоны верхней челюсти это зоны клыков, первых премоляров, а также формы преддверия полости рта, в области фронтальной группы зубов, где Вы встречаете. Очень частая патология либо мелкого преддверия рта, либо высокого прикрепления слизисто-мышечных тканей.
6. Форма зубного ряда. Также будет иметь значение при планировании операций, особенно для устранения множественных рецессий десны, так как форма зубного ряда при ротации лоскута будет иметь свои особенности, если она отличается от принятой как стандарт - эллипсоидной.
7. Форма и размер зубов. Этот показатель нам будет важен при выборе пластического материала. например, если зубы очень крупные Вы планируете оперативное лечение с применением свободного десенного трансплантата, Вы должны помнить, что его объем, будет лимитирован, так как его хватит на ограниченное количество зубов.
8. Межальвеолярное расстояние. Межальвеолярный контакт в норме и ортодонтический прикус - это, с чем мы с Вами сталкиваемся крайне редко. Как правило, мы сталкиваемся со снижением межальвеолярной высоты, со того или иного типа стираемости, с зубу-челюстными аномалиями и работаем в предлагаемых условиях. Особенности суперконтактов, где зубы испытывают жевательную гипернагрузку; или например, снижение общей межальвеолярной высоты, где страдают не только твердые ткани зубов из-за стираемости, но и височно-нижнечелюстной сустав, - все это должно быть учтено при планировании оперативного лечения.
9. Гигиенические индексы. Конечно они нам важны для планирования оперативного лечения и послеоперационного ведения. Если пациент с определенным индексом имеет значение более 4, Вы не можете брать пациента в оперативное лечение, пока не добьетесь хотя бы значения 2,5 баллов, что будет говорить о том, что он уже обучен индивидуальной гигиене и готов к оперативному лечению. Тогда больше осознанности пациента к лечению и потребности в нем.

Сокращения

- ШКД - ширина кератинизированной десны
- УКП - уровень клинического прикрепления
- ГЗ - глубина зондирования
- ГР - глубина рецессии
- ЦЭС - цементно-эмалевое соединение
- СТТ - свободный тканевой трансплантат
- СДТ - свободный дезэпителизированный трансплантат
- ТКД - толщина кератинизированной десны

Рассмотрим общепринятые сокращения, которые будут использоваться в этой презентации. ШКД - ширина кератинизированной десны. УКП - уровень клинического прикрепления. ГЗ - глубина зондирования. ГР - глубина рецессии. ЦЭС - цементно-эмалевое соединение. СТТ - свободный тканевой трансплантат. СДТ - свободный дезэпителизированный трансплантат. ТКД - толщина кератинизированной десны.

Все эти измерения, кроме ТКД и УКП измеряются пародонтологическим градуированным зондом. ТКД измеряется файлом размером №40 со стопором. УКП определяется по конусно-лучевой компьютерной томографии КЛКТ.



Классификация рецессий день по Миллеру принятая в 1983 году ВОЗ. По сей день мы используем ее, внося в нее уточнения на основании сегодняшних знаний и клинического опыта. Необходимые нам сокращения, которые Вы увидите на фотографии: это глубина зондирования, которая определяет свободную десну, глубина рецессии, ЦЭС, ШКД, УКП. Что же учитывает первый класс рецессий по Миллеру. наличие межзубного сосочка полного объема, наличие ШКД апикальнее зенита рецессии, ГР при этом может быть любой. Во втором классе десны у зуба исчезает объем ШКД апикальнее зенита рецессии. Это полный объем межзубного сосочка сохранен, ГР при этом также может быть любой. При этом прикрепленная десна отсутствует.



Третий класс рецессий по Миллеру. Отсутствует ШКД в области апикальной части зенита рецессии. ГР также может быть любой. Начинается убыль межзубного сосочка. До 1/2 его высоты.



Обратите внимание на апикальную часть десны в области зенита рецессии. Сосочек дистальный утрачен на 1/2. Глубина рецессии любая.

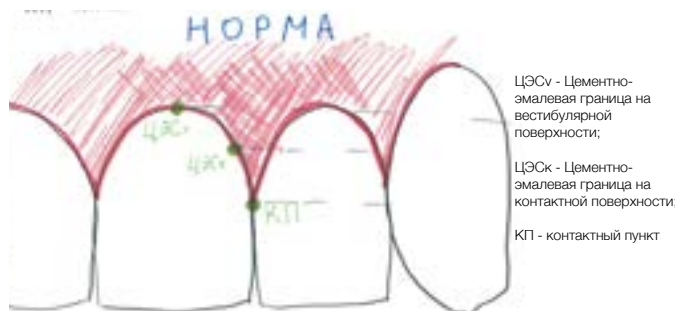


Изображены рецессии разного класс. Зуб 33 - не имеет рецессии. Зуб 32 имеет рецессию 3-го класса, так как у него есть важный специфический признак - начавшаяся убыль межзубного сосочка. Зубы 31 и 41 тоже являются зубами с рецессиями 3 класс, не смотря на то, что ГР у зубов разная. ГР в классификации Миллера не влияет на определение класса, она будет влиять на выбор метода оперативного лечения. Зуб 4.2 имеет рецессию 3 класс, не смотря на то, что дистальный межзубной сосочек имеется в полном объеме. Но утрата на половину медиального сосочка переносит его сразу в 3 класс.



Продолжение классификации. 4 класс. Зуб 31 имеет класс рецессии 4. Отсутствие прикрепленной десны, полное отсутствие межзубного сосочка медиана и дистально в апроксимальных контактах. ГР также не важна. 4 класс отличается полное отсутствие межзубного сосочка.

Классификация убыли сосочка по Тарноу



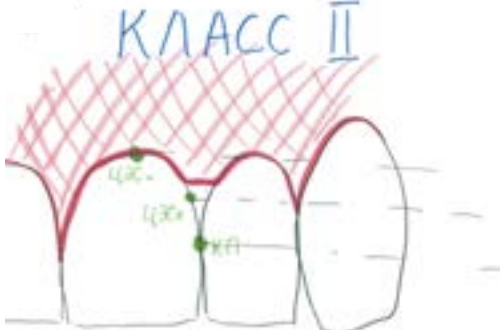
Классификация говорит об убыли межзубного сосочка, но никак не учитывает само значение убыли при выборе методики операции. Поэтому рассмотрим еще одну классификацию конкретно убыли межзубного сосочка по Тарноу. Вариант нормы: ЦЭС на вестибулярной поверхности - это высшая точка зенита зуба. ЦЭС контактной поверхности апроксимально

Классификация убыли сосочка по Тарноу



Класс 1 убыли сосочка по Тарноу. Контактный пункт - точка отсчета. От него измеряется значение убыли межзубного сосочка. Первый показатель после контактного пункта - это ЦЭС контактной поверхности. Если убыль сосочка находится между контактным пунктом и ЦЭС контактной поверхности - это 1 класс убыли.

Классификация убыли сосочка по Тарноу



Класс 2 убыли сосочка по Тарноу. Выше ЦЭС контактного пункта, но не выше ЦЭС вестибулярной поверхности.

Классификация убыли сосочка по Тарноу



Класс 3 убьели сосочка по Тарноу. Сосочку рецензирова
выше ЦЭС вестибулярной поверхностью. Чаше всего это со
четається с рецессиями поверхности корней или одного кор
ня в этой зоне.

Классификации не учитывают!

- Наличие абразии твёрдых тканей зуба или её отсутствие.
- Ширину кератинизированной десны.
- Толщину кератинизированной десны.
- Уровень клинического прикрепления.
- Наличие мелкого преддверия полости рта или слизисто-мышечных тяжей.

Классификации были предложены более 40 лет назад. За это время было много разработок и предложенных модификаций хирургического лечения. Появился новый клинический опыт разработчиков, авторов статей и учебных пособий. Стало очевидно, что обе не учитывают важные особенности, важные при выборе методики лечения. Наличие или отсутствие абразии твердых тканей зуба. Показатель будет влиять на выбор оперативного метода при лечении одиночных и множественных рецессий. ШКД - в классификации по Миллер говорится, что в 1 классе есть как факт, а во 2-4 классах отсутствует. Но объём ШКД не измеряется. В связи с знанием определенных параметров, как например биологическая ширина, стало очень важно значение именно ширины кератинизированной прикрепленной десны в области зенита рецессии. Ни в одной классификации нет речи о ТКД, то есть о биотипе десны. Измерение биотипа влияет в первую очередь на выбор оперативного метода, и планирование и прогнозирование исхода операции. УКП - показатель, который мы учитываем для прогнозирования результата выбранного метода. Также не учтены мелкое преддверие полости рта и наличие слизисто-мышечных тяжей. Это будет влиять не выбор метода, послеоперационный период и результат лечения.

Класс рецессии	1 Класс ГР до 2 мм	1 Класс ГР больше 2 мм	2 Класс ГР до 3 мм	2 Класс более 3 мм	3 Класс I/класс Д.Тарноу 1	3 Класс II/класс Д.Тарноу 2	4 Класс Д.Тарноу 3
ШКД апикально отсутствует	Корональное смещение 1- или 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 1- или 2-х слойной метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	_____
ШКД апикально менее 3 мм	Корональное смещение 1- или 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 1- или 2-х слойной метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	_____
УКД апикально 3 мм и более	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 1-слойная метод (см. ТКД)	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	_____
ШКД латеральное менее 6 мм	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 2-х слойная метод. TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Двухэтапный метод: 1-СДТ; 2-Корональное смещение	Двухэтапный метод: 1-СДТ; 2-Корональное смещение	Двухэтапный метод: 1-СДТ/НТР; 2-Корональное смещение
ШКД латеральное 6 мм и более	Латеральное смещение 1-слойная метод.	Латеральное смещение (см. ТКД)	Латеральное смещение 1-слойная метод.	Латеральное смещение 1-слойная метод.	Латеральное смещение 2-х слойная метод. + СДДТ	Латеральное смещение 2-х слойная метод. + СДДТ	Двухэтапный метод: 1-СДТ; 2-Латеральное смещение
Абразия твердых тканей	Корональное смещение 1-слойная метод. + реставрация твердых тканей	Корональное смещение 2-х слойная метод. + TMO + реставрация твердых тканей	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	_____
Абразия отсутствует	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 2-х слойная метод. TMO	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	_____
ТКД менее 1 мм	Корональное смещение 2-х слойная метод. TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	_____
ТКД более 1 мм	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 2-х слойная метод.	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или TMO	_____

[illegible]

Представлен алгоритм выбора оперативного метода лечения одиночных рецессий с учетом классификации по Миллеру, убыли межзубного сосочка по Тарноу; и показателей, которые не входят в перечисленные классификации. Цветовая кодировка выполнена для Вашего удобства, чтобы видеть в каком варианте перекрещивается выбор оперативной методики. 1 класс по Миллеру, если ШКД отсутствует - то метод коронального смещения 1- или 2-слойная методика с аутотрансплантатом или ТМО. 1 класс, ГР до 2 мм, ШКД менее 3 мм. Также будет 1- или 2-слойная методика. Например ШКД менее 3 мм, но биотип более 1 мм. Тогда однослойная методика, любой метод коронального смещения. Если ШКД 3 и более мм - коронарное смещение однослойная методика. Если в этом случае есть абразия твердых тканей - тогда будет коронарное смещение с реставрацией твердых тканей. При классе 1 где ГР более 2 мм, абразия твердых тканей, наличии ШКД 3 и более - тогда коронарное смещение 2-слойная методика с ТМО и реставрация абразий. Так поставляя параметры рецессий по классификациям Миллера, Тарноу и с учетом других показателей - моно выбирать метод. Единственный класс где отсутствует метод лечения как 100% рекомендованный - это 4 класс. При убыли сосочка по 3 классу, который можно прогнозировать выполнить только методикой латерального перемещения, где это будут шиловижные острые высокие рецессии. В обоих случаях с применением аутотрансплантата или метод НТР. В остальных случаях 4 класс с убылью сосочка по 3 классу - операбельно не прогностичен. Когда мы говорим об операции - 87% поверхности корня мы можем закрыть, потому что это рекомендация ЭСШУР - эстетическая шкала. В данном случае такого прогноза не можем дать. Методы лечения таких пациентов существуют, но они не подлежат пока классификации и использованию в данном алгоритме. Обратите внимание на желтую кодировку. Это метод латерального смещения в 1- или 2-слойной методике в 3 или 4 классе. Это особенный протокол, он выбирается при узкой шиловидной рецессии, где ШКД латерально в наличие 6 или более мм.

Корональное смещение

Показания:

- 1 класс по Миллеру - однослойная методика (УКП, рецессия в области 1-2 зубов).
- 2 класс по Миллеру - двухслойная + ШКД.
- 3 класс по Миллеру - двухслойная, СДДТ.

Протокол операции коронально-апикального смещения слизисто-надкостничного лоскута в целях устранения одиночной рецессии. Показания: 1 класс по Миллеру - однослойная методика. Также применяются при высоком УКП и при рецессиях в области 1-2 зубов. 2 класс по Миллеру с учетом ШКД. Это будет всегда 2-слойная методика. Мы рассматриваем прикрепленную десну для использования того или иного пластического материала. 3 класс по Миллеру - 2-слойная методика, всегда применяется с СДТ. прогностический устранение рецессий 3 класса ниже, чем при 2 и 1 классе методом коронального смещения.

ACADEMY OF CHLOROPHYLL AND ASPEN BARK

На изображении клиническая задача. Давайте поставим диагноз на основании представленных показателей и измерений. Отсутствует прикрепленная десен, убыль сосочка до 1/2 по высоте. Соответственно это 3 класс рецессии. Абразии твердых тканей - это усугубляющий фактор, который не учит классификацией. Пользуясь алгоритмом выбора - мы находим выбранный нами метод: корональное смещение лоскута с применением СДДТ.

Номер зуба	Исходное клиническое состояние, мм					Состояние через 3-4 месяца, мм					Состояние через 6-7 месяцев (21-26 зубы 8 месяцев), мм					Состояние через 12 месяцев, мм				
	ГР	ТКД	ШКД	РРД	ЗДК	ГР	ТКД	ШКД	РРД	ЗДК	ГР	ТКД	ШКД	РРД	ЗДК	ГР	ТКД	ШКД	РРД	ЗДК
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37																				
41																				
42																				
43																				
44																				
45																				
46																				
47																				

Представлена пародонтальная карта, которая заполняется для каждого пациента, которому проводится оперативное лечение рецессий десны. Первая зеленая колонка - это исходное клиническое состояние. Желтая колонка - состояние через 3-4 месяца после оперативного лечения. Оранжевая через 6-7 месяцев. Розовая - состояние тканей пародиста через 12 месяцев после операции. В карте учитываются показатели: ГР - глубина рецессии, ТКД - толщина кератинизированной десны, ШКД - толщина кератинизированной десны, РРД - расстояние от режущего края зуба до десны в зените. То есть измерение настоящей клинической коронки до уровня десны. ЗДК - зубо-десневой карман. Слева в колонке перечислены номера зубов от 17 до 27 и от 37 до 47.

ауто-трансплантат/ТМО	Номер зуба	Класс рецессии десны до начала лечения	Исходное клиническое состояние, мм					Состояние через 3-4 месяца, мм					Состояние через 6-7 месяцев (21-26 зубы 8 месяцев), мм					Состояние через 12 месяцев, мм					% закрытия корня зуба (%ЗК)	Класс рецессии десны после лечения
			ГР	ТКД	ШКД	РРД	ЗДК	ГР	ТКД	ШКД	РРД	ЗДК	ГР	ТКД	ШКД	РРД	ЗДК	ГР	ТКД	ШКД	РРД	ЗДК		
ТМО	11	1	1,5	1	2	12,5	1	0	1,5	3,5	11	1	0	1	4	11	1	-1	1	4	10	1	166,67	0
ауто-	12	2	4	0,5	1	14	1	0	1,7	4,5	10,5	1	0	1	5	10,5	1	-0,5	1	5	9,5	1	112,50	0
ауто-	13	2	5	0,5	0	15	1,5	0	1,3	5	11	1,5	0	1	5	11	1	0	1	5	10	1	100,00	0
ТМО	14	2	4	1	1,5	11	2	1	2,1	2,5	10	1,5	0,5	1	2	10	1,5	-0,5	1	2,5	10,5	1,5	112,50	1
ТМО	15	3	4	0,5	1	12	1	0	1,7	2	10	2	0	1,5	1,5	10	1,5	0,5	1,5	1,5	8,5	1,5	87,50	0
ТМО	16	3	6	1	0	13	1,5	5	1,7	1	12	2	4	1,5	1	11	1,5	3	1,5	1,5	10,5	1,5	50,00	1
ТМО	21	2	3	0,7	1,5	14	1	1	1	3,5	11	1	1	1	3	11	1	-1	1	4,5	10	1	133,33	1
ТМО	22	2	4,5	0,7	1,5	14	1	1	1,5	2,5	11	1	1	1,5	4	11	1,5	-0,5	1,5	3,5	9	1,5	111,11	1
ауто-	23	2	5	0,7	0,5	15	1	0	3,5	4,5	10	1,5	0	2	5	11	2	0	2	5	10	2	100,00	0
ауто-	24	2	4	1	1,5	12	2	0	3	4	8,5	1	0	2,5	3,5	9,5	2	0	2,5	4	8	2	100,00	0
ТМО	25	2	4	0,5	1	12	2	0,5	3	2,5	9	1	0,5	2	2	9	1,5	0	2	3	8	1,5	100,00	0
ТМО	26	3	4,5	0,3	0	12	1,5	0	2	2	9	0,5	1	1	2	9,5	1	0,5	1	3	8	1	88,89	0
ауто-	31	3	5	0,5	0	14	4	0,5	2,5	6,5	9,5	1	1	2	6	10	1	1	2	6	10	1	80,00	0
ауто-	32	3	4,5	0,5	0	13,5	4,5	1,5	1	3	10,5	1	0	1,5	3	11	1	2	1	4	11	1	55,56	1
ТМО	33	2	2,5	0,5	0	12,5	1,5	0	1,5	4,5	10	1	0	2	4,5	10	1	0	1	4	10	1	100,00	0
ТМО	34	2	3	0,5	0	13	1,5	1	1	2,5	9,5	1	1	1	3	9,5	1,5	1	1	1	10	1	66,67	1
ТМО	35	2	3	0,7	0	11,5	1,5	1,5	1	3,5	8,5	1	1	2	3	9	1,5	1,5	1	1,5	10	1,5	50,00	0
ТМО	36	1	3	0,7	1,5	10	1,5	1,5	2	5	7,5	1,5	1	2,5	4,5	7,5	1,5	1,5	2,5	4	8,5	2	50,00	0
ауто-	41	3	6	0,4	0	14,5	3,5	2	1,5	5	10	1	1	2	6	10	1	1,5	2,5	6	10	1	75,00	1
ауто-	42	3	3,5	0,5	0	13	3,5	1	1,5	5	10	1	1	1,5	5	11	1	1	1	3	10,5	1	71,43	1
ТМО	43	2	4	0,7	0	14	2,5	1	1	2	12,5	1	0	1	3	12	1	2	1	3	12	1	50,00	0
ТМО	44	2	3	0,7	0	12	2	1,5	1	3	10	1	1,5	1	3	9,5	1	2	1	4	11	1	33,33	1
ТМО	45	2	2	0,7	0	10,5	1,5	0	1	4	9	1	0	1	4	8,5	1	1	1	3,5	9,5	1	50,00	0
ТМО	46	1	2	0,8	1	10	2	0	1,5	5	9	1	0	1,5	4	8,5	1,5	1	2,5	4,5	9	2	50,00	0
	среднее значение	-	3,792	0,625	0,583	12,708	1,917	0,833	1,688	3,60	9,958	1,174	0,646	1,5	3,625	10,041	1,271	0,667	1,438	3,625	9,729	1,292	83,10	-

Представлен пример заполнения таблицы у фактической пациентки. В самом крайнем левом столбике показано: в каком случае применялся какой трансплантат: где применялся аутотрансплантат, где-то твердая мозговая оболочка. Также проанализированы процент закрытия поверхности корня и классификация рецессий десны после лечения.

Номер зуба	Исходное клиническое состояние					Класс рецессии
	ГР	ТКД	ШКД	РРД	ЗДК	
11	1,5	1	2	12,5	1	1
12	4	0,5	1	14	1	2
13	5	0,5	0	15	1,5	2
14	4	1	1,5	11	2	2
15	4	0,5	1	12	1	3
16	6	1	0	13	1,5	3
21	3	0,7	1,5	14	1	2
22	4,5	0,7	1,5	14	1	2
23	5	0,7	0,5	15	1	2
24	4	1	1,5	12	2	2
25	4	0,5	1	12	2	2
26	4,5	0,3	0	12	1,5	3
31	5	0,5	0	14	4	3
32	4,5	0,5	0	13,5	4,5	3
33	2,5	0,5	0	12,5	1,5	2
34	3	0,5	0	13	1,5	2
35	3	0,7	0	11,5	1,5	2
36	3	0,7	1,5	10	1,5	1
41	6	0,4	0	14,5	3,5	3
42	3,5	0,5	0	13	3,5	3
43	4	0,7	0	14	2,5	2
44	3	0,7	0	12	2	2
45	2	0,7	0	10,5	1,5	2
46	2	0,8	1	10	2	1

Пример заполнения исходного клинического состояния с учетом класса рецессии пародонтальной карты пациента, которому будет проводиться оперативное лечение рецессий десны.

Корональное смещение

Противопоказания:

- 4 класс по Миллеру.
- Наличие тяжей и уздечек - условное!
- Отсутствие ШКД апикальнее рецессии десны (<1 мм)
- Щелевидные дефекты выше слизисто-десневого соединения

Возвращаясь к протоколу коронального смещения рассмотрим противопоказания.

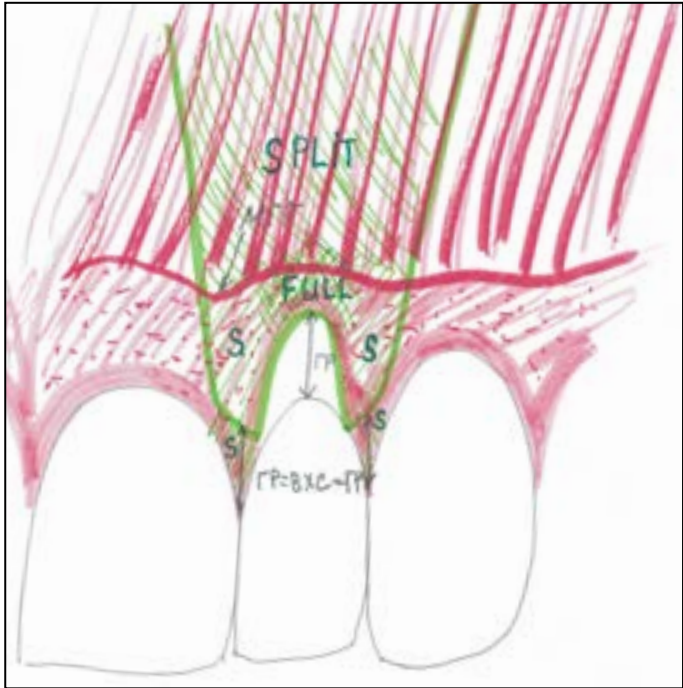
- Это 4 класс по Миллеру, так как там отсутствует межзубной сосочек, что очень важно при данной методике.
- Наличие тяжей и уздечек. Когда мы сегодня знаем несколько методов устранения тяжей и уздечек - это противопоказание становится условным. Также условное противопоказание - отсутствие прикрепленной десны апикальнее рецессии десны, так как мы просто используем 2-слойный метод. Абсолютное противопоказание - это щелевидные дефекты выше слизисто-десневого соединения.

Корональное смещение

Методика операции:

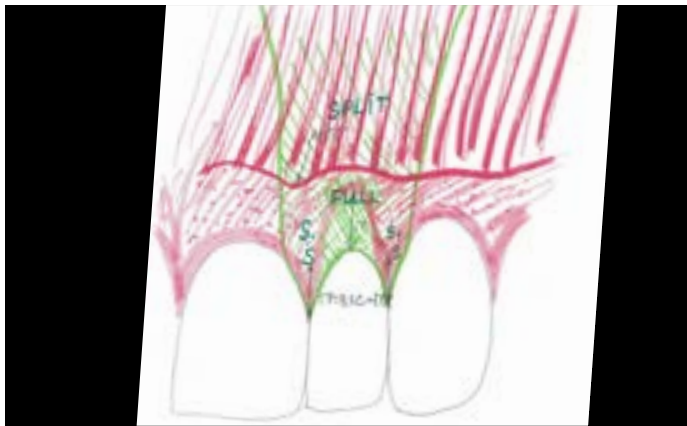
- Разрез;
- Моделирование хирургических сосочков;
- Формирование СНЛ, СРЛ;
- Дезэпителизация анатомических сосочков;
- Обработка поверхности корня зуба;
- Удаление бесклеточного цемента корня зуба;
- Мобилизация СНЛ;
- Если двухслойная методика, то установка и фиксация мембраны или СДДТ;
- Сопоставление хирургических и анатомических сосочков;
- Фиксация СНЛ.

- Методика операции коронального смещения.
- Разрез.
 - Моделирование хирургических сосочков.
 - Формирование СНЛ и слизисто-расщепленного лоску-та.
 - Дезэпителизация анатомических сосочков.
 - Обработка поверхности корня.
 - Удаление бесклеточного цемента корня зуба.
 - Мобилизация СНЛ, если мы используем 2-слойную методику, то установка и фиксация пластического материала.
 - Сопоставление хирургических и анатомических сосочков.
 - Фиксация СНЛ. Рассмотрим детально каждый из этих этапов.

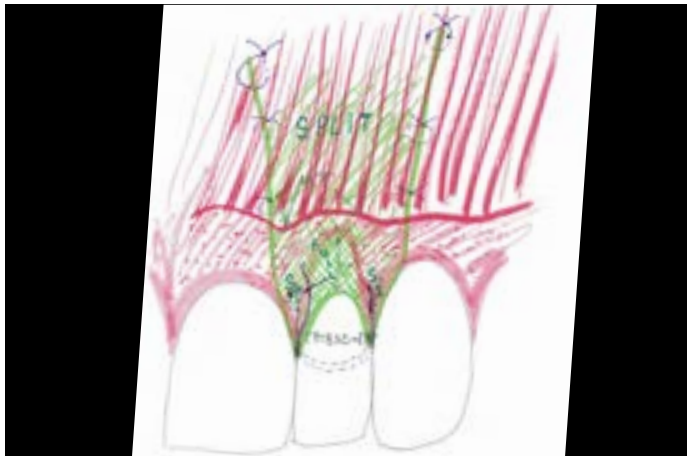


Представлен протокол коронального смещения.

1. Разрез. Протокол формирования. Измерение градуированным пародонтологическим зондом ГР от ЦЭС до края десны в области зенита. Этот показатель в мм Вы откладываете от вершины межзубного сосочка с обеих аппроксимальных поверхностей в апикальном направлении. Ставится точка зондом - это отправная точка отреза вершины хирургических сосочков. Скальпель ставится перпендикулярно поверхности десны и делаете 2 плавных вертикальных движения, заостряющиеся к зубу, формируя тем самым будущие хирургические сосочки от точки - вершины анатомического соска. Проводите вертикальные разрезы выше муко-гингивальной границы. Это и есть дизайн разреза. Моделирование СНЛ и слизисто-расщепленного лоскутов. После формирования дизайна разреза мы начинаем выполнять моделирование СНЛ и слизисто-расщепленного лоскута. Full - полнослойный СНЛ, s - split - расщепленный СНЛ. Скальпелем от апрокисмальных поверхностей с обеих сторон начинаете расщеплять хирургические сосочки, доходите до зенита рецессии, здесь формируете полнослойный лоскут, на котором должна сохраниться надкостница. Такое формирование лоскута: с двух сторон расщепленные хирургические сосочки, полнослойный над зенитом рецессии, формируется до муко-гингивальной границы МГГ. Далее формируется расщепленный СНЛ за МГГ, чтобы появилась мобилизация СНЛ и его подвижность. Проводится это иссечением мышечных тяжей и мышц от собственно слизистого слоя. Взяв пинцет, заведя скальпель под лоскут, опустив лоскут с пинцетом на скальпель, легкими подбрывающими движениями, мы начинаем расщеплять собственно слизистую от мышц.



Посмотрим как будет смещаться колониально уже нами смоделированный лоскут путем совмещения сосочков хирургических с анатомическими. Предварительно анатомические сосочки мы тоже деэпителизировали, создав зону расщепления соединительной ткани. Таким образом сопоставив хирургический сосочек расщепленной поверхностью с расщепленной поверхностью анатомического сосочка, мы получаем полнослойный СНЛ в зоне самой рецессии и перемещаем на всю глубину рецессии лоскут коронально.



Сопоставленные хирургические и анатомические сосочки нужно теперь зафиксировать швами. Делается это одним двойным обвивным кисетным швом. Так происходит первая фиксация сопоставленных сосочков. Методика шва. Вкол выполняется в основание хирургического сосочка с вестибулярной поверхности, выкл изнутри, вкл в середину анатомического сосочка, нитка выходит с оральной поверхности, обвивает зуб - можно это наблюдать по пунктиру. Выкол в анатомический сосочек с вестибулярной стороны, вкл в небную, выкол с вестибулярной. Вкол изнутри в СНЛ, в основание хирургического сосочка, выкол вестибулярно, вкол чуть выше следуя вертикальности шага, вкол в вестибулярный межзубной сосочек, вкол в анатомический расщепленный, выкол с оральной поверхности, обвитие с оральной поверхности шейки зуба, вкол в анатомический сосочек в основание, выкол в контактный пункт, не протыкая расщепленный анатомический сосочек с вестибулярной стороны. Фиксация двойным узлом. СНЛ фиксируется в новом коронально-смещенном положении в самой вертикальной точке вертикальных разрезов простым узловым субпериостальным швом (поднадкостничным), пришивается в новом положениислизисто-расщепленный лоскут. Ушивание вертикальных разрезов далее любым доступным методом. Если Вы применяли пластический материал в этой операции, он также фиксируется снаружи крестообразными швами.

Корональное смещение

Осложнения Местные:

- Расхождение швов.
- Рецидив рецессии.
- Обнажение ТМО или СДДТ.
- Гематома, отек.

Осложнения при операциях коронального смещения. Могут бы местными: таким как расхождение швов, рецидив рецессии, обнажение пластического материала (ТМО или СДДТ), гематома, отек. Во всех случаях коррекция местных осложнений не проводится. Во всех случаях мы ожидаем эпителизации и планируем повторное вмешательство при рецидиве рецессии. При обнажении пластического материала мы также ожидаем полной эпителизации. Гематома и отек проходят самостоятельно.

Корональное смещение

Осложнения Общие:

- Реактивность на ТМО.
- Повышение температуры тела.

Общие осложнения при операциях коронального смещения. Это реактивность на ТМО - самое выраженное осложнение. Выражается оно отеком мягких тканей лица. Может иногда повыситься температура тела. Больше никаких осложнений она не вызывает. В таких случаях это корректируется назначением десенсибилизирующих средств в случае измененного аллергор-статуса пациента. Или при применении ТМО назначается десенсибилизирующие средства.



На клиническом примере рассмотрим протокол коронального смещения. Пример содержит устранение рецессии в области двух зубов 13 и 12 методом коронального смещения.



На фото видно как измеряется ТКД в области зенита рецессии. Файлом номер 40 со стоппером.



Измерение ГР и других параметров как РРД от режущего края до края десны.



После измерения ГР, показатель откладывается от вершины анатомического сосочка, там ставится точка. Это начало хирургического сосочка.



Продолжение той же манипуляции: измерение зубов 12, чтобы отложить ГР от вершины анатомического сосочка, чтобы определить точку пика хирургического сосочка.



Дизайн разреза и начало формирования СНЛ и слизисто-расщепленного лоскута. В данном примере хирургические сосочки сформированные прямоугольной формы, не такой как на картинке. Это показательная операция для начинающих врачей. Такая форма легче позволяет сопоставить края лоскута и сосочков и не порвать лоскут при ушивании операционной раны.



Подготовленное ложе с расщепленными поверхностями в апроксимальных участках, скелетированную костную структуру апикальнее рецессии. На лоскуте остались апикальнее области зенитов рецессии надкостница, боковые участки расщепленные. Анатомические сосочки деэпителизированные, создана расщепленная зона хирургических сосочков.



Обработка поверхности корня зуба. Первично поверзность корня контаминирована микроорганизмами, особен-но при контакте зоны рецессии с жидкостью полости рта. Зубы были предварительно обработаны УЗ скелетом. Теперь Вы видите демонстраци нанесения геля ЭДТА 17%, двухми-нутная экспозиция на поверхность корня. Гель смывается обильно, высушивается поверхность корня. Далее обраба-тывается аэрированная поверхность корня зоноспецифи-ческой кюретой, снимается весь импрегнированный слой бесклеточного дентина с поверхности и обрабатывается по-лировочными пародонтологическими борами для сглажи-вания поверхности и подготовить к приему пластического материала.



Обработанные поверхности корня. Они изменились в цвете и стали более гладкими.



Обработка поверзности корня полировочными борами, нивелирование неровностей поверхности корня.



Перфорированная ТМО, выкуренная по размеру дефекта и готовая для внесения в операционное поле.



Фиксированная лиофилизированная ТМО простыми уз-ловыми швами к анатомическим дезэпителизированными межзубным сосочкам.



Фиксация СНЛ, сопоставление анат и хир сосочков двой-ным обвивным кисетным швом с двух сторон в области обо-их зубов. Ушивание вертикального разреза непрерывным обмоточным швом, верхние швы субпериостальные.



Результат через 14 дней на этапе снятия швов, можно наблюдать увеличившийся объём мягких тканей, особенно в области 13 зуба. Место, где были сопоставлены сосочки видна неровность.



Результат через 1,5 месяца. Остался один шов фиксиру-ющий ТМО, он почему-то не рассосался, мы его доставать не стали. Наблюдаем образование объема десневой массы в области 13 и увеличение объема и ТКД и ШКД.



Зубы 13 и 12 через 3,5 месяца. Измерение показателей по заполнению пародонтальной карты. Бугорок, который имелся через 2-3 недели после операции, - он начал выравниваться. Рецессии нивелированы. Объем прикрепленной десны и ШКД увеличились.



Измерение показателей по заполнению пародонтальной карты через 3 месяца и изменение объемов на зубе 12.



Результат хирургического лечения рецензий десны на зуба 12 и 13 через 6 месяцев. Сохранился объем и полное ни-велирование неровностей десны, которые могли бы эстети-чески не нравиться после операции.



Состояние тканей через год в области операции 13 и 12. Объем сохранен ШКД сохранена, рецессий нет.



Наблюдение через 18 месяцев после операции. Объем сохранен ШКД сохранена, рецессий нет. Эстетический ре-зультат.



Наблюдение через 18 месяцев после операции. Объем сохранен ШКД сохранена, рецессий нет. Эстетический результат.



Наблюдение через 3 года после операции.



Объем сохранен ШКД сохранена, рецессий нет. Эстетический результат. Стабильный объем прикрепленной десны. Десна увеличена в размере.



Сравнительная характеристика состояния тканей пародонта до оперативного вмешательства и спустя 3,5 года. Важно розное утренние рецессий, увеличение объема прикрепленной десны, ШКД, ТКД, биотипа в сторону его утолщения.

Свободный десневой трансплантат

- Субэпителиальные (ССТ)
- Полнослойные: (СДТ)
- Деэпителизированные (СДДТ)
- Не деэпителизированные

Свободные десневые трансплантаты. Какие они бывают? Субэпителиальные. полнослойные СДТ, СДДТ, недеэпителизированные СДТ.

Свободный десневой трансплантат

Применение:

1. Двухэтапные методики
2. Вестибулопластика
3. Самостоятельное устранение рецессии 1 и 2 классов по Миллеру

СДТ. Применение СДТ. Во всех двухэтапных, двухслойных методиках, при вестибулопластике. Для самостоятельного использования для устранения рецессий десны 1 и 2 класса по Миллеру. Сюда входит и метод кармана по Рацке и туннельные методы.

Свободный десневой трансплантат

Особенности фиксации:

- Избегать наличие мертвых пространств
- Минимальное количество швов через трансплантат
- Истончение краев трансплантата для оптимальной адаптации

СДТ. Фиксация СДТ. Мы должны помнить во избежание некроза, частичной или полной смерти трансплантата - необходимо избегать мертвых пространств. Они бывают в операции осознанные и неосознанные. Это чаще всего возникает в зоне, где трансплантат не прижат к принимающему ложу. Осознанные зоны: поверхности корня, обнаженного витка имплантата, абатмента, с которым будет прикасаться СДТ. Нужно учитывать при заборе размеры, параметры и методы фиксации СДТ, чтобы дать максимальный процент роста СДТ. Минимальное количество швов влияет на способствует приживлению СДТ. Истончение краев СДТ для оптимальной адаптации. Такой метод мы применяем при вестибулопластике с помощью СДТ, когда мы не деэпителизируем полностью, а только срезаем эпителий по краям.

Свободный соединительнотканый десневой трансплантат (ССДТ)

3 методики забора:

- метод «мышеловки» (заживление первичным натяжением)
- метод «конверта» (заживление первичным натяжением)
- метод «окна» (заживление вторичным натяжением)

ССДТ. Методики забора. Существует много модификаций забора. 1. Метод мышеловки. 2 Метод конверта. В обоих проходит первичным натяжением. 3. Метод окна. Заживает вторичным натяжением. В 1 и 2 методе мы получаем соединительно-тканевой десневой трансплантат. Без эпителия. Оба метода сложны технически, как свидетельствуют литература и клинический опыт. выполняется путем первого разреза, деэпителизация, и потом второй разрез по уровню надкостницы. Очень травматичный, много осложнений. Рекомендую больше метод окна для забора СДТ. Более простая и адаптированная клиническая методика, без осложнений и с прогнозируемым результатом, потому что забираемые ткани более состоятельны.

Эпителиально-Соединительнотканый десневой трансплантат с последующей деэпителизации (ЭСДТ)

методика забора:

- метод «окна» (заживление вторичным натяжением)

преимущества:

- деэпителизация вне полости рта
- получение необходимого объема трансплантата менее инвазивным методом

Эпителиальный соединительно-тканый десневой трансплантат с последующей деэпителизацией. Метод окна. Заживление происходит вторичным натяжением. Деэпителизация происходит вне полости рта. Есть методики, где он не деэпителизируется или части. Менее инвазивный способ, с наименьшими осложнениями и с более прогностическим результатом.

СДДТ применение

- Устранение рецессий десны 2-3-4 класса по Миллеру в области зубов и имплантатов
- Двухслойные методики
- Тоннельные методики

СДДТ. Применение. Очень много методик: рецессии десны 1-2-3-4 класса, двухслойные методики, тоннельные, карман по Рацке.

СДТ и СДДТ

Могут различаться по донорской зоне:

- Твердое небо (от второго премоляра до второго моляра)
- Бугор верхней челюсти

СДТ и СДДТ могут отличаться по забору локализации. Это твердое небо от 2 премоляра до 2 или 3 маляра или бугор верхней челюсти, если зуба нет. В области бугра черней челюсти при строфических процессах можно тогда сделать забор по методу окна. Операции менее инвазивная. И также 2-ой метод забора - вертикальный с тоненькой эпителиальной полосочкой на сагитальном срезе.

Методы забора СДТ и СДДТ

Прямой метод:

- Измерение толщины соединительной ткани в донорской зоне
- Разрезы
- Забор трансплантата

Методики забора СДТ СДДТ. Прямой метод - метод окна. Измеряете толщину в донорской зоне, чтобы не травмировать зону забора, осложнений не было в виде болевого синдрома, проблема с заживлением, длительная эпителизация, отсроченные кровотечения. Наша задача - максимально постараться не травмировать надкостницу. Измерение объема трансплантата. Для ориентиров можно поставить себе точки пародонтальным зондом, которым мы мерили в зоне принимающего ложе. Выполнение разрезов, отслаивание, забор СДТ, ушивание раны крестообразным прижимающим непрерывным швом или обмоточным непрерывным швом с гемостатической губкой или с целлюлозой.

Инструменты для забора СДТ

- скальпель с-15 (номер 1)
- атравматичный микрохирургический пинцет
- скальпель 15 или с-15 (номер 2)

Инструменты для забора СДТ: скальпель 15с - номер 1, атравматичный микрохирургический пинцет, скальпель 15 или 15с - номер 2. Для забора используем 2 лезвия. Ассистент меняет. И отслаивание происходит новым скальпелем. Если его надо деэпителизовать - а скальпель не очень острый - поменяйте еще раз лезвие, это очень важно.

Фиксация всех видов трансплантатов

- простые узловые швы
- швы на «вожжах»
- прижимающий крестообразный матрасный шов
- П-образный шов

Фиксация СДТ. Простые узловые швы. Можно зафиксировать к межзубным сосочкам, что обеспечит надежную фиксации. При тоннельных методиках и кармане по Рацке мы применяем швы на вожжах. Для СДТ и СДДТ мы применяем матрасный прижимающий крестообразный шов, для финальной фиксации СДТ к реципиентному ложу. П-образный матрасный утягивающий шов позволяет не прошивать трансплантат, что соответствует принципу минимального прокола трансплантата.

Ушивание донорской зоны

- При методах «конверта» и «мышеловки» - непрерывным швом
- При методе «окна» - крестообразным матрасным и прямым матрасным швами
- использование коллагеной губки

Метод конверта и мышеловки ушивание донорской зоны происходит непрерывным швом или крестообразным прижимающим непрерывным швом. При методе окна, при прямом методе - Х-образным матрасным и прямыми матрасными швами, непрерывными, с использованием коллагеновой губки или гемостатической по желанию врача.

Питание свободного десенного трансплантата

- Диффузное - от принимающего ложа с образованием сосудистых коллатералей и анастомозов
- Максимальная толщина для восстановления питания - 1,5 мм

Питание СДТ. Откуда будет питаться СДТ первые 3 дня до образования коллатералей, чтобы выжить и прижиться. Диффузное питание от принимающего ложа, за счет образования анастомозов и коллатералей. Соответственно важна подготовка принимающего ложа, а также адаптация СДТ принимающему ложу. Чтобы СДТ питался качественно и правильно. Максимальная толщина его 1,5-2 мм. Больше объема СДТ не требуется. Это достаточная величина и она корректна для правильного питания.

Питание соединительнотканного десенного трансплантата (деэпителизированного и субэпителиального)

- Диффузное - от принимающего ложа с образованием сосудистых коллатералей и анастомозов
- От надкостницы слизисто-надкостничного лоскута, покрывающего трансплантат

Питание СДДТ и субэпителиального СДТ. Деэпителизированные питаются с двух сторон: от принимающего ложа, и от надкостницы со стороны СНЛ, который покрывает СДТ сверху. Естественно, что такой комплекс более жизнеспособен. Если Вы все сохранили правильно, выбрали дизайн разреза, ушили рану - здесь выживание СДТ должно быть 100%.



Клинический пример №2

Клинический пример применения СДТ в двухслойной методике коронального смещения.



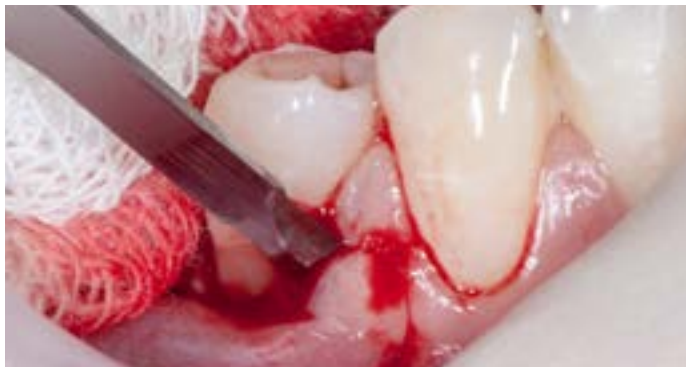
Зуб 45, рецессия 3 класса, абразия, отсутствие межзубного сосочка дистально до 1/2 высоты.



Зуб 45, подготовка к оперативному лечению. Демонстрация мелкого преддверия полости рта и отсутствие приращенной десны в области зенита рецессии.



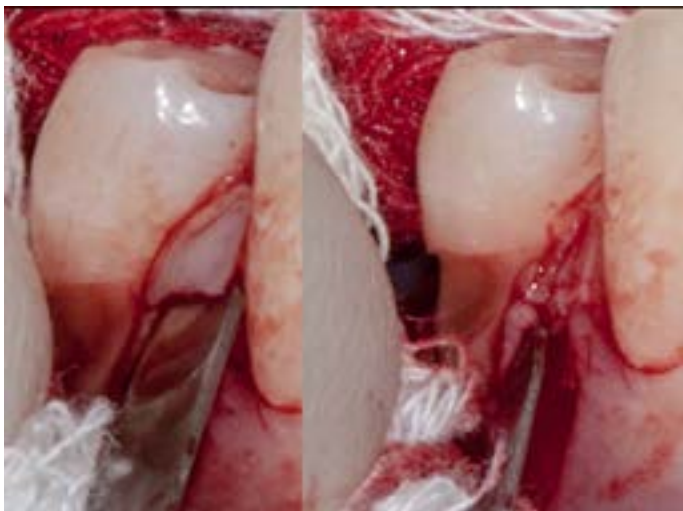
Дизайн разреза, формирование хир. сосочков, формирование анат. сосочков, вертикальные разрезы по методу рассмотренному выше.



Формирование СНЛ, слизисто-расщепленного лоскута. Расщепление апроксимально в области хир. сосочка.



Расщепленно-полнослойный СНЛ, подготовленный к перемещению.



Деэпителизация межзубных анатомических сосочков скальпелем.



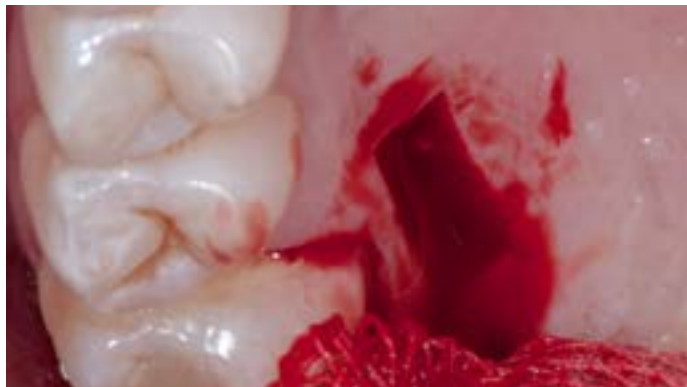
Обработка поверхности корня зоноспецифической кюретой Грейси на вестибулярной поверхности зуба 45.



Выбор донорской зоны и проведение анестезии в этой области.



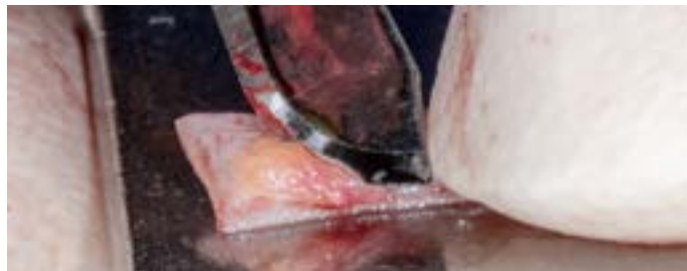
Забор СДТ прямым методом (окна) в области от 2 премоляра до 2 моляра.



Образовавшееся окно в донорской зоне. Обратите внимание, что погружение не доходит до надкостницы, видны кровотокающие соединительно-тканые волокна.



Ушитая рана в донорской зоне с применением гемостатической губки прижимающими крестообразными матрасными швами.



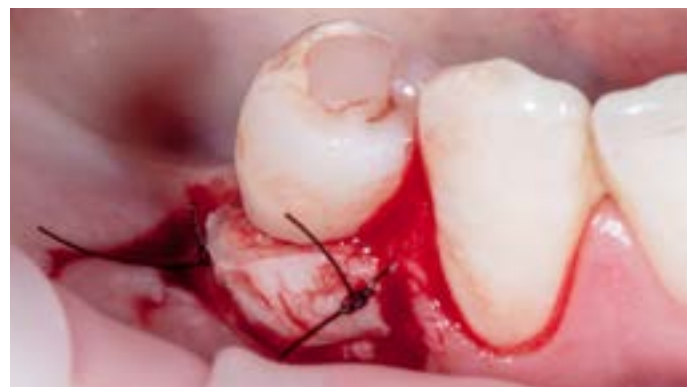
Подготовка СДТ, на внутренней поверхности удаляется слой жира, получившийся при заборе.



Начало фиксации СДТ простыми узловыми швами. Шовная вилка для фиксации СДТ и вкол-выкол иглы в иглодержателе.



Фиксация СДТ в области рецессии и зоны образе на поверхности зуба.



Вид сверху зафиксированного СДТ в области рецессии десны зуба 45.



Ушитая рана проведенного коронального смещения с применением СДТ. Сосочки анатомические сопоставлены с хир. расщепленными сосочками. СДТ прижат к принимающему ложу и полностью покрыт расщепленным СНЛ.



Результат после операции через 1,5 месяца. Наблюдаем закрытое рецессий десны, увеличение межзубного сосочка медиально и увеличение объема прикрепленной десны.



Виден объем прикрепленной десны в области зуба 45.



Сравнительная картина до начала лечения и спустя 4,5 года. Стойкий результат, без рецидива и с удовлетворительным эстетическим результатом. Наличие медиально МЗС, дистальный МЗС слегка увеличен до 2/3. наличие кератинизированной десны апикальнее рецессии и полное нивелирование рецессии зуба 45.



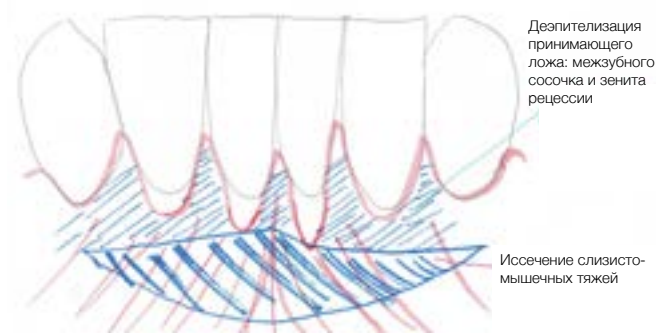
Демонстрация картины через 5 лет. Стойкий результат после операции.



Крупное изображение полного МЗС медиально и частичное восстановление дистального МЗС качественными тканями в области зуба 45. Структуру десны, ее качество и объем и ширину спустя 5 лет.

Псом операции прошло 1,5 года. Наблюдаем увеличение прикрепленной десны, увеличение сосочка дистального, закрытия рецессий десны, а также закрытия в зоне ЦЭС абразии.

Вестибулопластика с СДТ

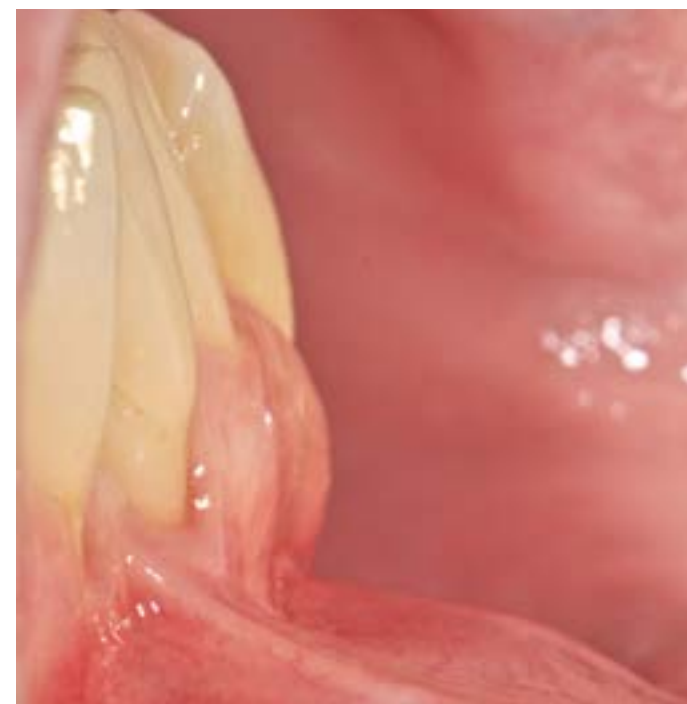
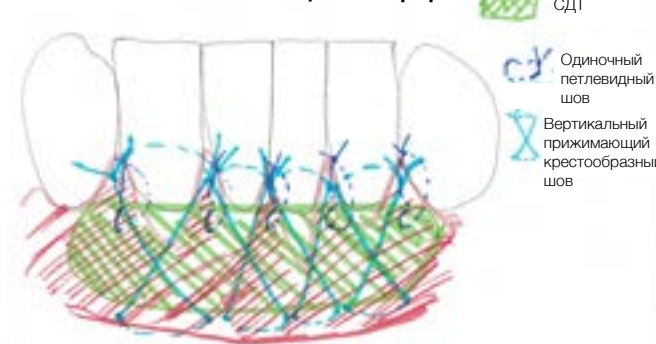


Клинический пример. Исходная картина. Мелкое преддверие полости рта, мощный СМТ в области зубов 31-41



Наблюдается вестибулярный фотопротокол и СМТ, отсутствие прикрепленной десны и рецессии в области 41 зуба, отсутствие прикрепленной десны и рецессии в области сосочка и также 31 зуба.

Фиксация СДТ



МГТ высоко проходит в зоне операции, разрез будет проходить именно по ней, мы ничего не меняем в протоколе, не смотря на положение МГТ.

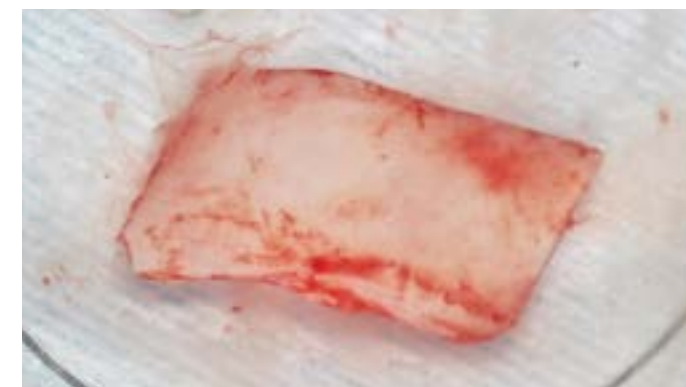
Фиксация СДТ. Совершили подготовку ложе и вестибулопластику, забрали СДТ. Теперь нам нужно его зафиксировать. Первичная фиксация проводится одиночными петлевидными швами, простыми узловыми, в каждый МЗС пришивается СДТ. Напомню, что требуется минимальное количество проколов. Теперь мы фиксируем вертикальными прижимающими крестообразными швами весь СДТ около каждого корня. Давайте разберем этот шов. Он не сложный, часто используется. Будет везде полезен. Первый укол от зуба всегда медиально. Вкол и выкол будут параллельно за границей трансплантата. Потом прокалываете также медиальный МЗС, обвиваете нитку орально за зубом, выходите в дистальном МЗС. И завязываете нитку, получается крест. Он плотно фиксирует СДТ. В чем тут суть применения СДТ: вы можете одновременно закрыть рецессии и увеличить преддверие полости рта, то есть вестибулопластику в одной операции. Также правило при фиксации СДТ - помнить про мертвые зоны. Мертвых зон должно быть в 2 раза меньше, чем площадь СДТ.



Подготовленное принимающее ложе, проведена вестибулопластика, иссечены СМТ. Обратите внимание, что мощный тяж на границе между 41 и 31 зубами, мы его иссекли. В связи с тем, что зона питания СДТ неблагоприятна, было проведено создание дополнительных площадок апроксимально от каждого вертикального разреза. Созданы карманы как туннели (карманы Рацке), туда будет заведен СДТ для дополнительного питания. Здесь есть риски из-за ротации зубов, ольха поверхности корня, который надо закрыть. Мы также предполагаем, что создадим одновременно питание сосочку, который начал уже убывать.



Обработка поверхности корня. Выполнен европротокол: УЗ-обработка, экспозиция ЭДТА 17% в течение 2 минут, после обильное промывание. Сейчас видите удаление импрегнированного слоя дентина в области рецессии зоноспецифической кюретой.



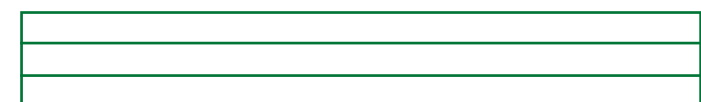
Только что забранный СДТ необходимого размера



Демонстрация сглаживания (адаптации), краевая деэпителизация по периферии (периметру).



Фиксация СДТ. В данном случае он фиксируется швом на вожжах. Давайте разберем его отдельно. Вкол в туннелированное пространство снаружи вестибулярно. Первый вкол ближе к зубам, ниточка проходит в туннеле в кармашке, выходит, вкол в СДТ, делается петля в СДТ, выкол, вкол недалеко рядом, выходит игла. Последний вкол внутри кармана, так чтобы свободно игла и нитка там двигались. И как будто на вожжах затягиваете туда свой СДТ.



Зафиксированный с двух сторон швами на вожжах СДТ и также одним швом в межзубном промежутке между зубами 31 и 41 одиночным узловым швом.



Зафиксирована слизистая губы фиолетовым швом. Картина СДТ. Я определила здесь мертвые пространства для СДТ и поэта использовала дополнительные швы.



Дополнительная фиксация СДТ горизонтальным крестообразным швом, который бы прижимал СДТ и туннелированные карманы к нему, дополнительно создавая питание.



Ушита донорская зона. Забор был прямым методом (методом окна). Все ушито под гемостатический губкой, непрерывными крестообразными швами. Нитка кетгут.



Клинический пример. Генерализованные рецессии, критический клинически тонкий биотип. Рецессии 2 и 3 класса, 2 центральных резца. Там уже идет убыль сосочков, эрозии и абразии в области твердых тканей двух передних центральных резцов. Мелкое преддверие полости рта. СМТ, первичная дегисценция кости.



Заполнение пародонтальной карты и измерение ГР от режущего края до десны.

Заполнение пародонтальной карты и измерение ГР от режущего края до десны у зуба 41.

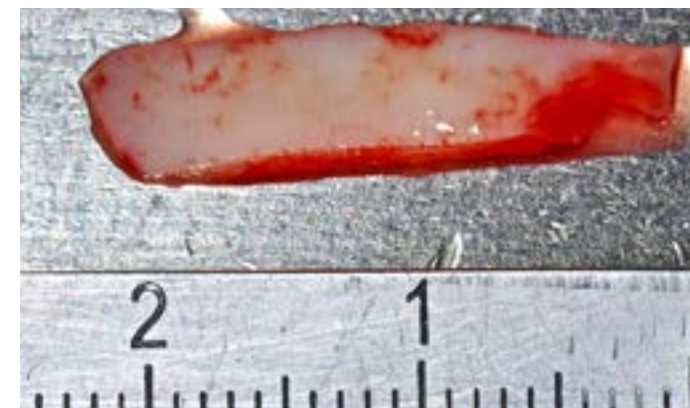


Заполнение пародонтальной карты и измерение ГР от режущего края до десны у зуба.

Измерение ГР в области зуба 42.



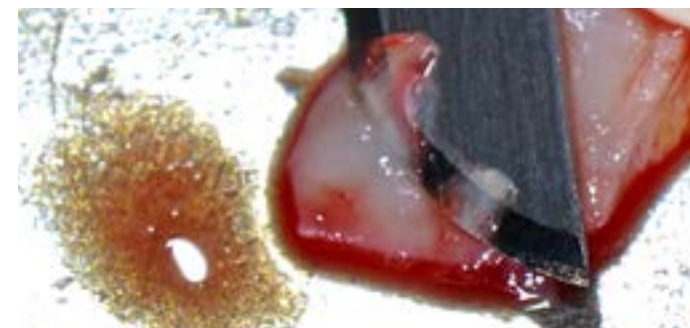
Проведена вестибулопластика, сделаны разрезы по МГТ, дезэпителизованы МЗС, принимающее ложе препарировано. Даже при таком критически тонком биотипе на поверхности ложа надкостница сохранна. Обратите внимание, что оперируют 4 нижних резца, в связи с этим увеличивается количество мертвых зон. Полированная поверхность корня зуба - это мертвая зона для СДТ, потому что она не питает его. Поэтому СДТ получен максимально возможного объема.



СДТ который был забран с твердого неба от 2 премоляра до 3 маляра. Длина его составила чуть больше 20 мм.



Адаптация по периметру СДТ, проводится дезэпителизация для лучшего прилегания СДТ к принимающему ложу.



Насколько тонкий слой снимается при дезэпителизации СДТ, только по периферии. Показано, то эпителий срезается, а не сбивается.



Фиксации СДТ простыми узловыми швами, потому что биотип критически тонкий. Первичная дегисценция корней не позволила зафиксировать крестообразными швами прижимающими.



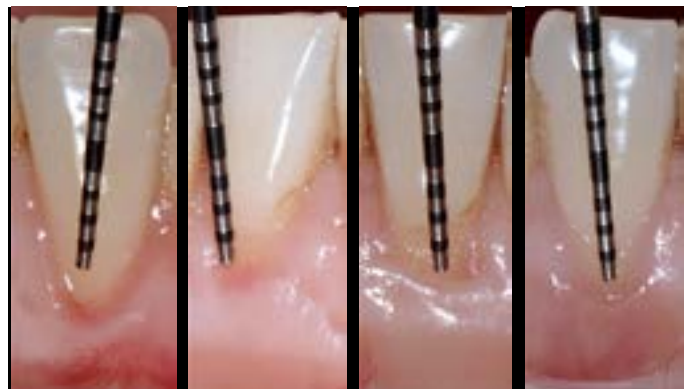
Результат операции через 14 дней. Снятие швов. Полная эпителизация СДТ. Устранение СМТ, устранение рецессий где-то полностью, где-то частично. Формирование прикреплённой десны, достаточного объема, толщины и ширины.



Результат через 3,5 месяца, Видны образование прикреплённой десны, ТКД, увеличившийся биотип. ШКД в области 2-х центральных резцов. Также как в области 42 зуба. Небольшой недостаток прикреплённой десны в области 32 зуба, при этом ГР уменьшилась на 82%.



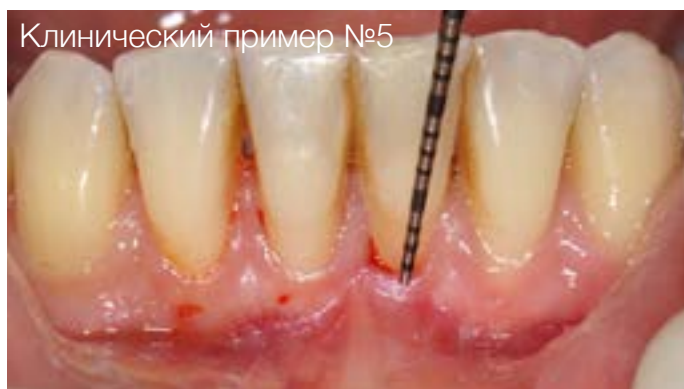
Результат клинического примера спустя 3 месяца. Увеличение объема прикрепленной десны. 42 41 31 32 частичное закрытие рецессий. Изменение биотипа в сторону утолщения. Отсутствие СМТ и увеличение преддверия полости рта в области 31 и 41 зубов.



Измерения для пародонтальной карты. Регистрируем сохранившиеся рецессии. Уменьшенные в объеме, но имеющие место быть. Регистрируем их в карте.



Клинический пример вестибулопластики с СДТ. Есть неглубокие рецессии, но все они 3 класса. Везде убыль МЗС. Также СМТ и мелкое преддверие полости рта.



Измерение пародонтальных показателей. Очень мелкое преддверие полости рта и высокое прикрепление СМТ.



Продолжение пародонтальной карты, измерения РРД.

Такой же интервал. Оперативное вмешательство успешное, можно оценить ГР оставшихся, состояние тканей пародонта вокруг.



Спустя 8 месяцев после операции, ткани не прекращают расти и подниматься более коронально. Если сравнить с исходной картиной в области зубов 31 и 41 был убывающий по объему МЗС. Теперь он стал больше по объему.



Тонкий биотип в области рецессий и полное отсутствие прикрепленной десны сильно осложняет ситуацию в области этих зубов.



Проведение разреза по МГТ. Он выполняется не ниже, не по дну.



Разрез, продлившем его до исключения натяжения в области клыков с обеих сторон.



Подготовлено принимающее ложе. Этап обработки поверхности корней. Нанесение геля ЭДТА 17%. Экспозиция 2 минуты.



Экспонированный гель для удаления (дебуферации) импрегнированного бесклеточного дентина. Подготовлено принимающее ложе. Оно везде дезэпителизировано, везде сохранна надкостница и соединительно-тканые волокна.



Хорошо видно, как иссечены СМТ: они не просто отслоены, а отсечены и иссечены в области уздечки нижней губы.



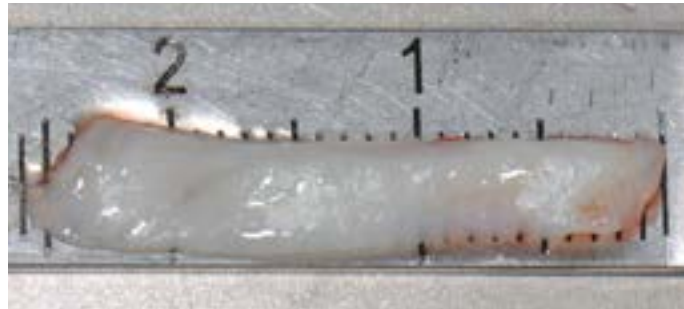
Зоноспецифической кюреткой мы обрабатываем поверхность зоны импрегнированного дентина. Они хорошо видны при макросъемке - желтые пятна в области бесклеточного цемента.



Удаление импрегнированного дентина зоноспецифической кюреткой Грейси.



Забранный СДТ максимальный по длине, чтобы избежать количество мертвых зон.



СДТ длиной 25 мм. Очень приличный по размеру.



Фиксация СДТ. В МЗС простыми узловыми швами к сосочкам, крестообразными прижимающими швами СДТ в области каждого зуба. Позиционировал СДТ не так высоко, как нам хотелось бы. Наша задача здесь - вестибулопластика, иначе СДТ умрет. Поверхность мертвой зоны сильно увеличивается. А тут уже есть проблемы с сосочками и питанием. Не стоит увлекаться слишком высокой фиксацией СДТ, чтобы все рецессии зажили.



Зафиксированный СДТ. Наглядно видно, что рана не глубокая, быстро эпителизируется. Крестообразные швы прижимающие здесь отлично видны.

Карман-Конверт Рацке (1985)



Методика родилась в Чехии. В 1985 году профессор Рацке при одиночных рецессиях или незначительных поражениях, но при сложностях, где не провести корональные перемещение. Как например на рисунке: с одной стороны нет МЗС, лоскут смещать не к чему, не с чем сопоставлять. Был предложен прообраз тоннельной техники, это первый шаг к тоннельным методам. Карман-конверт Рацке. Офтальмологическим лезвием или 15с отслаивается, рассекается десна выше зенита рецессии и аппроксимально создается такое расщепленное пространство. Туда вводится СДДТ, фиксируется швами на вожжах, делают один прижимающий шов крестообразный вертикальный. Несложная мануальная работа, главное - аккуратно расщепить СНЛ, можно тоннельными распаторами. Этот метод дает на будущее залог многих модификаций. Очень полезная методика, в том числе для перимплантной зоны.

План мастер-класса

1. Модель клинического случая (из чего что хотим получить?).
2. План операции.
3. Дизайн разреза (-ов).
4. Перемещение (мобилизация) лоскута.
5. Подготовка корня зуба.
6. Дезэпителизация сосочков.
7. Фиксация материала (для двухслойных методик).
8. Порядок наложения швов. Виды швов, их назначение.
9. Ожидаемый результат операции (ближайший и отдаленный).
10. Обсуждение результата каждой части практикума.

[illegible]

Хирургическое лечение одиночных и множественных рецессий десны в области зубов и имплантатов с использованием материалов «Лиопласт»®

Часть 2

Презентация 2. Хирургическое лечение рецессий десны в области зубов и имплантатов с использованием материалов «Лиопласт». Часть 2.

Латеральное перемещение

Показания:

- 1,2,3 классы рецессии по Миллеру.
- Одиночные рецессии: узкие или щелевидные.
- Наличие латеральной зоны КД не менее 6 мм.
- Отсутствие УКПД.

Рассмотрим протокол операции по устранению рецессий десны методом латерального перемещения. Показания: 1,2,3 классы рецессий по Миллеру. Одиночные рецессии: узкие или щелевидные. Наличие латеральной зоны прикрепленной десны не менее 6 мм. Отсутствие клинического прикрепления. УКП - рецессия уходит выше МГТ. Когда нет УКП корональное смещение Вы не сможете выполнить чисто технически.

Латеральное перемещение

Противопоказания:

- Отсутствие латеральной зоны КД.
- 4 класс рецессии.

Противопоказания для латерального перемещения. 1. Отсутствие латеральной зоны прикрепленной (кератинизированной) десны. Не совсем согласна, так как имея под рукой пластические материалы или навыки забора СДТ - противопоказание относительно. 4 класс рецессии - отсутствие межзубного сосочка делает эту операцию невозможной по техническому исполнению.

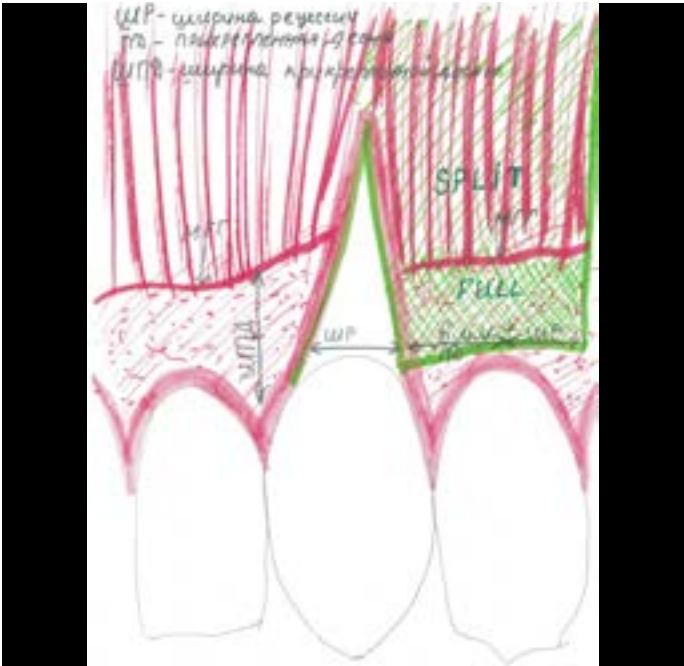
[illegible]

Класс рецессии	1 Класс ГР до 2 мм	1 Класс ГР больше 2 мм	2 Класс ГР до 3 мм	2 Класс более 3 мм	3 Класс I п/класс Д.Тарноу 1	3 Класс II п/класс Д.Тарноу 2	4 Класс Д.Тарноу
ШКД апикально отсутствует	Корональное смещение 1- или 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 1- или 2-х слойной метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	
ШКД апикально менее 3 мм	Корональное смещение 1- или 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 1- или 2-х слойной метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	
СД апикально 3 мм и более	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 1-слойная метод (см. ТКД)	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	
ШКД латеральное менее 6 мм	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 2-х слойная метод. ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Двухэтапный метод: 1-СДТ; 2-Корональное смещение	Двухэтапный метод: 1-СДТ; 2-Корональное смещение	Двухэтапный метод: 1-СДТ/НТР; 2-Корональное смещение
КД латеральное 6 мм и более	Латеральное смещение 1-слойная метод.	Латеральное смещение (см. ТКД)	Латеральное смещение 1-слойная метод.	Латеральное смещение 1-слойная метод.	Латеральное смещение 2-х слойная метод. + СДДТ	Латеральное смещение 2-х слойная метод. + СДДТ	Двухэтапный метод: 1-СДТ; 2-Латеральное смещение
Абразия твердых тканей	Корональное смещение 1-слойная метод. + реставрация твердых тканей	Корональное смещение 2-х слойная метод. + ТМО + реставрация твердых тканей	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	
Абразия отсутствует	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 2-х слойная метод. ТМО	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	
ТКД менее 1 мм	Корональное смещение 2-х слойная метод. ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	
ТКД более 1 мм	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	

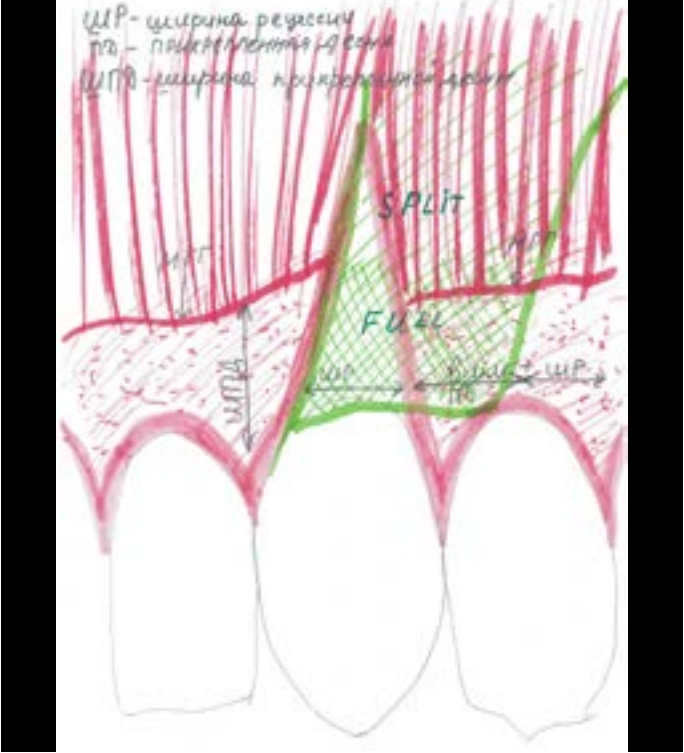
Снова рассмотрим таблицу, с которой мы познакомились в первой лекции. Остановлюсь теперь на желтую полосочку, которой выделен метод латерального перемещения. В данном случае я предложила также оперировать 4 класс этим методом в 2 этапа. Сначала с СДТ создается сосочек и потом делается латеральное перемещение. Если есть по ширине латерально более 6 мм. Если же зоны 6 мм латерально нет - действуем другими методами. Наличие пластических материалов также позволяет уйти от латерального перемещения, если технически это не выполнимо. В данном случае рассматриваем однослойную методику. В 1 классе до 2 мм, во 2 класс будет зависеть от ТКД: до 3 мм - однослойная методика, т.к. переносим прикрепленную десну с надкостницей и никаких коррекций не требуется. 2 класс более 3 мм - также однослойная методика. 3 класс - 1 подкласс по Тарноу - 2-х слойная методика со СДДТ, и также для 3 класса 2 подкласса. А для 4 класса - это двухэтапный метод, это 2 операции.



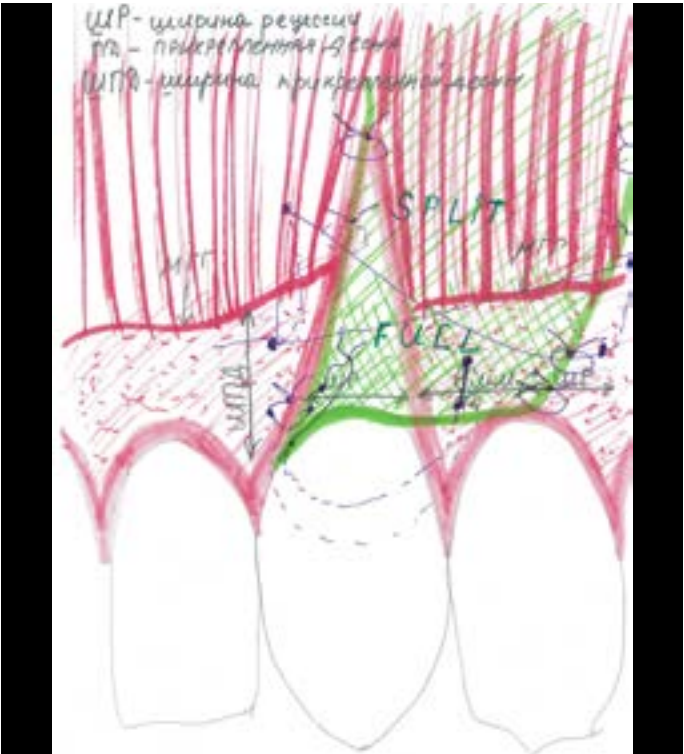
Рассмотрим протокол. Узкая щелевидная рецессия, будем измерять ширину десны, чтобы выкроить СНЛ. Измерили ширину рецессии в самом ее широком месте, как правило это у ЦЭС. Это ширина X. Прибавляем к ней 6 мм. Это будет протяженность первого горизонтального разреза, для формирования СНЛ. Обратите внимание, на рисунке нарисовано 3 мм плюс глубина зондирования. Возникает вопрос от какой точки и на какую глубину провести вертикальный разрез конечно мы отступаем на ГЗ зубо-десневой борозды, в среднем это 1,5-2 мм. За ГЗ начинается прикрепленная десна. Если ее 3 и более мм - никакого пластического материала не применяем. Если менее 3 мм - применяем пластический материал и учитываем биотип.



Формирование СНЛ: зеленый - разрезы. Full - полнослойный СНЛ, Split - расщепленный, МГТ - муко-гингивальная граница. Это расщепление выполняется только с точки зрения мобилизации [СНЛ. Края рецессии освежены скальпелем 15с как всегда. Сформирован СНЛ по формуле 6 мм + ширина рецессии.



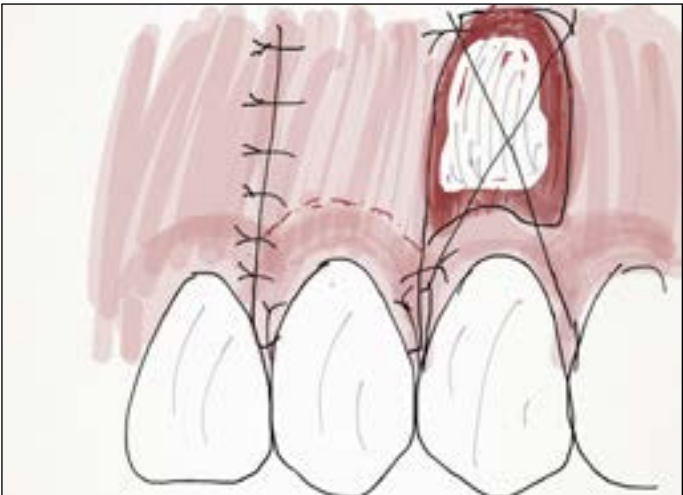
Перемещенный СНЛ латерально. Совмещается с краями раны. Остается небольшое поле раневой поверхности. На верхней челюсти чаще полностью закрывается, на нижней может остаться. Сближаете и сопоставляете СНЛ с поверхностью рецессии.



Фиксация СНЛ в новом положении двойными обвившими кисейными швам, сопоставляя края раны. Первым швом утянули СНЛ, зафиксировали, второй шов - фиксация расщепленной десны в основании СНЛ (самой верхней точке в двух сторон). Швы поднадкостничные, чтобы зафиксировать лоскутов новом положении.



Ушитая рана. Если остался кровотокающий кусочек открытой раневой поверхности - мы ушиваем его любым удобным образом. Рекомендации автора этого метода: прижимающий крестообразный вертикальный шов. Также выполняется ушивание вертикальный разрезов.



Ушитая донорская зона. На верхней челюсти окна чаще не остается. На нижней в этой зоне устанавливается гемостатическая губка.

Латеральное перемещение

Методика операции:

1. Измерение ШКД апроксимально;
2. Дизайн разреза;
3. Формирование СНЛ;
4. Дезэпителизация анатомических сосочков;
5. Обработка поверхности корня;
6. Мобилизация СНЛ;
7. Фиксация СДДТ (если двухслойная методика);
8. Фиксация, СНЛ;
9. Закрытие донорской зоны.

Протокол операции: Измерение ШКД апроксимально. Дизайн разреза (ширина рецессии + 6 мм). Формируем СНЛ до МГТ полнослойный, далее расщепленный. Дезэпителизируем анатомические сосочки. Обработка поверхности корня (УЗ обработка, нанесение 18% ЭДТА на 2 минуты, промывание, обработка зоноспецифической кюретой для удаления импрегнированного бесклеточного дентина, полировка специальными борами). Мобилизация СНЛ. Фиксация свободного десневого трансплантата. Фиксация СНЛ. Закрытие донорской зоны.

Латеральное перемещение

Осложнения Местные:

- Некроз СДДТ.
- Инфицирование донорского ложа.
- Расхождение швов.
- Рецидив.
- Гематома, отек.

Осложнения. Некроз СДДТ встречается крайне редко. Питание с двух сторон. Инфицирование принимающего ложа. Также встречается крайне редко. Обычно пациент все принимает и обрабатывает. Расхождение швов бывает; обычно ничего не делаем. Рецидив - да, может быть. Гематома и отек - как наиболее частые.



Детальная картина области поражения. Достаточно сложная ситуация: Класс рецессии 3, потому что есть убыль сосочка дистально между 23 и 24 зубами. А также наличие абразий твердых тканей зубов. Ранее пытались устранить терапевтическими методами. Запущенная клиническая ситуация.



Проекция в ракурсе. Обратите внимание на прикрепление тяжа между 23 и 24 зубами. Пересечение зенитом рецессии МГТ.

Латеральное перемещение

Осложнения Общие:

- Повышение температуры тела.

Осложнения общие. Кроме отека и температуры тела практически ничего не бывает. Беспроблемная операция обычно.



Клинический пример 6. Классический протокол латерального смещения. Зуб 23 с выраженной узкой высокой щелевидной рецессией ГР более 5,5 мм. Дистально выраженный объем прикрепленной десны. Зенит рецессии выходит за границу МГТ, что является показанием для латерального перемещения.



После снятия пломбировочного материала обратите внимание на глубину абразии и ее форму. Пациентов с такой проблемой много.



В этом ракурсе хорошо видна ротация зуба 23 и отсутствие прикрепленной десны, объема и замыкающей кортикальной пластинки. Выраженная дегисценция.



Видно насколько неблагоприятная форма абразии твердых тканей, выпуклой формы к самой колонковой части зуба. При перемещении СНЛ создается дополнительное пространство в этом участке под выгнутым местом абразии. Сначала она заполнится сгустком, а потом есть риски для рецидивирования.



Дизайн разреза. Обратите внимание, 2 мм, которые мы отступили от зенита зуба 24. Разрез горизонтальный.



Продолжение формирования разреза. Еще раз рассчитана длина горизонтального разреза: ширина рецессии + 6 мм. Итого длина разреза 9 мм.



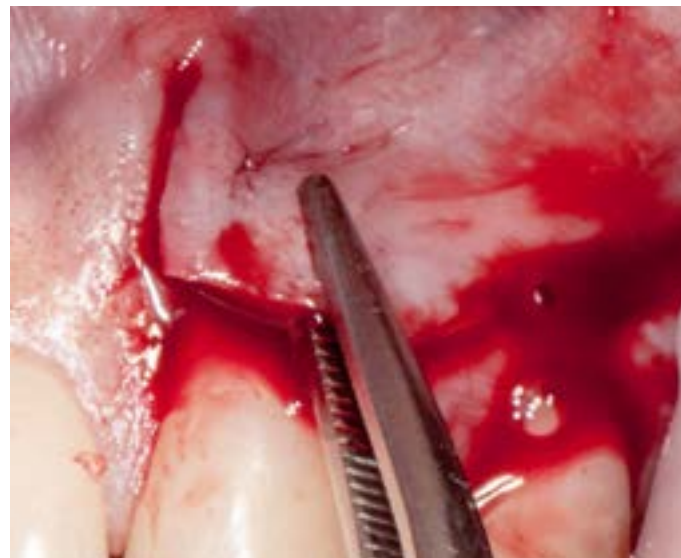
Измерение пародонтологических параметров в области клинической ситуации зуба 23



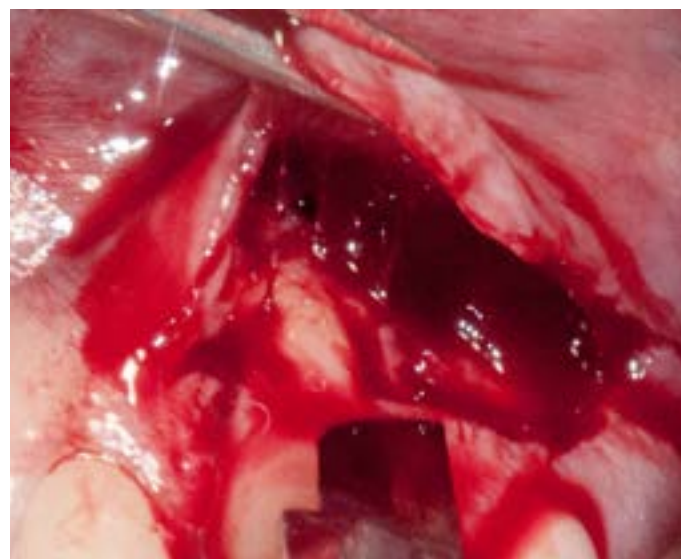
Скальпелем обрабатываются края рецессии для их освежения для лучшей эпителизации.



Продолжение деэпителизации краев. Сколько нужно там срезать? Работаем в зоне свободной десны. У этого зуба это 1 мм. У другого может быть 1,5 мм. Свободная десна в норме имеет величину 1-1,5 м.



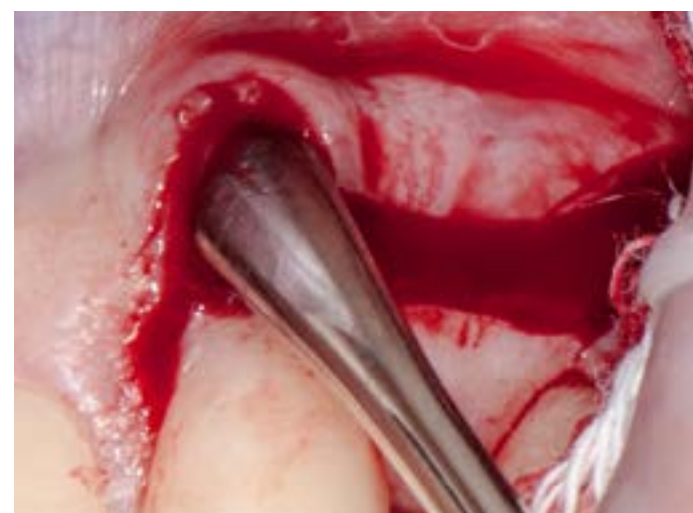
Проверка мобильности СНЛ. Видно, что СНЛ не мобилизован должным образом и требуется еще увеличить зону расщепления в области МГТ.



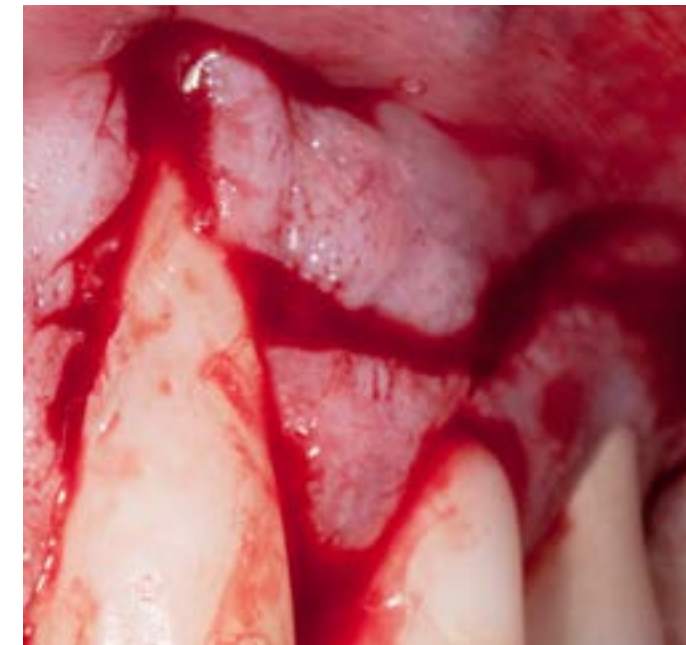
Зона операции с внутренней стороны СНЛ. Поверхность корня 23 зуба.



Недостаточная мобилизация. Увеличение вертикального разреза с медиальной поверхности ножницами.



Отслаивание полнослойного СНЛ в области зуба 23 и латеральной дистальной поверхности.



Дизайн СНЛ и вид операционного поля с обработанной поверхностью корня зуба.



Начальный первичный вкол иглы для фиксации перемещенного латерально СНЛ.



Продолжение шва в межзубной сосочек медиально.



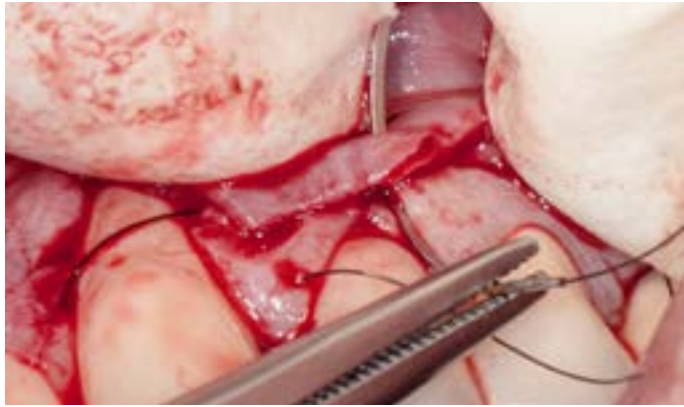
Фиксация латерально перемещенного СНЛ в новом положении.



Фиксация СНЛ в новом положении двойным обвивным швом. Выкол иглы из дистального межзубного сосочка.



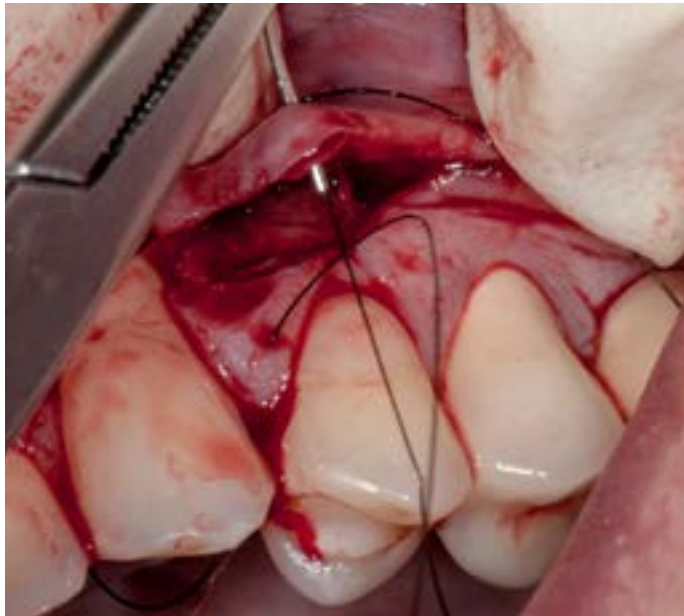
Фиксация латерально перемещенного СНЛ в новом положении.



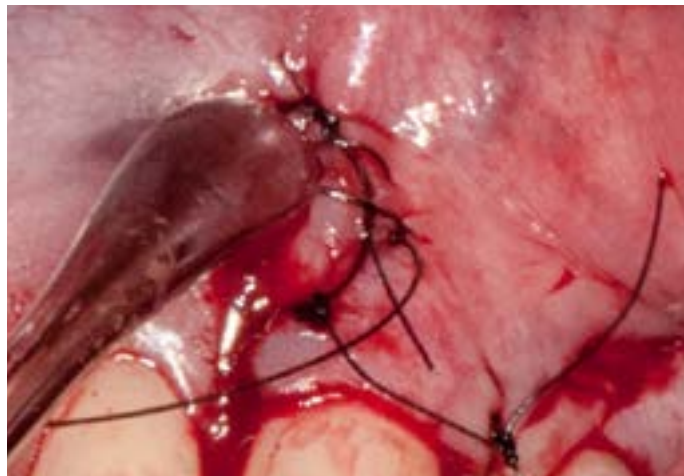
Фиксация латерально перемещенного СНЛ в новом положении. Продолжение, Двойной обвивай кисетный шов.



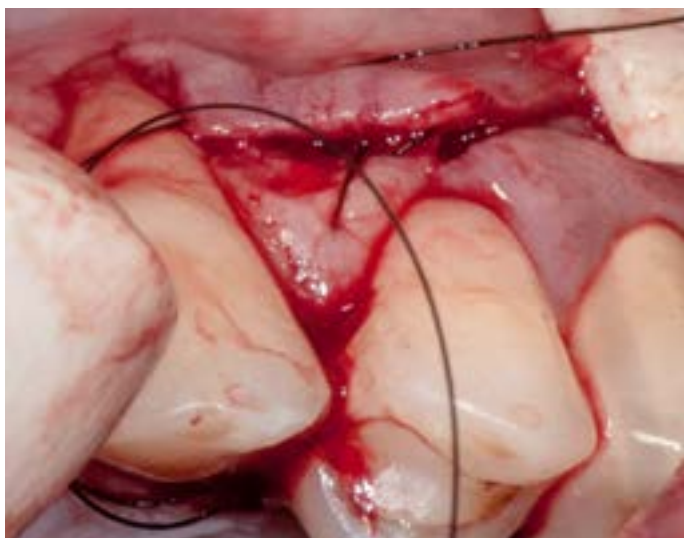
Фиксация швом латерально перемещенного СНЛ.



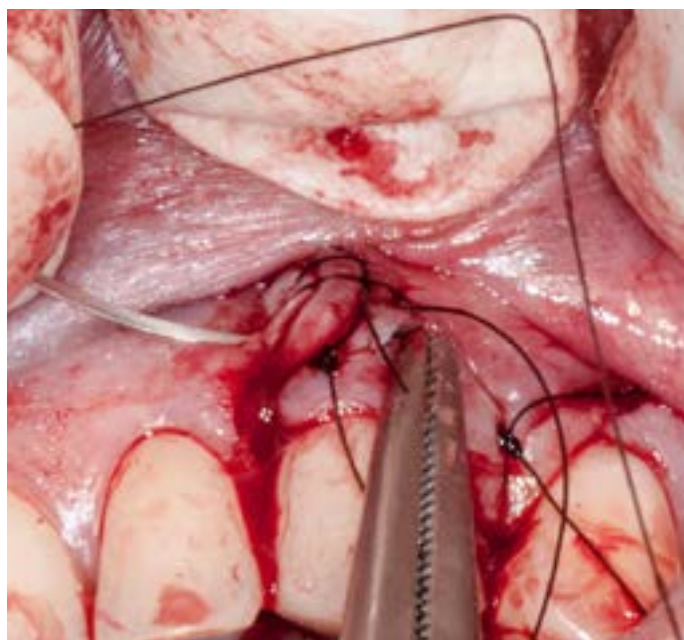
Вкол иглы из-под СНЛ в основании хирургического сосочка.



СНЛ зафиксирован двойным швом. Ушивание вертикальных разрезов непрерывным швом.



Выкол шва из основания хирургического сосочка из основания с дистальной поверхности СНЛ.



Продолжение вшивания раны. Вертикальный медиальный шов.



Ушитая рана двойным обвивным швом. СНЛ зафиксирован матрасным швом. Ушиты 2 вертикальных разреза. Внимание! Нигде нет открытого поля лишенного эпителиальной поддержки.



Перемещенный латерально СНЛ, зафиксированный и ушитый. Специально создано натяжение и видно, что СНЛ неподвижен.



Можно наблюдать исходное клиническое состояние области рецессии десны.



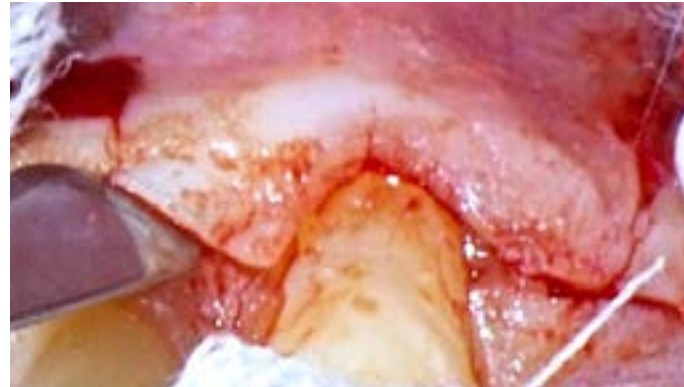
Состояние в области зуба 23 после оперативного вмешательства. Обратите внимание на объем кератинизированной десны.



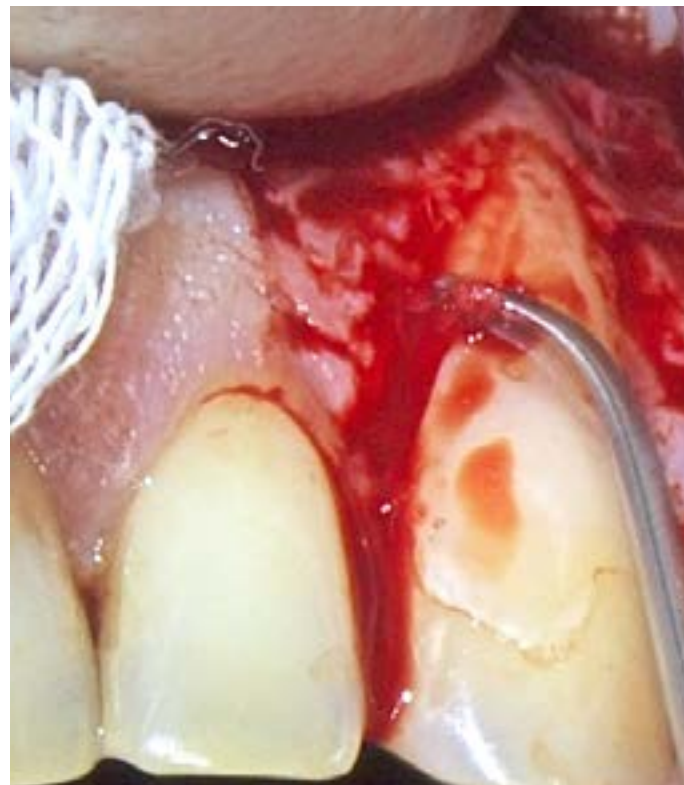
Состояние в области зуба 23 после оперативного вмешательства.



Состояние в области зуба 23 после оперативного вмешательства. Объем кератинизированной десны в области зени-та рецессии, который был получен.



Второй этап лечения рецессии десны в области 23. Соз-дан объем прикрепленной десны, рецессия незначительная. Остается в области некариозного поражения твердых тка-ней зуба. Дизайн разреза для коронального перемещения СНЛ.



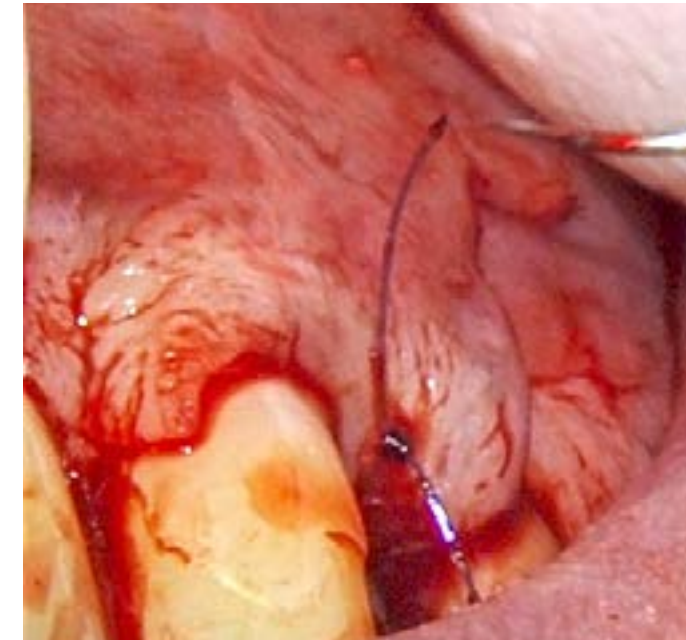
Обработка поверхности корня. Этап обработки кюретой.



Обработка поверхности корня. Заключительная поли-ровка.



Состояние тканей через 12 месяцев.



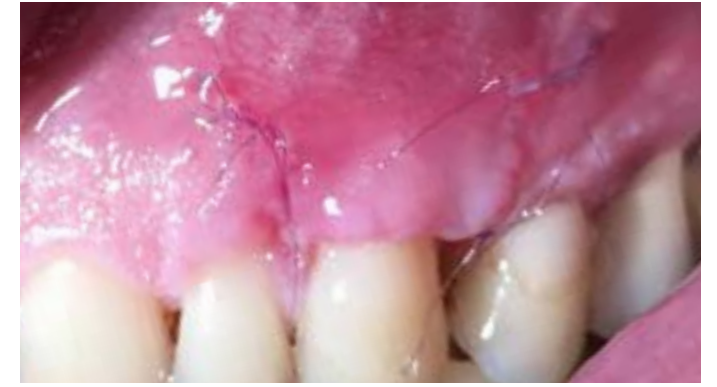
Фиксация СНЛ коронально-смещенного в новом поло-жении. Двойной обвивной кисетный шов.



Зафиксированный СНЛ в области 23 зуба. Анатоми-ческие сосочки совмещены с хирургическими. Ушты двой-ным обвивным кисетным швом. Ушты вертикальные раз-резы непрерывными швами.



Зафиксирован СНЛ в новом положении.



Состояние тканей через 14 дней. Снятие швов.



Состояние тканей пародонта в области зуба 23 через год.



Состояние тканей пародонта в области зуба 23 после двух муко-гингивальной операций. Получен объем прикре-пленной десны и ШКД. Стабильный результат. Рецессия пол-ностью устранена.



Измерение расстояния десны до режущего края. РРД.



Измерение области некариозного поражения. Равно 1 мм.



Измерение РРД.



Сравнение результат и исходной картины. Слева исходная картина. Посредине - результат латерального перемещения. Справа конечный результат - полное устранение рецессии десны в области 23 зуба. Получен объем кератинизированной десны и ШКД.



Результат через 5 лет. Результат стабильный. Практически полностью восстановился объём десны, как будто не было операций.



Результат через 2,5 года. Наступает кератинизация прикрепленного объёма десны за счет жевательной нагрузки.



Отсутствует некариозное поражение в области корня.



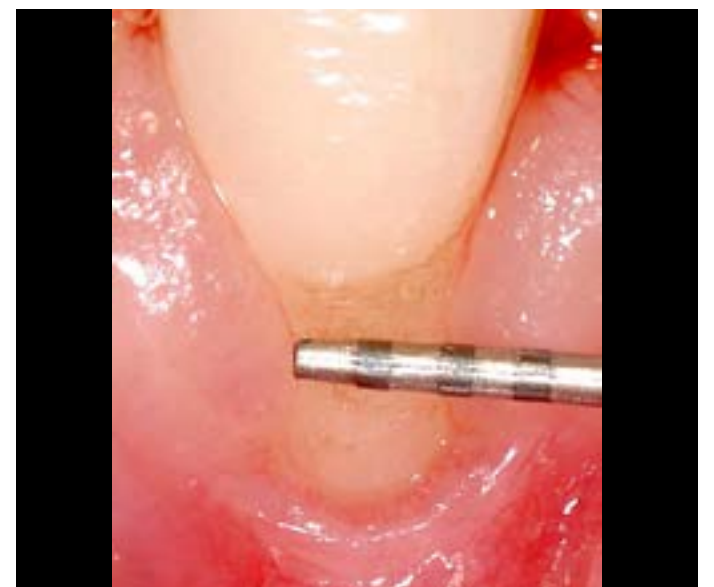
Клинический пример №7. Латеральное перемещение СНЛ. Рецессия 2-3 класса, т.к. есть убыль сосочка. Этиологически связано с положением зуба, наличием тяжей в области уздечки нижней губы, выдвижением зуба из дуги и тортономалией.



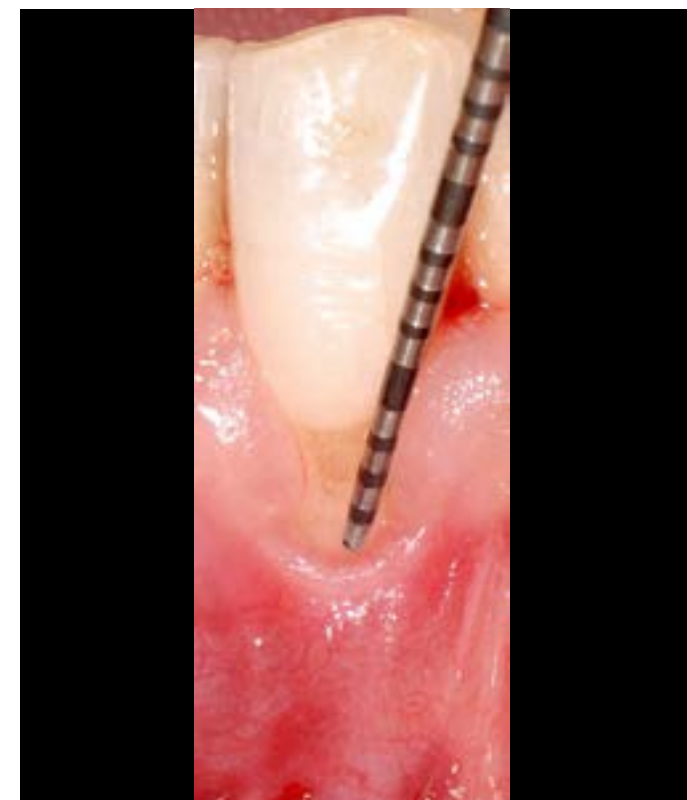
Измерение убыли межзубного сосочка.



Крупный вид рецессии. Вплетенный тяж, загрязненная поверхность корня. Полное отсутствие прикрепленной десны и убыль межзубного сосочка.



Согласно протоколу измеряем ширину рецессии. Составляет 2,5 мм. Разрез будет 6 мм + 2,5 мм.



Измерение ГР. ГР=4,5 мм.



Измерение ГР в другом положении.



Вычисления для дизайна СНЛ.



Демонстрация отправной точки дизайна разреза после измерений.



Структура лоскута: хорошая кератинизированная десна.



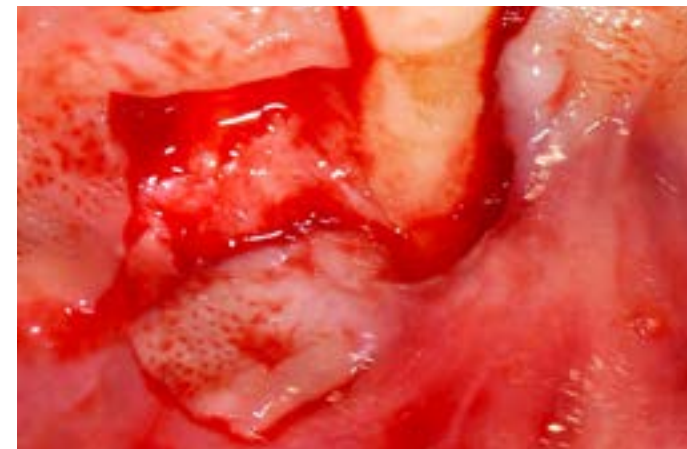
Измерение вертикального объёма прикрепленной десны в области перемещаемого латерально СНЛ.



Дизайн разреза.



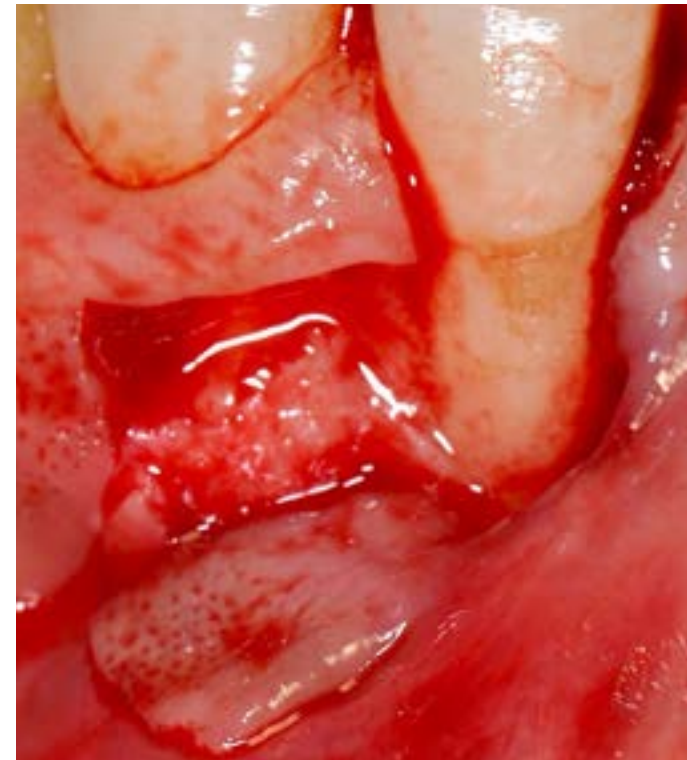
Дизайн разреза. Выполнен вертикальный разрез.



Отслоенный СНЛ. Обработка поверхности корня гелем ЭДТА 17%. Экспозиция 2 минуты.



Химическая обработка. Создание буферной зоны в области корня.



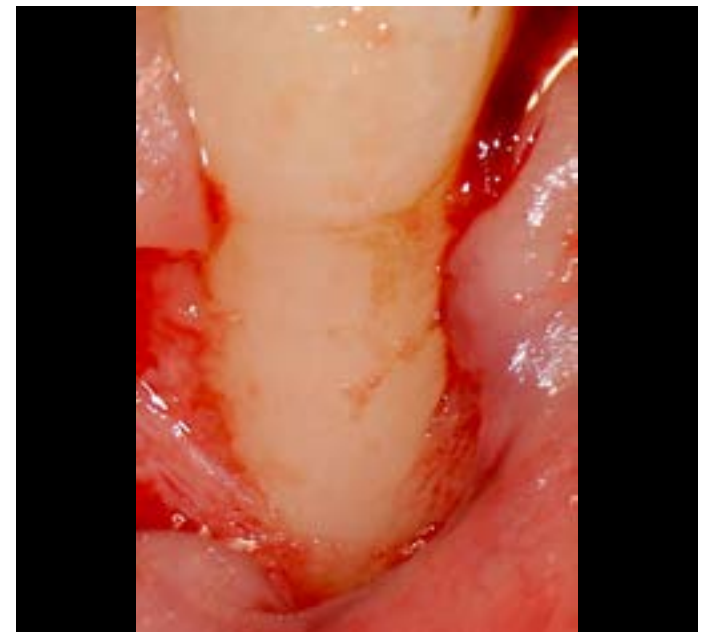
Экспозиция геля ЭДТА в области поверхности корня.



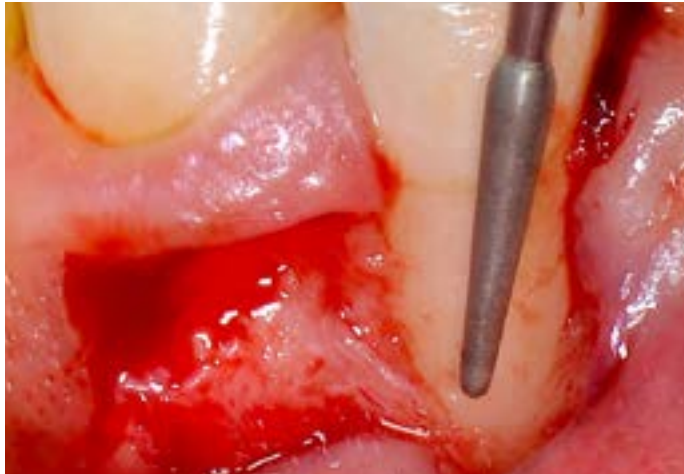
Обработка поверхности корня зоноспецифической кюретой. Удаление бесклеточного цемента с поверхности корня.



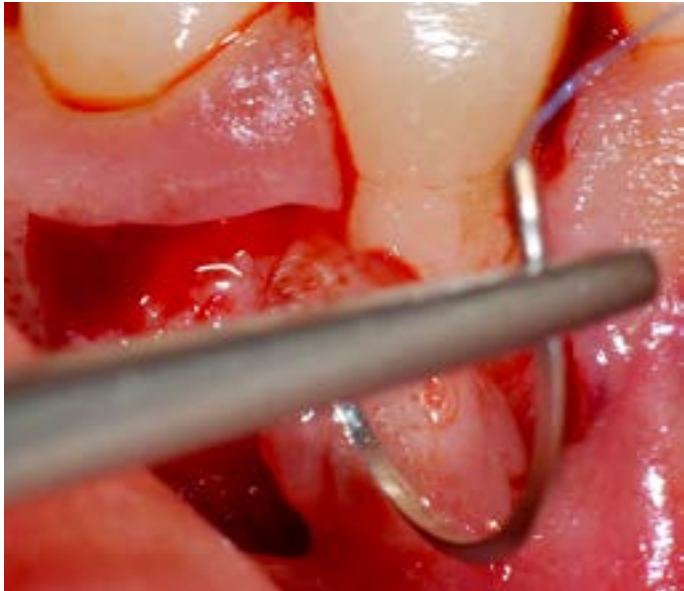
Нанесение геля ЭДТА на поверхность бесклеточного цемента в области рецессии десны.



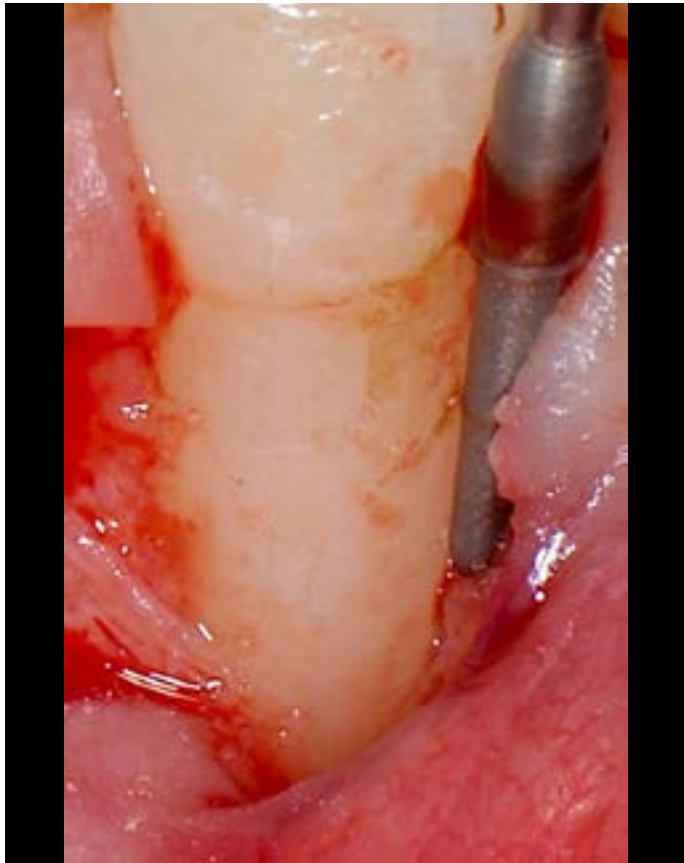
Очищенная поверхность корня зуба.



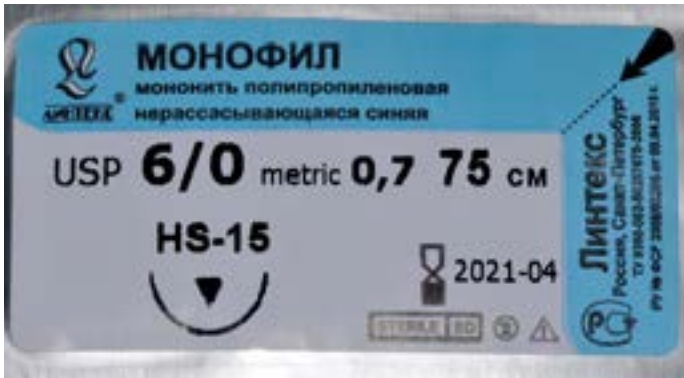
Полировка поверхности корня обратно конусным бором из специального Периио сета.



Первый вкол в основание хирургического сосочка на СНЛ в латеральной части перемещаемого СНЛ.



Финишная полировка бором рецензии десны.



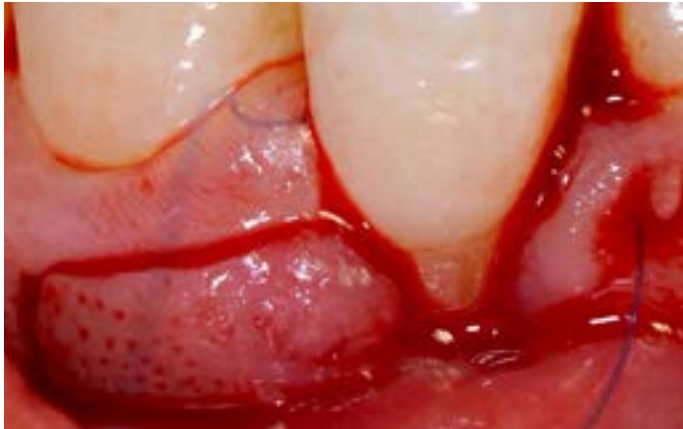
Выбор шовного материала. Монофил монокит 6.0 с обратнорежущей иглой.



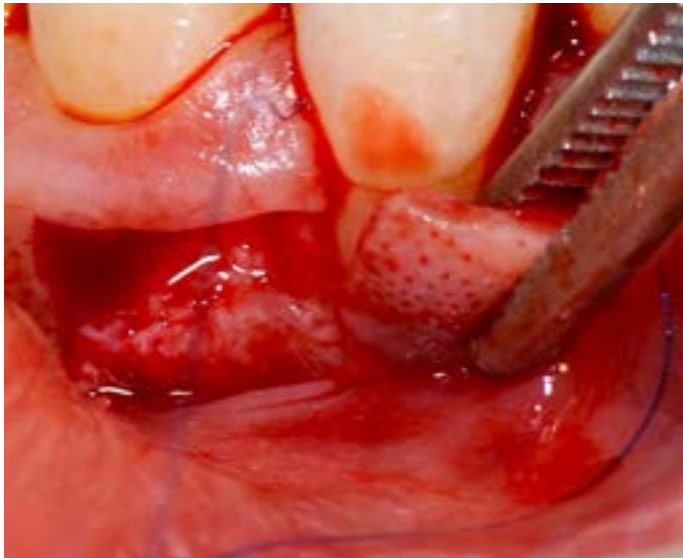
Фиксация перемещенного СНЛ в новом положении швами.



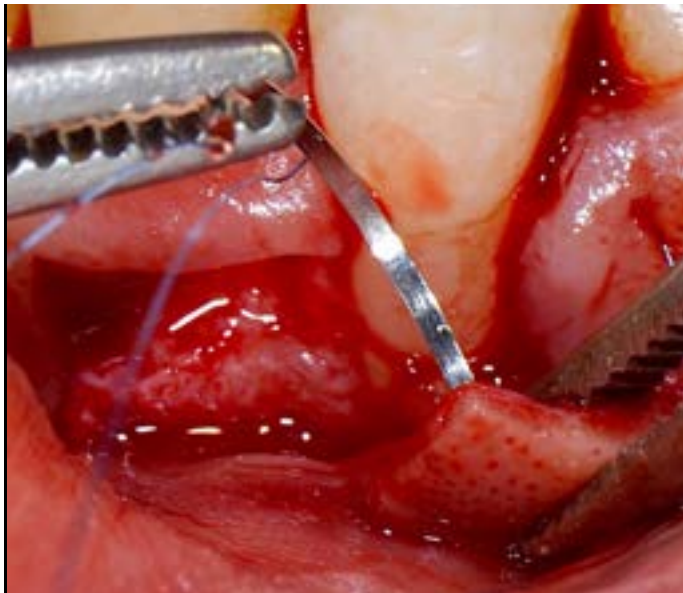
Ушивание продолжение. Выкол орально.



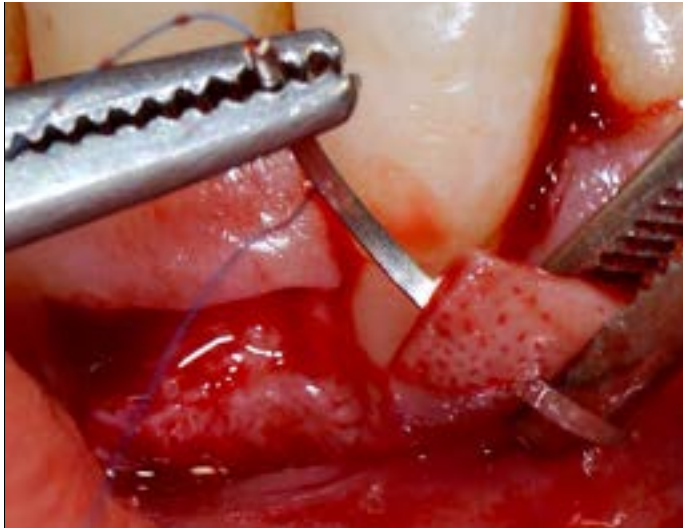
Фиксация двойным обвивным кисетным швом.



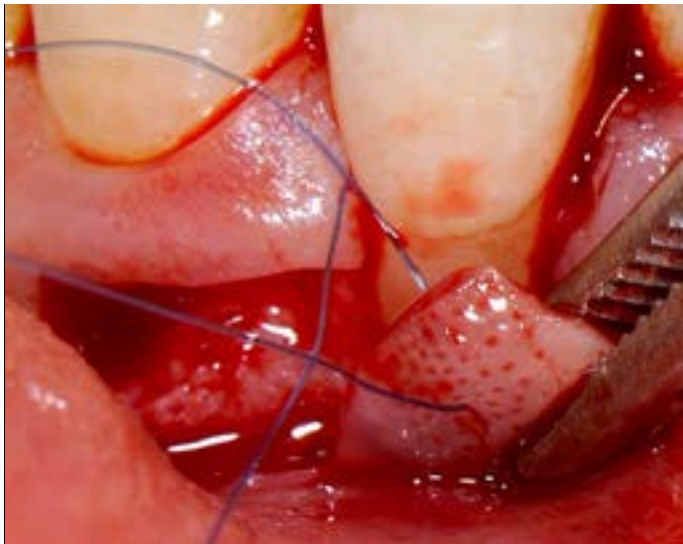
Фиксация пинцетом СНЛ в новом положении.



Вкол в СНЛ в основание хирургического сосочка с обратнo поверхности СНЛ.



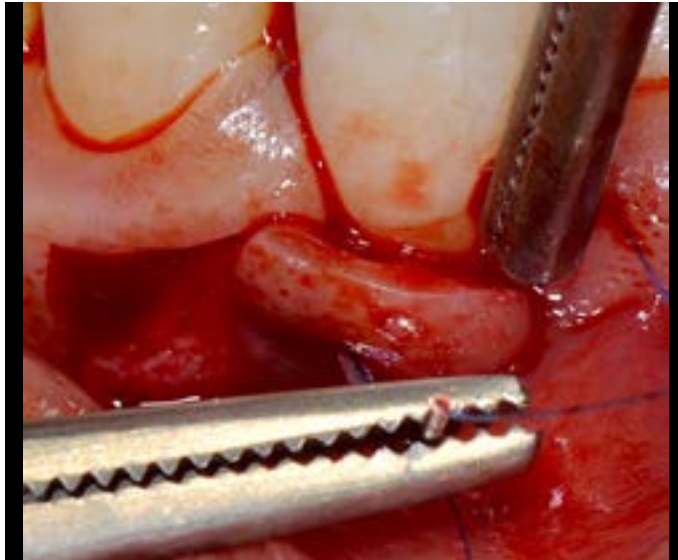
Выкол в основании хирургического сосочка в области СНЛ.



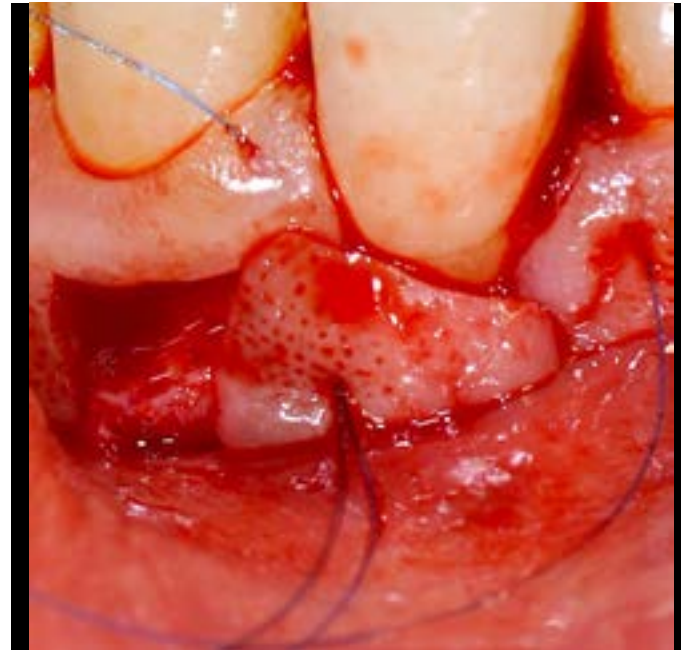
Ушивание СНЛ, прдоложение.



Фиксация СНЛ двойным обвивным кисетным швов в новом положении.



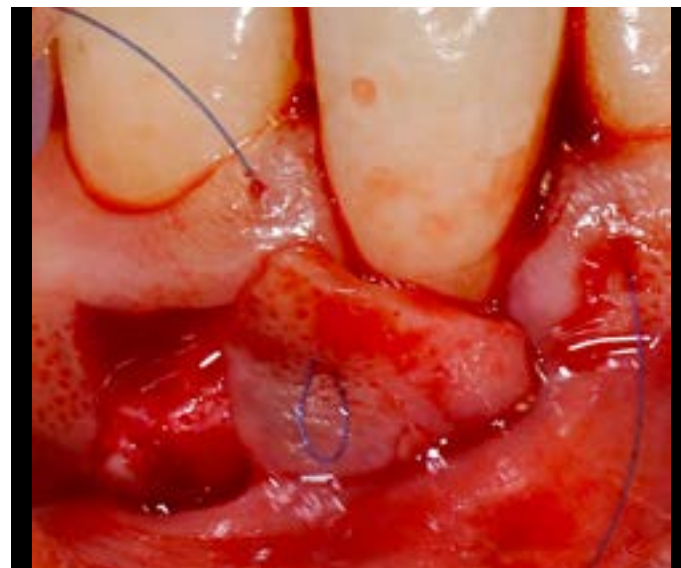
Фиксация СНЛ двойным обвивным кисетным швом в новом положении.



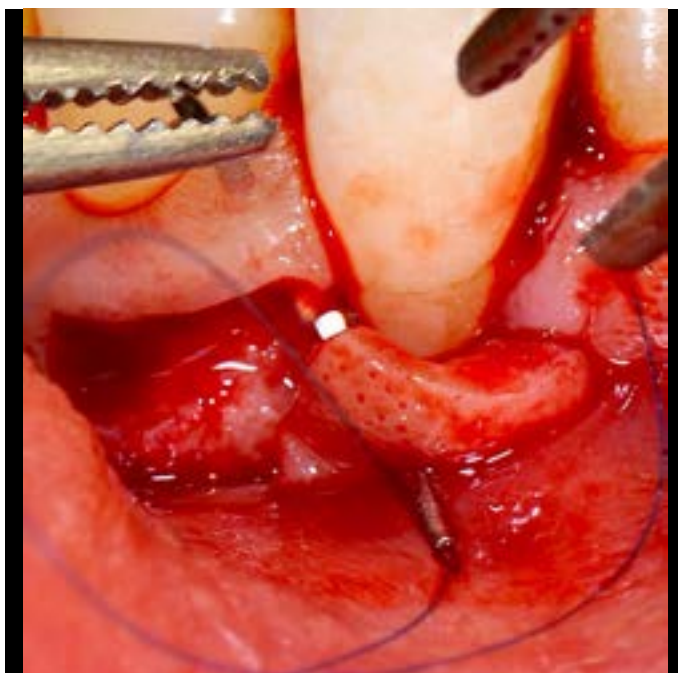
Фиксация СНЛ швом в новом положении.



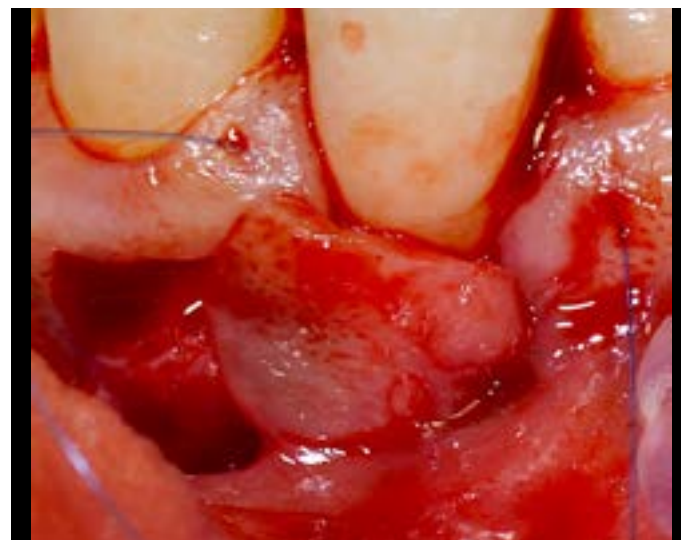
Выкол иглой в области анатомического сосочка.



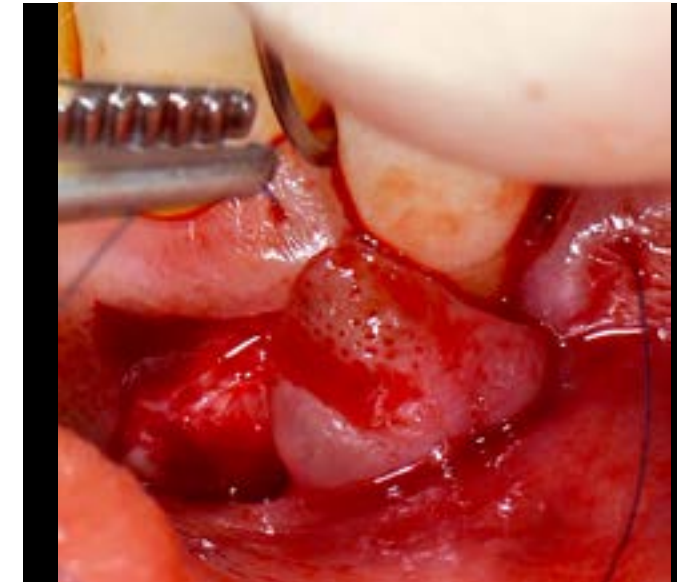
Фиксация СНЛ швом в новом положении. Можно увидеть петлю, о чего он называется петлевидный.



Фиксация СНЛ швом в новом положении.



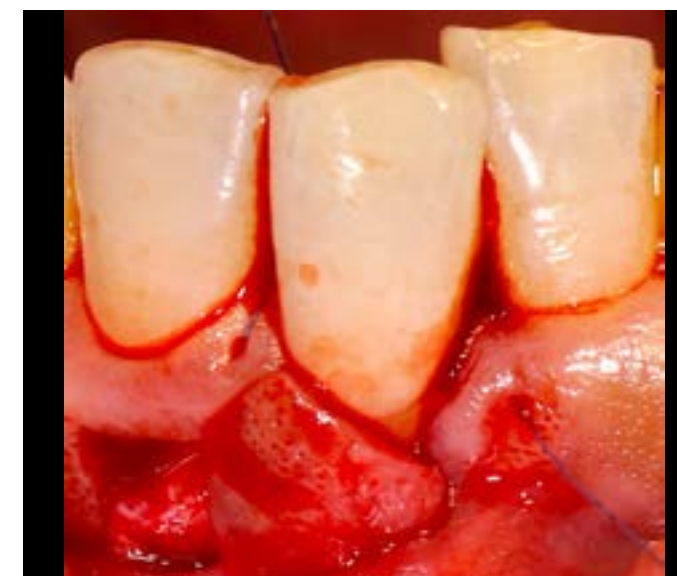
Утягивание перемещенного СНЛ в новом положении.



Утягивание перемещенного СНЛ в новом положении.



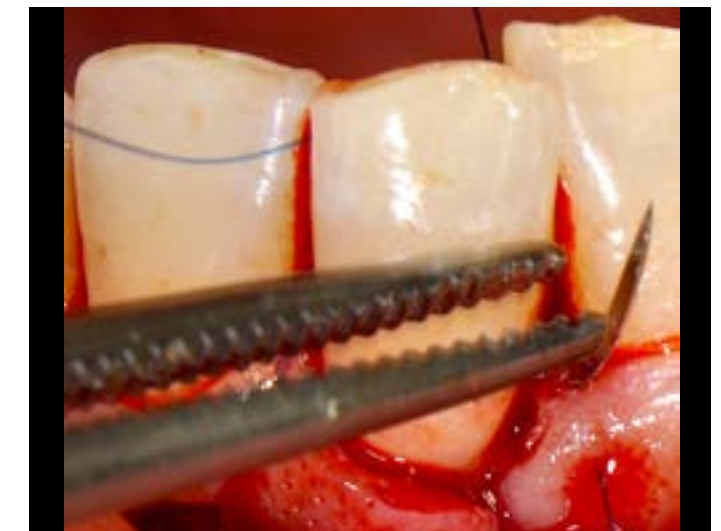
Перемещение и фиксация СНЛ в новом положении.



Фиксация СНЛ латерально перемещенным двойным обвивным швом.



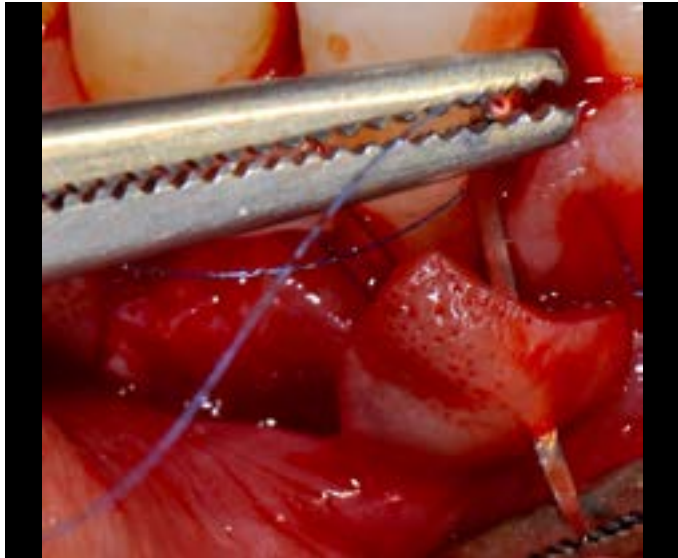
Утягивание СНЛ на швах.



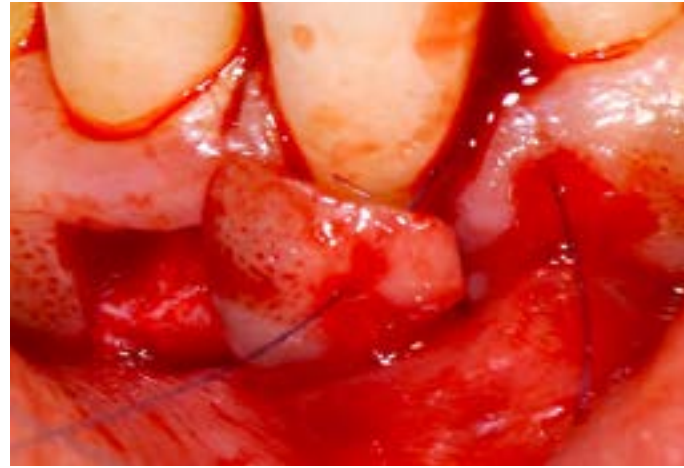
Проведение иглы в межзубном промежутке для окончательной фиксации СНЛ.



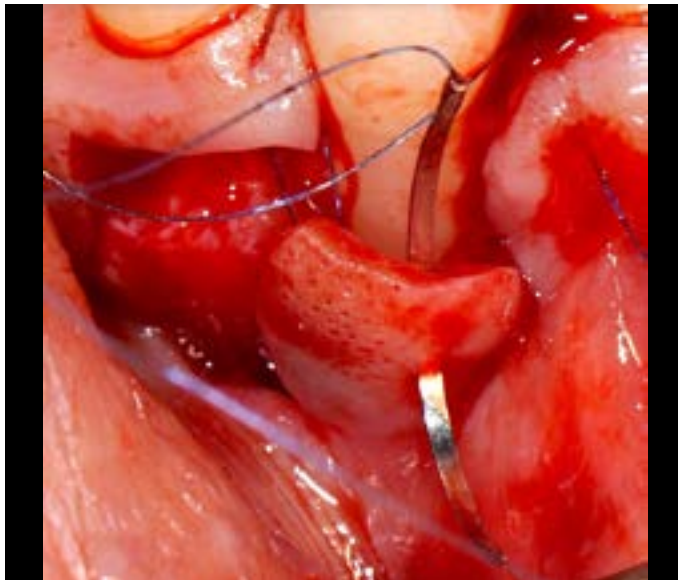
Нитка первого прокола остается в основании анатомического сосочка, а последняя нитка не прокалывает сосочек, она выходит в межзубное пространство.



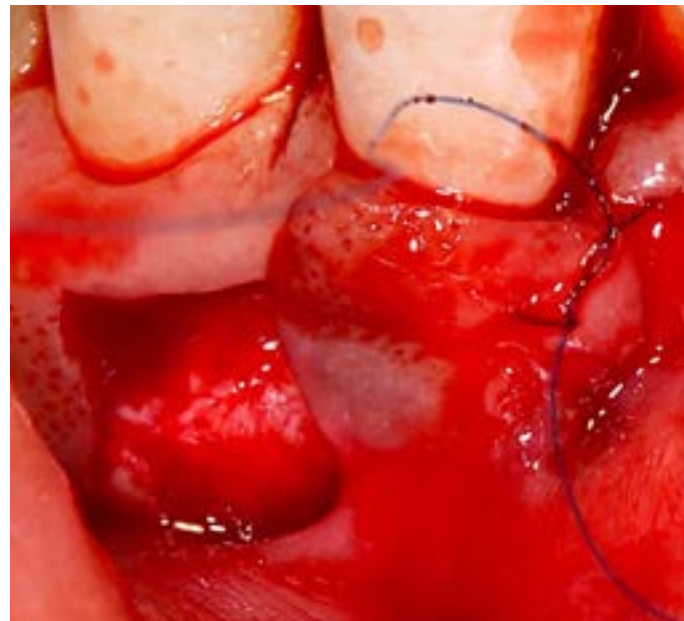
Прокол в основании хирургического сосочка в области СНЛ



Утягивание СНЛ на швах.



Прокол в основании хирургического сосочка в области СНЛ. Видно основание сосочка.



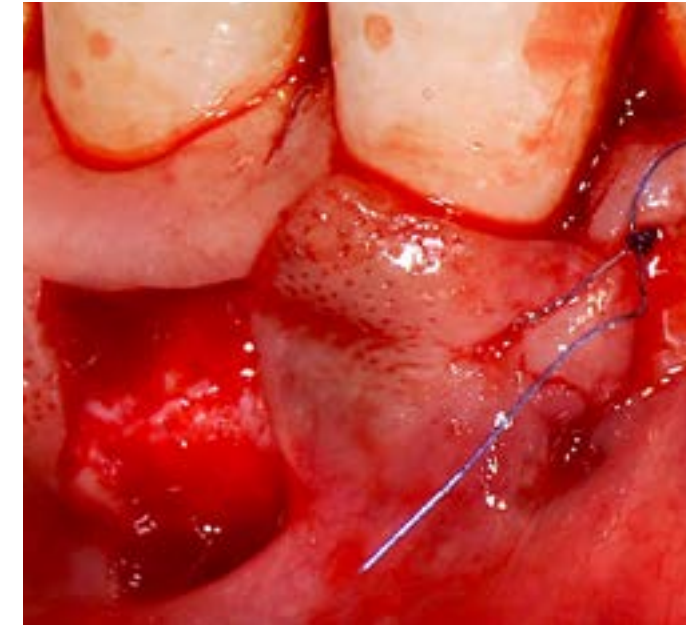
Завязывание узлов в области СНЛ.



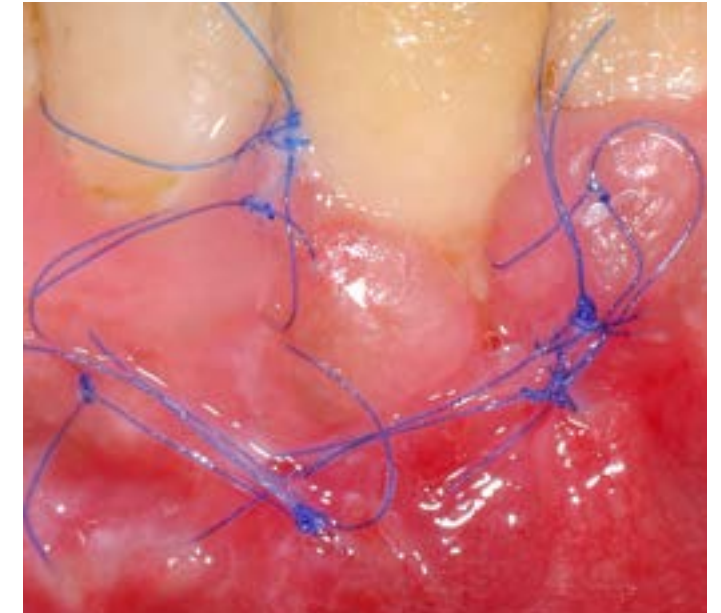
Утягивание СНЛ на швах.



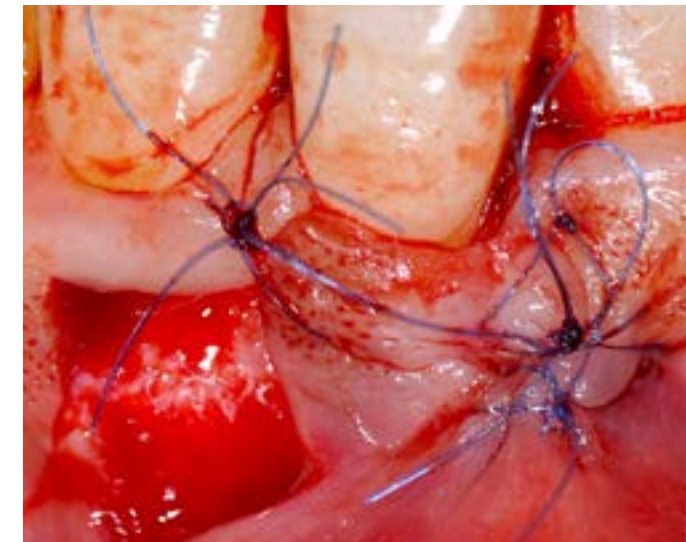
Первичная фиксация двойным обвивным петлевым швом в области перемещенного латерально СНЛ.



Зафиксировали СНЛ. Остался дефект не покрытый эпителиальным слоем. Он будет ушит для заживания вторичным натяжением.



Вид через 14 дней после операции. В области медиального края дефект - отсутствие эпителизации. СНЛ прижился, донорское место эпителизировано. Пациентка нарушала режим обработки, не выполняла рекомендации, пациент курящий и поэтому произошла флотация СНЛ с напряжением.



Зафиксирован латеральный СНЛ и ушит вертикальный разрез в области уздечки нижней губы.



Состояние тканей после снятия швов.



Непокрытая эпителием зона ушита крестообразным вертикальным швом с гемостатической коллагеновой губкой.



Состояние тканей через 14 дней после снятия швов. Внимание на индивидуальную гигиену.



Сравнение до и после. Внимание на ширину и созданный объём прикрепленной десны. Дефект в последствии дезэпителизовали и сшили между собой края. В итоге рецессия устранена, проблемы с зубов решены.

Сочетание коронального смещения с латеральным

Сочетание коронального смещения с латеральным. Очень редкие случаи. Очень выраженная потеря кости и мягких тканей. Как правило, рецензии 2 и 3 класса в дистальных участках верхней и нижней челюстей.



Клинический пример №7

Клинический пример №8. Исходная клиническая картина. 3 класс рецессии. Частичная утрата межзубных сосочков. Наличие некариозных поражений. 16 зуб лишен костной поддержки.



Наличие некариозных поражений. 16 зуб лишен костной поддержки. Нет замыкающей пластинки.



Измерение ГР в области 13,14,15 и 16 зуба.



Измерение РРД 13, 15 и 16 зуба.



Дизайн СНЛ.



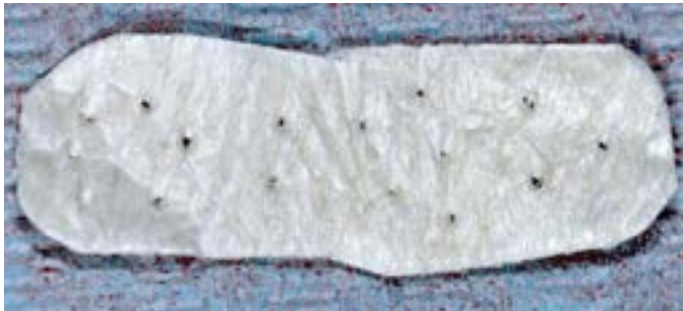
Дизайн СНЛ. в Области 16 зуба - латеральное перемещение, а 15-14 - корональное смещение. Характерный дизайн в зоне 13-14.



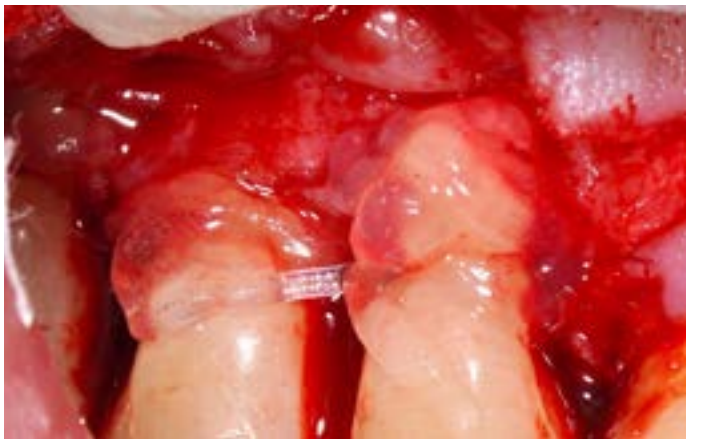
Подготовка пластического материала для пластики из ТМО перфорированием с шагом 4-5 мм зондом.



Перфорации на расстоянии 4-5 мм. Толщина - 0,1-0,2 мм. Лиофилизированный материал легко готовится в сухом виде.



Подготовленный трансплантат из ТМО для муко-гингивальной пластики.



Этап обработки поверхностей корней в области 16-15-14 с применением 17% ЭДТА, 2 минуты. Нанесение ЭДТА геля для буферизации бесклеточного цемента корня зуба.



ТМО зафиксирована в области зубов 16-15-14 к межзубным сосочкам.



Пропитанная кровью регидратированная ТМО, зафиксированная в области зубов.



Фиксированный СНЛ. В области 14-15 корональное перемещение, а 16 - латеральное и корональное с ушиваем вертикального латерального разреза. Произошла перфорация из-за тонкого биотипа десны.



Состояние тканей пародонта на этапе снятия швов. В области 16 зуба есть флотация. Ткани в области 15 - намного лучше. В области 14 не соответствуют желаемому результату.



Обратите внимание на флотацию СНЛ в области зуба 16.



Обратите внимание на состоятельность швов. Отсутствие полной эпителизации.

Состояние тканей через 14 дней на снятии швов. Зуб 14.



Детальное изучение швов в области фиксированного СНЛ.



Флотация десны в области 16.



Видно, что недостаточная мобилизация, поэтому СНЛ отъехал вверх.



Сравнение исходной картины и картины через 14 дней.



Состояние тканей пародонта через 6 месяцев после операции. 15 зуб - практически полное устранение. У 14 - созрывается. У 16 - 74% закрытия поверхности корня. Положительная динамика в области МЗС. Они увеличились в объёме, когда вначале утрата была больше 1/2. Флотации нет. ЗДК плотные, 1,5-2 мм зондирование.



Появление прикрепленной десны 14-15-16. Наличие васкуляризации апиальнее рецессий в области пластического материала.



Ткани пародонта через 9 месяцев. Меняется объём тканей в области 16 зуба. Появляется объём прикрепленной десны.



Состояние тканей через 1,5 года. У 15 зуба - устранена рецессия. У зуба 14 рецессия составляет 0,5 мм.



Состояние тканей через 1,5 года. У 16 зуба - более 80% поверхности корня зуба закрыты. Отличный объём кератинизированной десны.



Измерение РРД 16 и 15 зубов.



Измерение РРД 14 и 13 зубов.



Фотопротокол тканей пародонта через 3 года. В области всех зубов объём прикрепленной десны. Рецессия у 15 - полностью устранена, у 14 - 0,5 мм, у 16 - 1,5 мм. Обнаженный на 8 мм корень закрыт.



Измерение РРД 16 и 15 зубов через 3,5 года.



Измерение РРД 14 зуба через 3,5 года.



Хирургическое лечение одиночных и множественных рецессий десны в области зубов и имплантатов с использованием материалов «Лиопласт»®

Часть 3

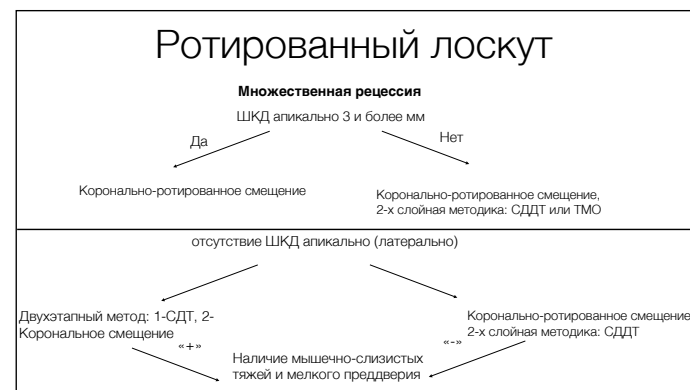
Хирургическое лечение одиночных и множественных рецессий десны в области зубов и имплантатов с использованием материалов «Лиопласт».

Ротированный лоскут

Показания:

- 1 и 2 классы рецессии по Миллеру.
- Множественные рецессии.

Рассмотрим метод ротированного лоскута. Показания: 1 и 2 класс рецессии десны по Миллеру и множественные рецессии.



Применяется при множественных рецессиях. Схема отражает алгоритм выбора метода: однослойный или двухслойный, одноэтапный или двухэтапный. Мы можем при наличии измерений и клинического осмотра сделать выбор в сторону одной или другой методики оперативного устранения рецессии.

Ротированный лоскут

Противопоказания:

- 3 (под ?) и 4 классы рецессии.
- Высокий УКПД.
- Мелкое преддверие полости рта.

Противопоказания. 3 и 4 класс рецессии, высокий уровень клинического прикрепления, мелкое преддверие полости рта. 3 и 4 класс - метод основан на совмещении хирургических и анатомических деэпителизированных сосочков. При невозможности совместить - метод не применим. Высокий УКПД - нет возможности ротировать СНЛ и переместить коронарно. Мелкое преддверие - СНЛ не может быть тщательно мобилизован.

Ротированный лоскут

Методика операции:

1. Дизайн разреза: измерение глубины рецессии десны;
2. Отложить длину ГР от вершины анатомического сосочка; эта точка - вершина хирургического сосочка;
3. Формирование СНЛ (Расщепленный-Полнослойный-Расщепленный);
4. Деэпителизация анатомических сосочков;
5. Обработка поверхности корня;
6. Мобилизация СНЛ;
7. Фиксация СДДТ или ТМО если 2-х слойная методика;
8. Фиксация СНЛ.

Методика операции. Дизайн разреза начинает с измерения ГР. Далее откладываем величину ГР от вершины анатомического сосочка - это уровень хирургического сосочка. Формирование СНЛ полнослойно-расщепленного. Деэпителизация анатомических сосочков. Обработка поверхности корней. Мобилизация СНЛ. Подготовка и фиксация пластического материала. Фиксация пластического материала. Фиксация СНЛ.

Ротированный лоскут

Осложнения Местные:

- Расхождение швов.
- Рецидив.
- Обнажение ТМО и СДДТ.
- Гематома, отек.

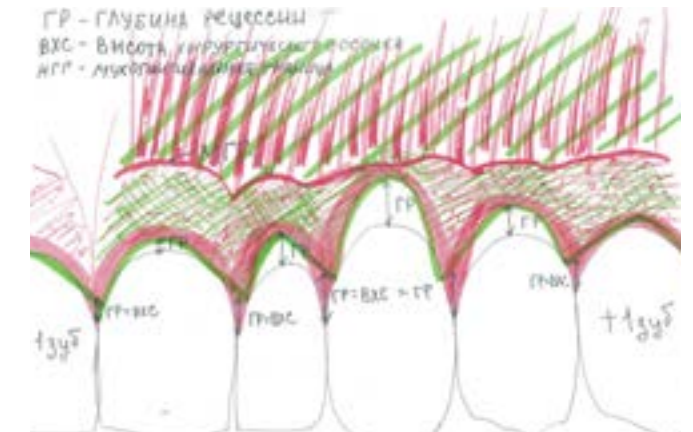
Осложнения. Местные: расхождение швов, рецидив, обнажение пластического материала, гематома, отек. Расхождение швов - возвращение СНЛ обратно. Решаемое осложнение повторной операцией. Рецидив говорит о неправильном выборе методики, вопросы к планированию. Обнажение материала - не несут потери, но эстетически выглядит плохо. ТМО может резорбироваться. А трансплантат эпителизируется. Все равно все заживет. Гематома и отек - чаще от самой операции.

Ротированный лоскут

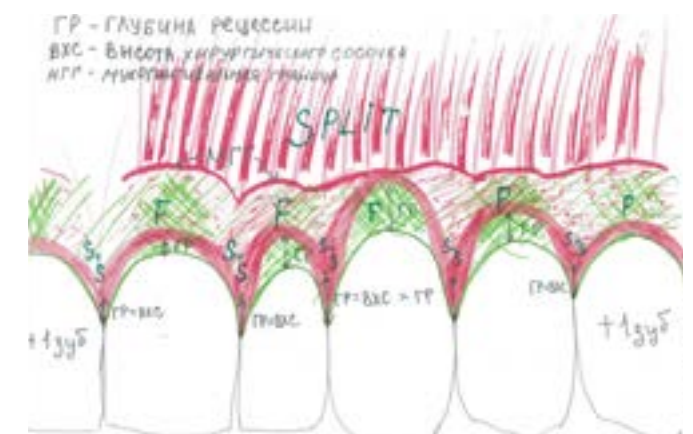
Осложнения Общие:

- Реактивность на ТМО.
- Повышение температуры тела.

Осложнения общие: реактивность на ТМО, повышение температуры тела. Никаких особенностей здесь нет.



Дизайн ротирования и всей операции. Метод называется коронарно ротированный лоскут для устранения множественной рецессии. Традиционно выбирается центральный зуб, классически - это клык на верхней челюсти, вокруг которого СНЛ ротировался путем не только коронального перемещения, но и увеличения зоны прилегания СНЛ в области корней и межзубных промежутков. Измеряем ГР центрального зуба. Откладываем ее от высоты сосочков с обеих сторон. Поставили точку - это вершина хирургического сосочка. Далее идем в обе стороны дистально и медиально, делаем аналогично. И в дизайн разреза включаем по 1 зубу с каждой стороны, чтобы не делать вертикальные разрезы. Сулькулярный разрез в области центрального зуба, совмещаете точку с зенитом рецессии соседнего зуба в каждую сторону. Зенит 22 с точкой у 23, Зенит 24 с точкой у 23. Зенит 21 с точкой у 22, Зенит 25 с точкой у 24. Зенит зуба 11 с точкой у зуба 21.



Фиксация коронарно радированного СНЛ. Перемещенный полнослойный СНЛ попадает в области рецессий, а расщепленные участки попадают в области деэпителизированных сосочков. Фиксация СНЛ сначала вокруг центрального зуба двойным, обвивным петлевидным швом. Затем в дистальную сторону, затем в медиальную.

Клинический пример №8



Клинический пример № 8. Пример устранения множественной рецессии десны классического характера методом коронально радированного лоскута по Зуккелли. Внимание на ГР, наличие абразий. Алгоритм выбора - на двухслойную методику с пластическим материалом ТМО.



Измерение РРД в области рецессии 22 зуба.



Измерение РРД в области рецессии 23 зуба.



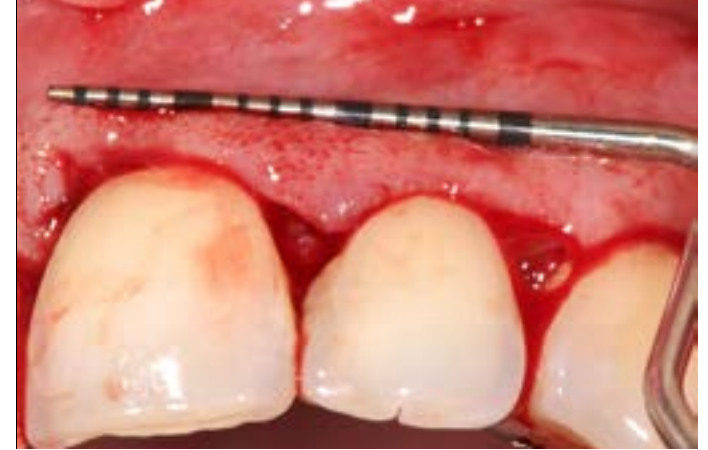
Измерение РРД в области рецессии 21 зуба.

Формирование СНЛ и выбор дизайна. Внимание на точки - это измерения ГР, отложенные от высоты сосочка.





Дизайн разреза. Внимание на сосочки, которые стремятся к центральному зубу 23.



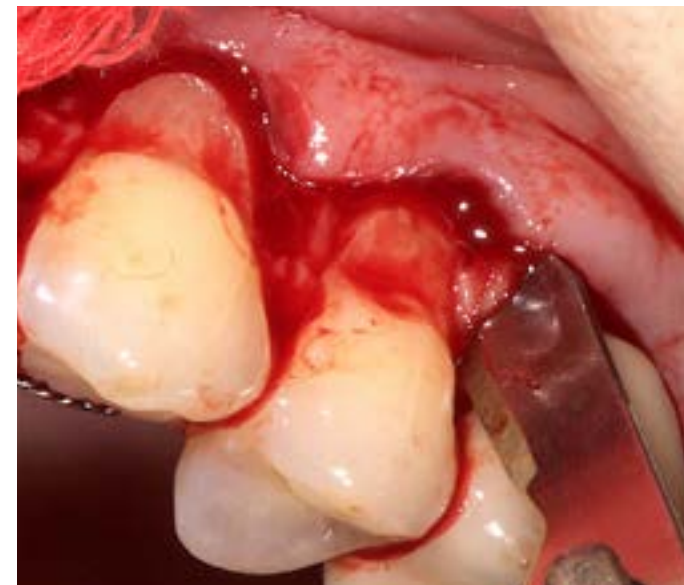
Измерение объема пластического материала ТМО алогенного происхождения.



Дизайн разреза. Формирование СНЛ.



Подготовка ТМО для пластики десны в области множественных рецессий - перфорация до регидратации.



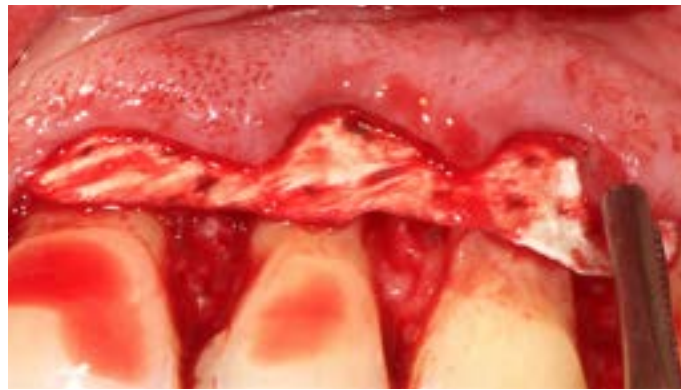
Дезэпителизация анатомических межзубных сосочков.



Вид ТМО подготовленной перед внесением в области пластики.



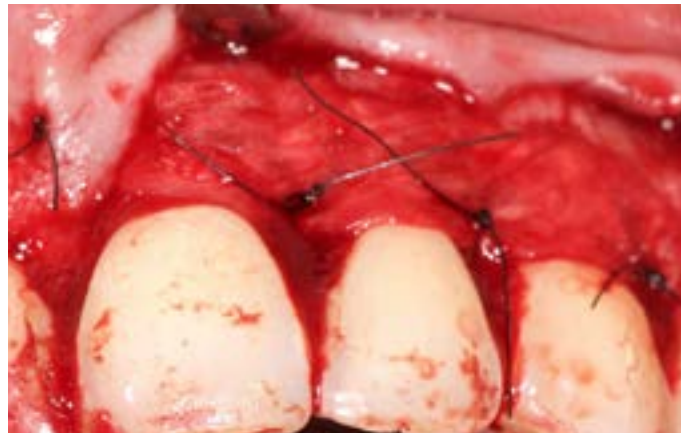
Внесение пластического материала в зону рецессии.



Начало фиксации и примерки ТМО.



Результат лечения спустя 6 месяцев. Состояние тканей.



Фиксация ТМО в области рецессии к межзубным промежуткам узловыми швами.



Детальное рассмотрение. Не везде резорбируемый шовный материал деградировал. Есть артефакты швов.



Фиксированный СНЛ двойными обвивными швами.



Состояние тканей через 9 месяцев во 2 сегменте. Видно изменившийся объем и структуру тканей пародонта.



Результат лечения спустя 3 месяца. Внимание - биогдеградация ТМО с изменением формы и размера объема тканей пародонта.



Детальное изучение в области рецессий через 9 месяцев. Внимание - 21 зуб имеет рецидив, что связано с недостаточной мобилизацией тканей в области уздечки верхней губы.



Детальное изучение в области рецессий через 9 месяцев. 22 23 и 24 - устранена полностью и в области 21 зуба - частично.



Измерение ТКД в области зубов 22 и 23.



Измерение РРД для заполнения пародонтальной карты через 9 месяцев.



Измерение ТКД в области зуба 22. Зонд со стопером.



Измерение ГР в области 22 зуба.



Измерение ЗДК в области 22 зуба.



Измерение ГР в области 21 зуба.



Глубина зондирования в области операции. Маленькое пятнышко крови, где проведено измерение ТКД.



Глубина зондирования в области 24 зуба.



Состояние после одонтопластики, после полировки поверхности.



Состояние тканей через 3 года во 2 сегменте. Стабильный результат по всем показателям.



Состояние через месяц после одонтопластики. Всегда необходимо оценить, что коррекция в области абразии никак не повлияла на состояние пародонта.



Состояние тканей через 3 года во 2 сегменте. Рецессия в области 21 зуба осталась на том же уровне. На 22 нет рецессии, есть абразия; на 23 нет рецессии, есть дополнительный объём; на 24 нет рецессии, есть абразия.



Фиксация результата.



Область одонтопластики. Решили повторно не оперировать 21 зуб. А реставрациями решили проблему абразий и оставшейся рецессии на 21 зубе.



Сравнение до и после лечения. Исходная клиническая картина. Оставшаяся часть рецессии в области 21, полное устранение 22, увеличение в области 23 объёма тканей, полное устранение в области 24. И проведенная одонтопластика.



Клинический пример №9-10

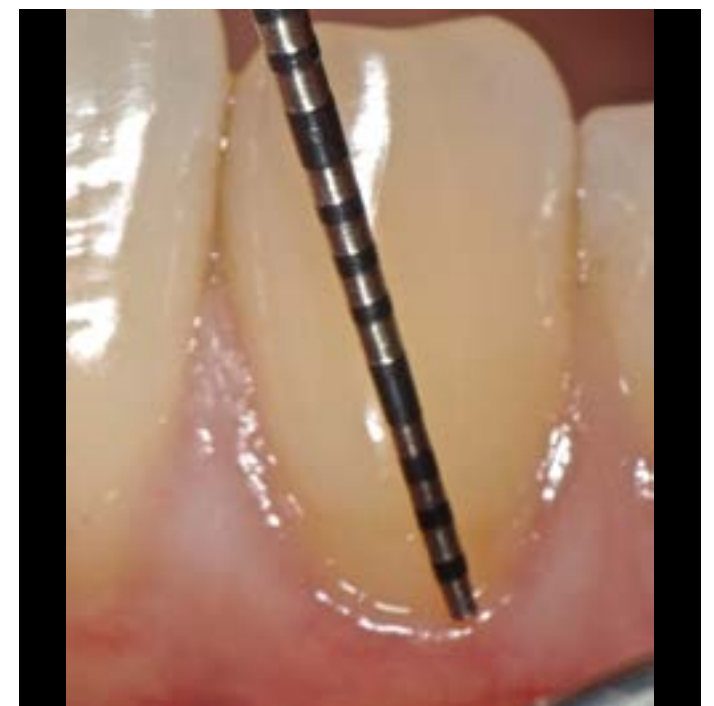
Клинический пример 9-10. Рассмотрим методику при-
менения ТМО и СДДТ. Рецессии все 2 класса, 1 класса нет.
3 класс тоже есть. Главная особенность - критически тонкий
биотип десны. Корни зубов просвечивают через слизистую.



Измерение ГР и РРД 34 зуба.



4 сегмент. Корни зубов просвечивают через слизистую.



Измерение ГР и РРД 33 зуба.



Измерение РРД 36 зуба.



Измерение ГР и РРД 43 зуба.



Измерение РРД 35 зуба.



Измерение ГР и РРД 44 зуба.



Измерение ГР и РРД 45 зуба.



Измерение ГР и РРД 46 зуба.



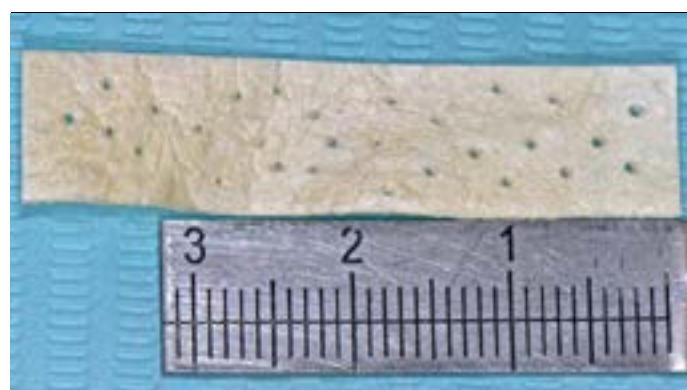
Дизайн СНЛ в 3 сегменте. 3 и 4 сегмент, фронтальный участок выполнены в одну операцию. Особенность разрезов. На верхней челюсти в прошлом случае не делали вертикальный разрез. Здесь мы используем технику одного медиального разреза, в данном случае 33-32 зубы.



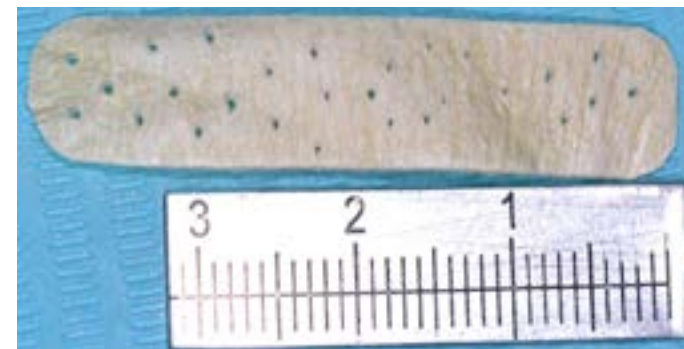
Не смотря на тонкий биотип, удалось в некоторых местах апроксимально расщепить СНЛ. При таком состоянии тканей технически это сложно.



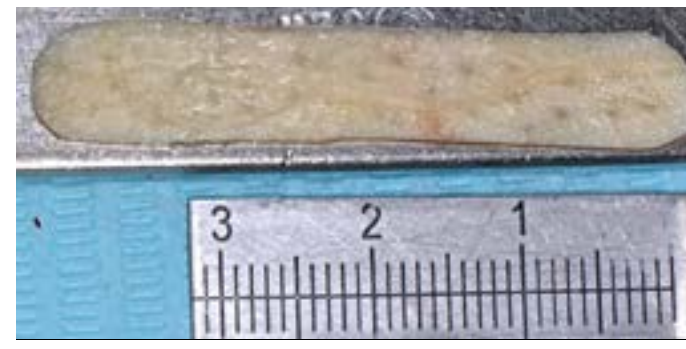
Подготовка ТМО 4 см. Перфорации.



Перфорированная ТМО с линейкой.



Перфорированная ТМО с линейкой скругленная по краям. Это качественно влияет на ее адаптацию.



Перфорированная ТМО с линейкой скругленная по краям, регидратирована.



ТМО регидратирована и зафиксирована в полости рта в 3 сегменте.



4 сегмент. Потеря костной массы вестибулярно. Удалось создать расщепленную слизистую в межзубных промежутках, но не везде. Вертикальный разрез 42-43 по методике для нижней челюсти.



Зафиксирована в межзубных промежутках ТМО простыми узловыми швами. Снаружи дополнительно подшита для прилегания к принимающему ложу, что ускорит ее васкуляризацию.



4 сегмент через 14 дней. Этап снятия швов.



Ушитая операционная рана двойными обвившими швами. Совмещены сосочки анатомические с хирургическими. В области 33-34 произошла перфорация СНЛ, биотип десны не выдержал.



3 сегмент через 14 дней. Этап снятия швов. Внимание - в зоне 33-34 где была перфорация - истончение СНЛ, нет сращения ТМО и СНЛ. Видимо в этом участке некротизировался фрагмент ТМО, деградировал слюнной жидкостью. Незначительное осложнение.



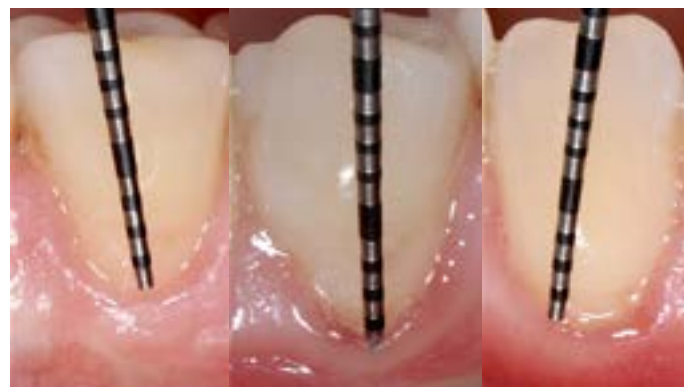
Состояние тканей через 3,5 месяца. 3 сегмент. Внимание - активная васкуляризация в области 34 35 33, активный рост тканей, биотип изменился, корни не видны через слизистую.



Измерение РРД у 36 зуба.



Появление зоны прикрепленной десны в области 36 35 34 и 33.



Измерение РРД у 35-33 зубов.



Результат через 3 месяца. Активный рост капилляров, изменение биотипа и формирование прикрепленной десны в области всех оперированных зубов. Уплотнение и изменение биотипа десны 46 45, чуть меньше 44, и пока недостаточный результат в области 43 зуба.



Состояние тканей через 6 месяцев. Стабильный результат.



Измерение ГР оставшейся рецессии у 36 зуба.



Измерение РРД у 43-45 зубов.



Измерение РРД у 46 зуба.



Состояние через 5 месяцев. активная васкуляризация в области формирования прикрепленной десны.



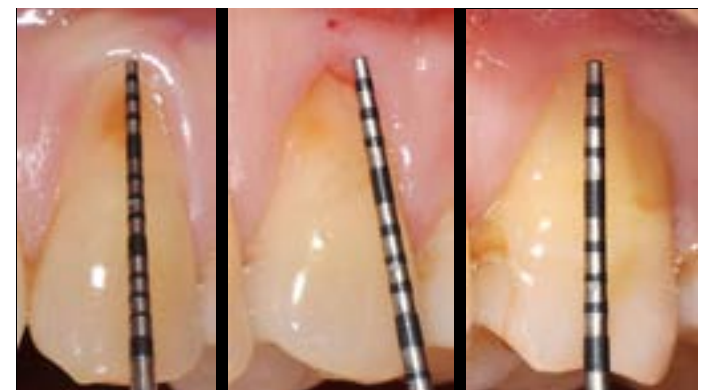
3 сегмент. Картина до и после. Внимание - изменили биотип десны. Устранили не везде, но самое главное: создали прикрепленную десну, устранили тяжи, создали условия для стабилизации рецессий. Есть данные по % закрытия корней зубов.



4 сегмент. Картина до и после. Внимание - не просвечивает корни зубов через десну у 44 45 46. Рецессии десны устранены частично или полностью, биотип десны изменен.



Клинический пример №11. 2 сегмент. Внимание - генерализованная форма рецессий с абразиями, критически тонкий биотип, ишемичные белесые десны, мало трофики. Критически глубокая рецессия на клыке. оперировали только 2 сегмент. Метод коронально ротированного лоскута Зуккели-Санктис. Центральный зуб 23.



Заполнение пародонтальной карты. 24 25 26 зубы. Измерение РРД.



Заполнение пародонтальной карты. 21 и 22 зубы. Измерение РРД.



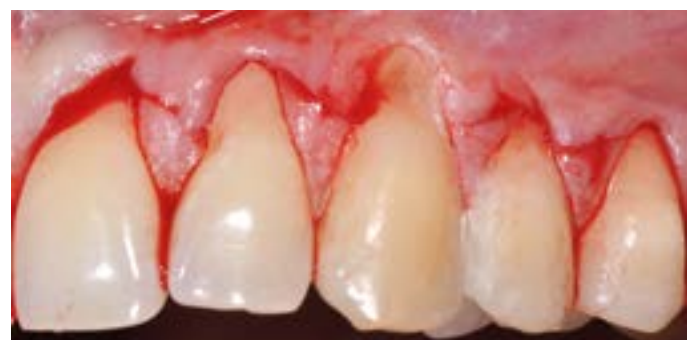
Заполнение пародонтальной карты. 23 зуб. Измерение РРД.



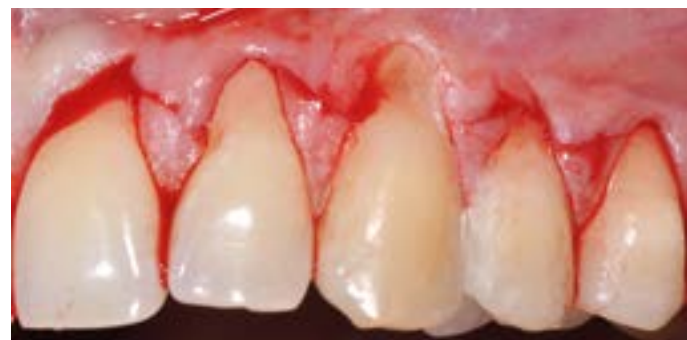
Откладывание контрольных точек разреза.



Откладывание контрольных точек разреза. 24 зуб, дистальный сосочек.



Дизайн разреза. ротированный коронально смещенный СНЛ. Все сосочки хирургические обращены к нему.



Дизайн разреза. ГР откладываем от вершины анатомического сосочка.



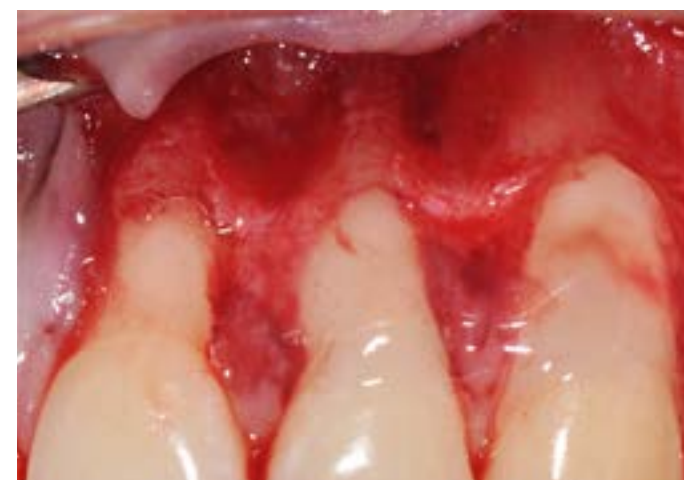
Сформирован расщепленный СНЛ. Фенестрация замыкающей кортикальной пластинки вестибулярно. Высокий уровень прикрепления, глубокие абразии. Все что ожидали по КТ. В операцию добавляем с каждой стороны + зуб. Вертикальные разрезы не проводятся.



Проверка мобилизации СНЛ.



Обработка поверхностей корней 17% ЭДТА. 2 минуты экспозиция.



Обработка поверхностей корней.



Форма выпуска ТМО в упаковке.



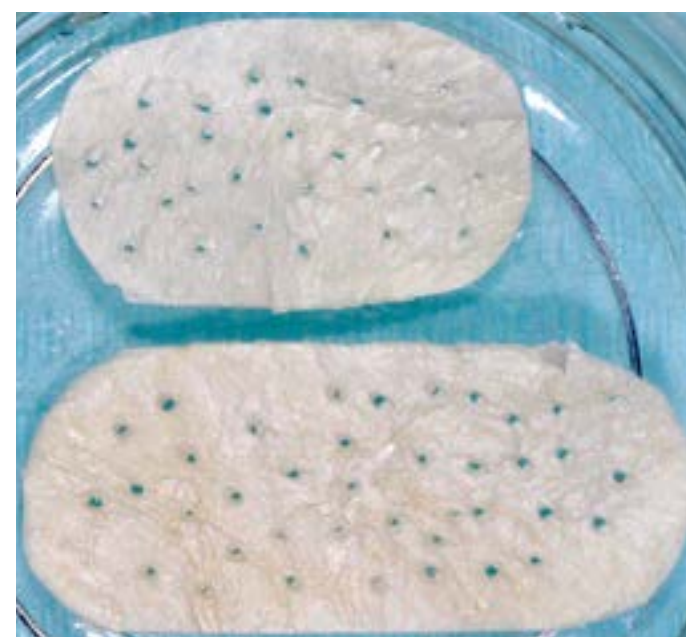
ТМО не подготовлена, определены размеры.



Подготовленная и перфорированная ТМО до регидратации.



СДДТ взятый с неба.



Подготовленная и перфорированная ТМО до регидратации. 2 фрагмента.



СДДТ. Оценка толщины.



СДДТ.



Деэпителизация трансплантата.



Деэпителизация трансплантата.



Финишная деэпителизация трансплантата.



Внешний вид СДДТ перед установкой.



Фиксация пластических материалов. В области зуба 23 - критически глубокая рецессия. Сюда установлен СДДТ. В остальных участках из-за недостатка СДДТ применили ТМО. Все материалы зафиксированы простыми узловыми швами к межзубным пространствам.



Крупный вид фиксации СДДТ узловыми швами.



Особенности и детали фиксации.



Фиксация ТМО в межзубном промежутке.



Тмо полностью вся укрытая расщепленным СНЛ.

Ушита рана. Сосочки все совмещены. В области 23 и 24 зуба можно видеть фрагмент СДДТ. Вдобавок после мобилизации, ротации и фиксации СНЛ были установлены дополнительно горизонтальные матрасные крестообразные швы. Они убирают напряжение тканей и препятствуют миграции СНЛ. Дополнительно композитный шов для компенсации включения еще одного зуба в операцию.



Особенности фиксации. Двойной обвивной сосочковый шов. Каждой стороны должен быть узелочек и с каждой стороны петелечка.



В области 25 зуба даже избыточное коронарное смещение. Это вызвано критической глубиной рецессии зуба 23.



Состояние тканей спустя 3,5 месяца. Зуб 26 - нет рецессии, 25 - нет рецессии, 24 - нет рецессии, 23 - нет рецессии, 22 - осталось 1,5 мм, 21 - осталось 1,5 мм.



Картина до и после лечения. Качественное изменение биотипа десны. Сопоставимый результат у СДДТ и у ТМО. Везде прикрепленная десна. Везде устранены рецессии.



Клинический пример №12

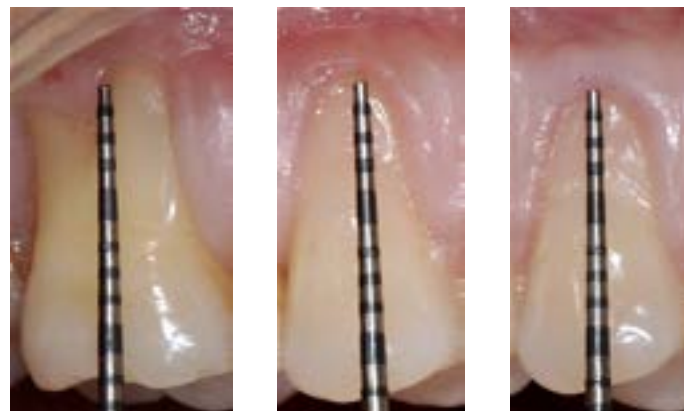
Клинический пример №12. Внимание - та же пациентка. Вмешательство в 1-ом сегменте. Виден результат 2 сегмента. Проблемы с неоперированным участком - те же самые.



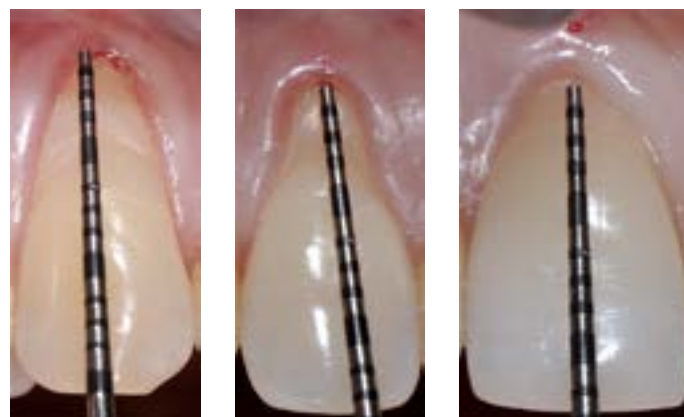
Фиксация 24 25 26 результата. Измерение РРД.



Заполнение пародонтальной карты 1 сегмента. Измерение РРД на 16 зубе.



Заполнение пародонтальной карты 1 сегмента. Измерение РРД на 16, 15, 14 зубах.



Заполнение пародонтальной карты 1 сегмента. Измерение РРД на 13, 12, 11 зубах.



Фиксация 21 22 23 результата. Измерение РРД.



Дизайн разреза и СНЛ. В области 16 зуба комбинация коронального и латерального перемещения.



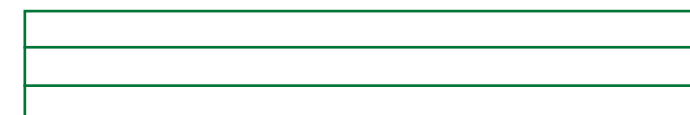
Центральный зуб 13. Хирургические сосочки все ротируются в сторону центрального зуба.



Зона латерального разреза у зуба 16.



Проверка мобильности СНЛ.



Мобилизация СНЛ.



Деэпителизированные анатомические сосочки. контроль мобильности СНЛ.



Удалось сохранить расщепленность в апроксимальных участках.



Подготовка зубов к обработке поверхностей корней.



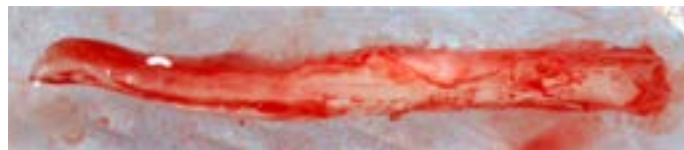
ТМО до подготовки.



Перфорированная ТМО до регидратации.



Забор СДТ в области неба.



СДТ, толщина и объем.



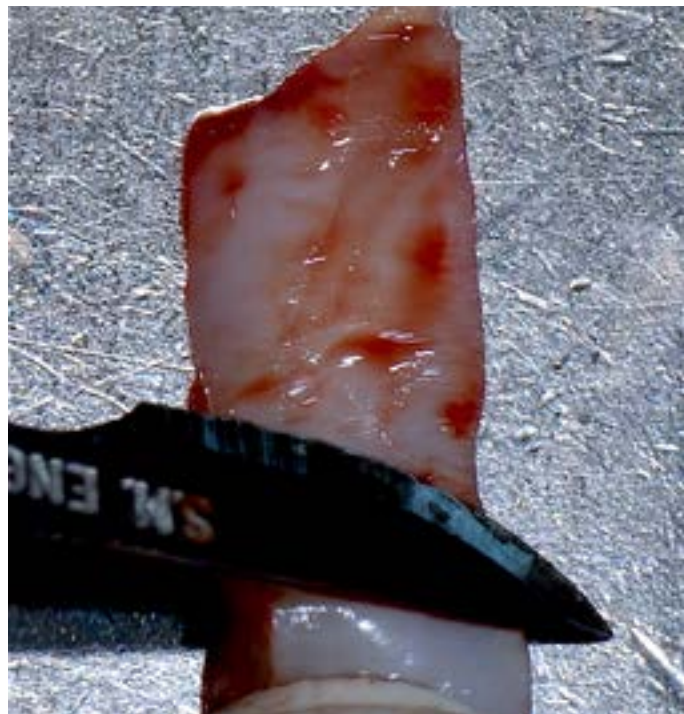
СДТ, толщина и объем.



Деэпителизация. Превращение СДТ в СДДТ.



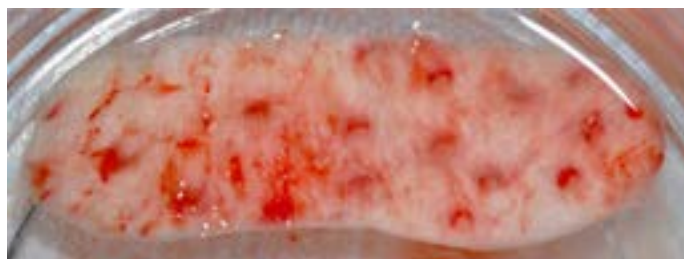
Деэпителизация. Превращение СДТ в СДДТ.



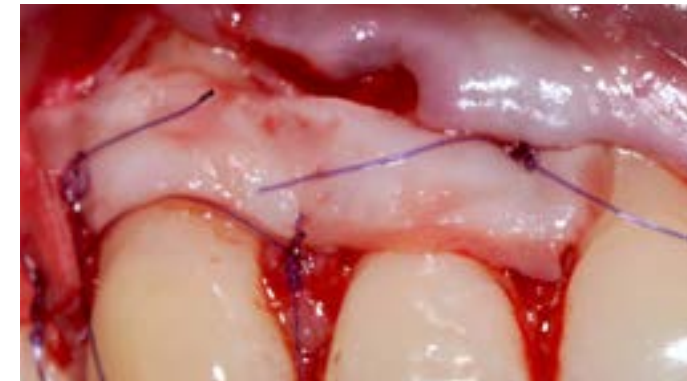
Деэпителизация. Превращение СДТ в СДДТ.



СДДТ, внешний вид.



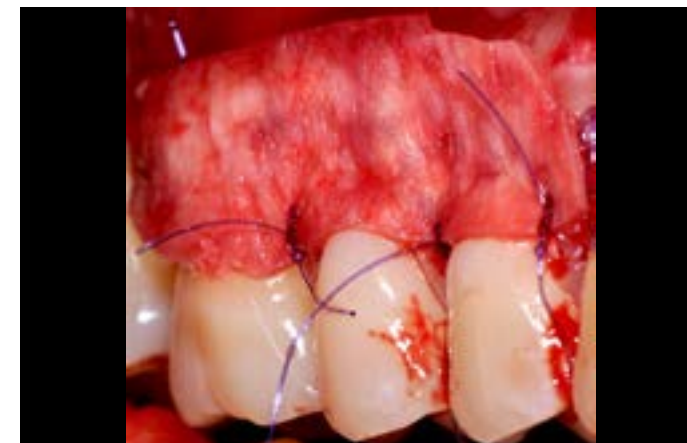
Подготовленная регидратированная ТМО.



Фиксация СДДТ в области 12-13 зубов простыми узловыми швами в межзубном промежутке.



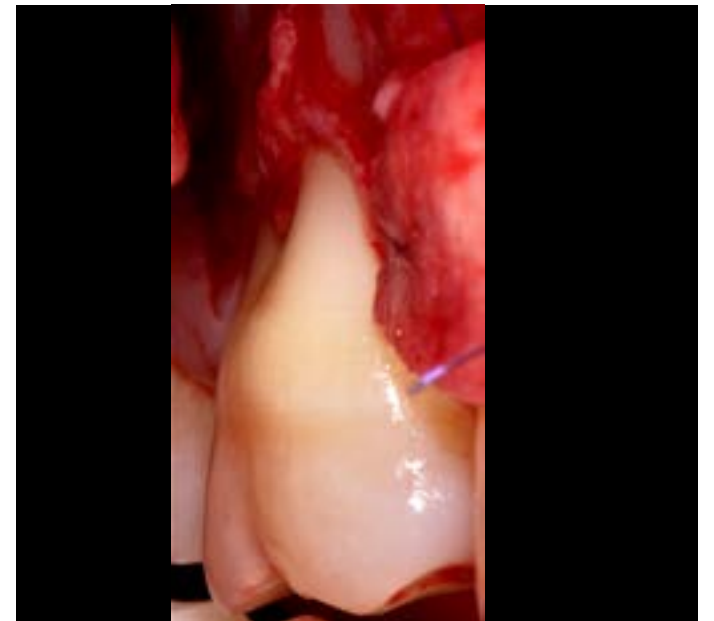
Фиксация ТМО в области зубов простыми узловыми швами в межзубном промежутке.



Фиксация ТМО в области 14-15-16 зубов простыми узловыми швами в межзубном промежутке.



Видно, что первично отдается предпочтение СДДТ, а на нем лежит ТМО.



Зона фиксации и переноса СНЛ при латеральном перемещении.



Результат спустя 14 дней. Снятие швов.



Результат спустя 14 дней. Снятие швов. В области 16-15 зуба сохраняется флотация, но пошел динамический этап образования капиллярной сети с характерным покраснением.



Недостаточно мобильный лоскут у 16 и он мигрировал апикально.



В области 16-15 зуба сохраняется флотация.



Состояние через 12 месяцев. Стабильность результата. Есть везде прикрепленная десна, изменение биотипа, устранение рецессий. В области некоторых зубов десна кератинизируется.



Картина через 2 года от последней операции. Изменен биотип, устранены рецессии, самые глубокие - частично. С точки зрения зубосохранения - 100% результат. Вопрос стоял о потере зубов, что связано с отсутствием кортикальной пластинки, не говоря о чувствительности и эстетических проблемах.



Сравнение до и после операции через 14 дней.



Состояние через 12 месяцев после операции. У зубов 12 и 13 и 15 - полное устранение. У 14 зуба остаточо 1 мм. Не очень хорошая картина у 16 зуба, ждем повторная операция.



Измерение РРД у 16 зуба.



Измерение РРД у 15 зуба.



Измерение РРД у 14 зуба.



Измерение РРД у 13 зуба.



Измерение РРД у 12 зуба.



Измерение РРД у 11 зуба.



Измерение ТКД у 13 зуба.



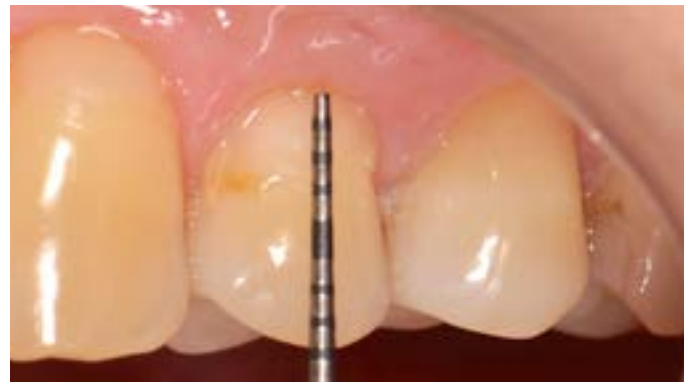
Картина состояния тканей после одонтопластики у 14-15 зубов.



Фиксация результата во 2 сегменте. Одонтопластика у 24 зуба.



Одонтопластика 23 и 24 зубов.



Измерение РРД у 24 зуба.



Измерение РРД у 21 зуба.



Измерение РРД у 25 зуба.



Измерение РРД у 22 зуба.



Измерение РРД у 26 зуба.



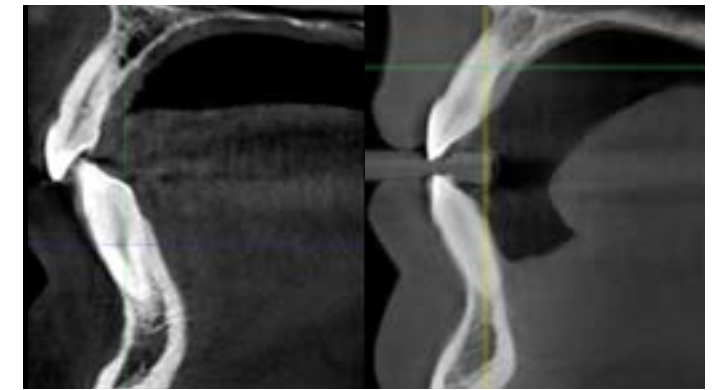
Измерение РРД у 23 зуба.



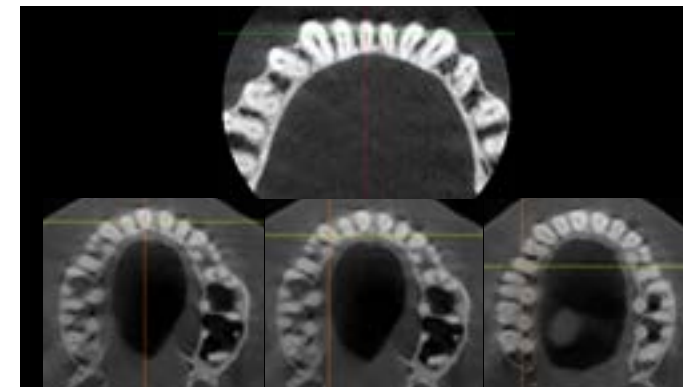
Состояние тканей пародонта. Большой объем прикрепленной кератинизированной десны. Сопоставимо в зоне СДДТ и ТМО.



Исходная картинка КЛКТ. Видно корни зубов выпирающие из кости.



Центральные резцы до (слева) и после (справа). Тонкая полоска - это и есть кортикальная замыкательная пластинка.



КЛКТ до хирургического лечения сверху, а после снизу. Видно, что объём костной массы увеличился. Верхняя челюсть.



Состояние до 6 зубов (сверху) и после (снизу). Особенно у зуба 26 видно как сформировалась снаружи кость.



КЛКТ до хирургического лечения сверху, а после снизу. Видно, что объём костной массы увеличился. Нижняя челюсть. Везде кость достигает наружного овала и формируется замыкательная пластинка.

[illegible]

Хирургическое лечение одиночных и множественных рецессий десны в области зубов и имплантатов с использованием материалов «Лиопласт»®

Часть 4

Презентация 4. Хирургическое лечение одиночных и множественных рецессий десны в области зубов и имплантатов с использованием материалов «Лиопласт».

Превентивное увеличение объема десны перед ортодонтическим лечением

Превентивное увеличение объема десны перед ортодонтическим лечением. Для нас сегодня не просто заголовок - это самое неприятное осложнение - рецессия десны. Возникают в связи с недопланированностью и неосмотренностью пациента. Чаще всего можно было избежать, снизить риск. Рассмотрим предварительное изменение биотипа десны до ортодонтического лечения при тонком биотипе и уже имеющихся рецессиях десны. Пациенту предстоит лечение, но рецессии требуют пародонтологическую коррекцию. Мы предложили увеличение объема десны превентивно до установки ортодонтических конструкций.

Клинический пример №13



Клинический пример №13. На фото один из этапов генерализованного увеличения объема десны, создание прикрепленной десны в зоне рецессий. Картина через 1,5 месяца. Присутствуют прикрепленная и кератинизированная десна, отсутствуют тяжи. Рецессии устранены, ортодонтическая патология налицо.



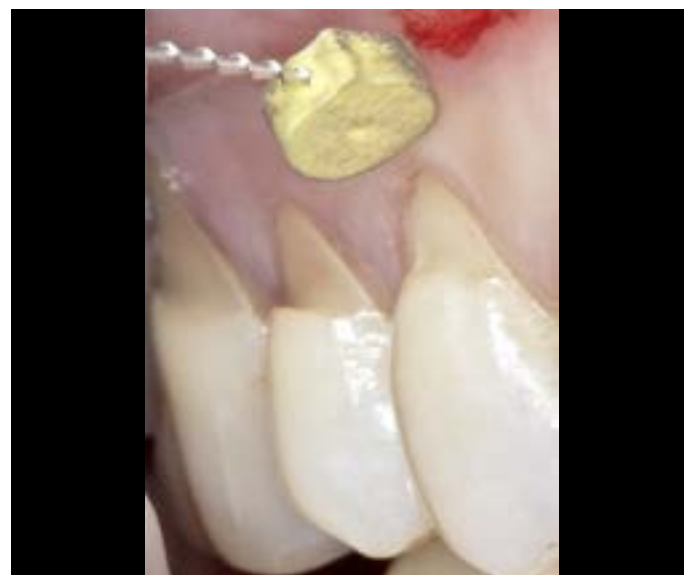
Планируется превентивное увеличение объема десны перед ортодонтическим лечением в 1-ом сегменте. Заполнение пародонтологической карты, измерение РРД 14 зуба.



Измерение РРД 16 зуба.



Имплантат ТМО в стерильной упаковке.



Измерение ТКД в области операции.



Измерение ТКД в области каждого зуба.



Измерение РРД в области 14 зуба.



Измерение ГР для дизайна разреза.



Измерение ГР для дизайна разреза в области 16 зуба.



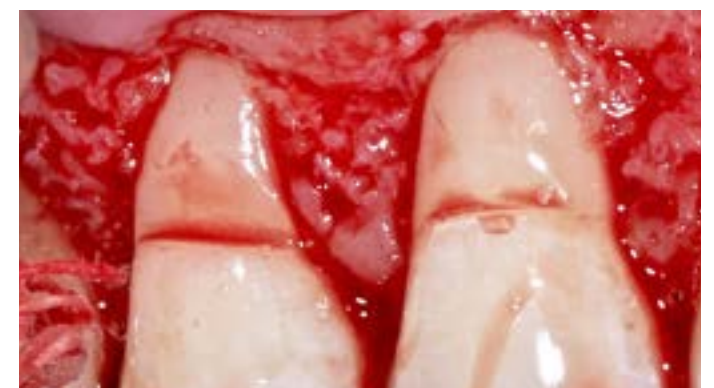
Дизайн разреза. В связи с тем, что ГР у 14 зуба больше, чем у 13 - принято решение центральным зубом сделать зуб 14 центральным зубов операции. Метод операции - коронально-смещенный ротируемый лоскут по Санктис-Зукелли.



Видно потер кортикальной кости вестибулярно. В анамнезе хронический пародонтит средней степени тяжести в острой форме. Сначала была решена проблема пародонтита. Потом пришли к муко-гингивальной хирургии. Внимание - на поражение до фуркации в области зуба 16.



Дезэпителизация анатомических сосочков.



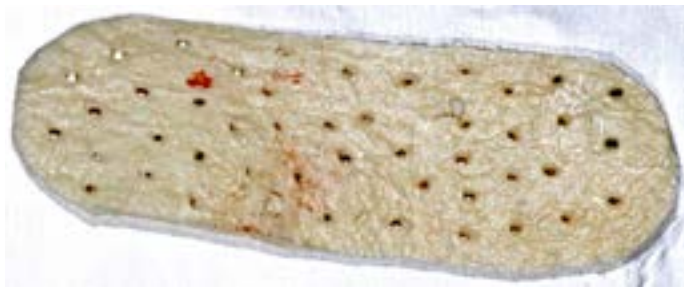
Сосочки дезэпителизованы. СНЛ мобилизован.



Обработка поверхности корней зубов гелем 17% ЭДТА, для буферизации зоны импрегнированного цемента корня.



Установлена и зафиксирована ТМО в области операции простыми узловыми резорбируемыми швами к межзубным пространствам.



Подготовленная перфорированная ТМО до регидратации.



СНЛ ротирован и зафиксирован в новом положении двойными обвивными петлевыми швами, хирургические сосочки совмещены с деэпителизированными анатомическими.



Мобилизация СНЛ для его мобильности и перемещения в новое положение.



Состояние после операции. Прооперированы обе челюсти. 3 месяца после последней операции.



Проверка мобильности СНЛ.



Состояние тканей пародонта через 4 месяца после операции. Устранены рецессии у зубов 12-13-14-15. Остается незначительная рецессия у 16 зуба. Создан объем прикрепленной десны и она начала кератинизироваться.



Через 6 месяцев в 1 сегменте. Есть признаки кератинизации у зубов 23-24-25.



Картина до и после лечения. Рецессии устранены, остались абразии в области шеек зубов и незначительная рецессия в области 16 зуба.



Установлена несъемная ортодонтическая техника. 1-я дуга. Результат стабильный.



Крупный вид тканей пародонта. У зубов 12-13-14 появилась кератинизированная десна, что свидетельствует о высоком качестве тканей образованной при оперативном вмешательстве.



Вид установленной дуги. Ткани пародонта в хорошем состоянии.



Стабильность тканей пародонта в области перемещенных зубов.



2 сегмент. Внимание - кератинизация 22-23-24-25 зубов. Все рецессии устранены.



Ротация 21-22 зубов и пародонт ведет себя очень хорошо.



Общий план на фото для визуализации состояния тканей пародонта.



3-я дуга. Стабилизация движения дуги. Ткани пародонта стабильны.



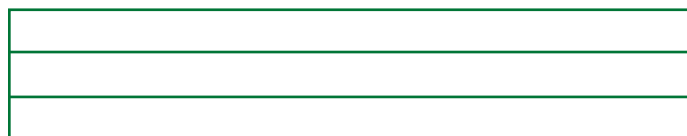
Внимание - глобальные перемещения зубов произошли. Ткани пародонта стабильны. Объем прикрепленной десны сохраняется, кератинизация нарастает. Рецессии не увеличиваются.



Внимание - состояние тканей пародонта. Ткани пародонта стабильны. Объем прикрепленной десны сохраняется, кератинизация нарастает. Рецессии не увеличиваются.



В фокусе 14-13-12 зубы. Результат стабильный.



Передние резцы выставлены в правильную окклюзию, развернуты по дуге. Немного колонковые части задвинуты орально. как правило, возникает рецессия по принципу «рычага». При созданном хорошем среднем биотипе десны и наличием прикрепления такого не происходит.



Образовалась убыль межзубного сосочка в области 11-12. Временная ситуация. Как восстановится контактный пункт - сосочек поднимется обратно. Ткани пародонта стабильны и много прикрепленной десны.



Зубы выставлены в зубную дугу и ткани пародонта стабильны.



Зубы выставлены в зубную дугу и ткани пародонта стабильны. Межзубные сосочки в норме, кератинизация нарастает.



На нижнюю челюсть установлена неспешная система. Начинаем наблюдать перемещение зубов.



Детальное изучение тканей пародонта. Они выдерживают нагрузку и ведут себя очень хорошо.



Детальное изучение тканей пародонта. Они выдерживают нагрузку и ведут себя очень хорошо.



Измерение РРД в области зубов 14 и 13.

Ортодонтическая аппаратура ведущих производителей

С НАМИ УДОБНО!

УСТРОЙСТВА ДЛЯ МИОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО РОСТА И ЗДОРОВЬЯ!

Fabrication Française
Произведено во Франции

power SCOPE 2
CLASS II CORRECTOR

bracepaste
band and build up

Компания Технодент - 20 лет на рынке ортодонтических материалов. В ассортимент компании входит полный спектр ортодонтической аппаратуры и комплектующих материалов, необходимых для успешной работы врачей-ортодонт.

Контакты: Санкт-Петербург, наб. канала Грибоедова, д. 5, оф. 411, 414
тел./факс: (812) 314-3578, 314-3176 www.americanorthodontics.ru



Измерение РРД в области зубов 12 и 16.



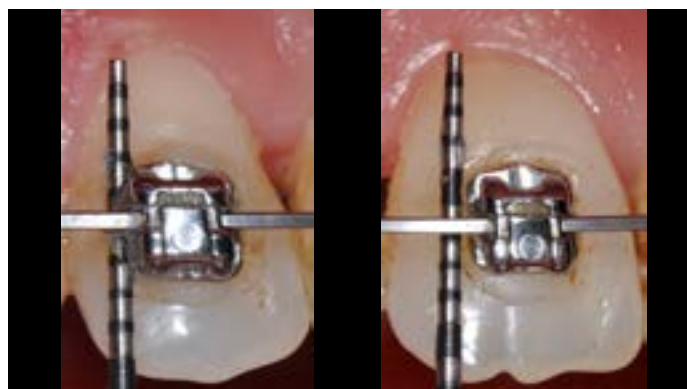
Анализ состояния пародонта. Увеличившиеся абразии как следствие ортодонтического лечения. Больше у зуба 16. Частичный рецедив у 16 зуба. Восстановлен сосочек 12-11, что было понятно.



Измерение РРД в области зубов 15 и 23.



Состояние тканей пародонта после снятия ортодонтической техники. 2 сегмент. Ткани кератинизированы, рецессии нет. Увеличившиеся абразии как следствие ортодонтического лечения у зубов 24 и 25.



Измерение РРД в области зубов 12 и 11.



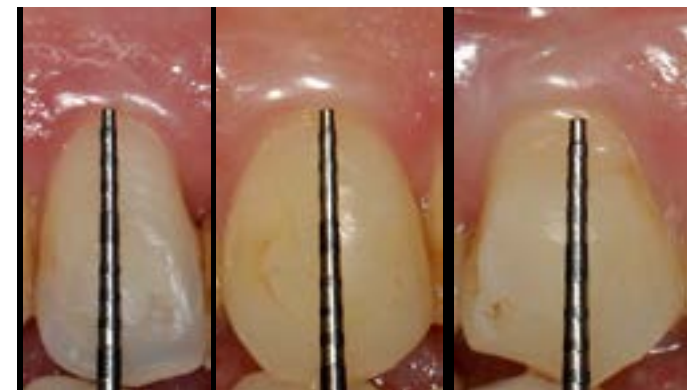
Состояние тканей пародонта после снятия ортодонтической техники. Фронтальный участок. Показана одонтопластика в области абразий. Претензий к тканям пародонта нет. Объем прикрепления сохранения, рецидива нет.



Состояние тканей пародонта после снятия ортодонтической техники. 1 сегмент.



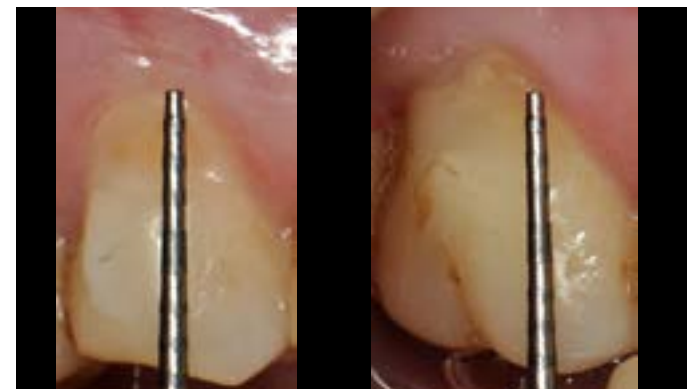
Состояние тканей пародонта в области нижних зубов фронтального отдела, резцов. Можно оценить увеличение объема и качество прикрепленной десны. Устранение рецессий. остался дефект из-за расхождения швов между центральными резцами, позже его устранили хирургически,.



Измеряем РРД для пародонтальной карты в области 22 23 и 24 зубов.



Рецессии 22-23-24. Абразии у 23-24 запломбированы композитор У 22 - 2 класс рецессии, убыль сосочка и нет прикрепления десны. Убыль сосочков на уровне мягких тканей, без вовлечения кости, из-за нарушения контакта с зубами 21. У 23 зуба - 2 класс, у 24 - 3 класса.



Измеряем РРД для пародонтальной карты в области 15 и 16 зубов.



Измерение РРД у 24-22 зуба.

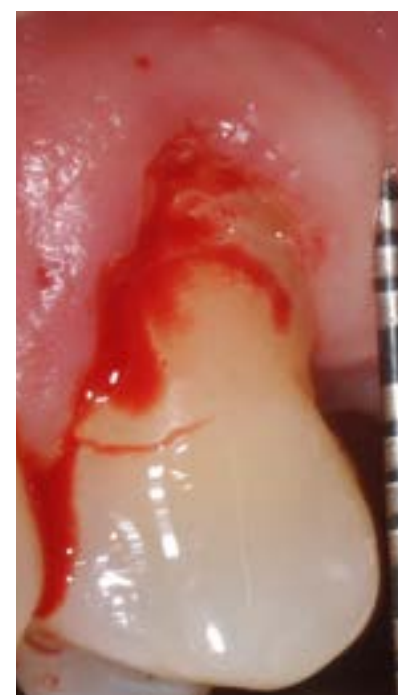
Осложнения

Осложнения. Нет смысла не говорить об осложнениях хирургии. Бывают в любой операции: местные и общие. Посмотрим и проанализируем ошибки. 100% - недостаточное планирование.



Клинический пример №14

Клинический пример №14. Превентивная подготовка перед ортодонтическим лечением. Направлена пациентка для увеличения объема прикрепленной десны и устранения рецессий. Зубы во втором сегменте расположены орально и был риск по плану лечения при вестибулярном передвижении. В области 24 есть проблема адентии и 3 класс рецессии и убыль сосочка. Принято решение устранения рецессий в области этих зубов.



Протокол измерения зондом ГР, откладывается от вершины сосочка. На медиальном сосочке стоит точка с кровью - там уже поставили точку.



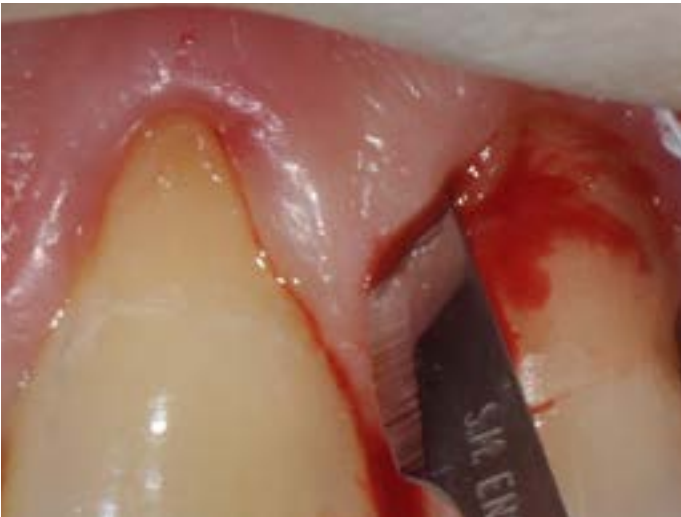
Измерение ГР и откладывание от высоты сосочка для от-метки хирургического сосочка.



Дизайн разреза. Соединяем отмеченные точки с зенита-ми рецессий.



Измерение ГР и откладывание от высоты сосочка для от-метки хирургического сосочка.



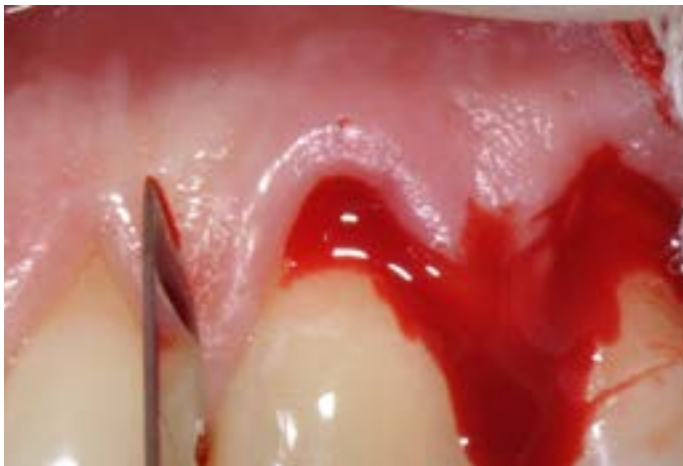
Брюшко скальпеля глубоко погружается до кости Пол-нослойный разрез. Для лучшего сращения и сопоставления сосочков разрез делается по углом 120 градусов.



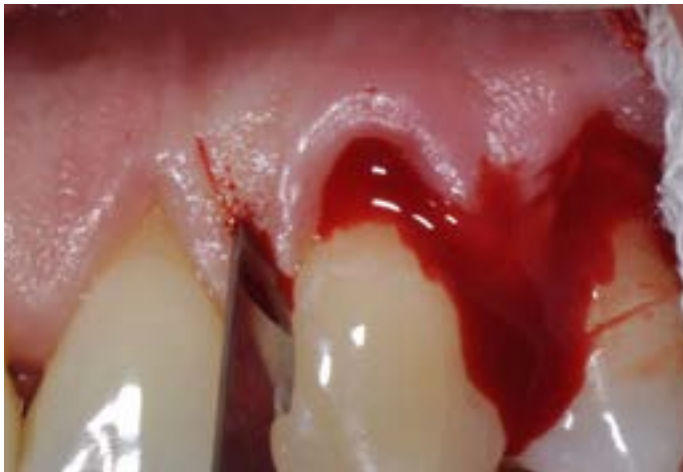
Приступаем к операции. Измерения дизайна СНЛ отло-жены.



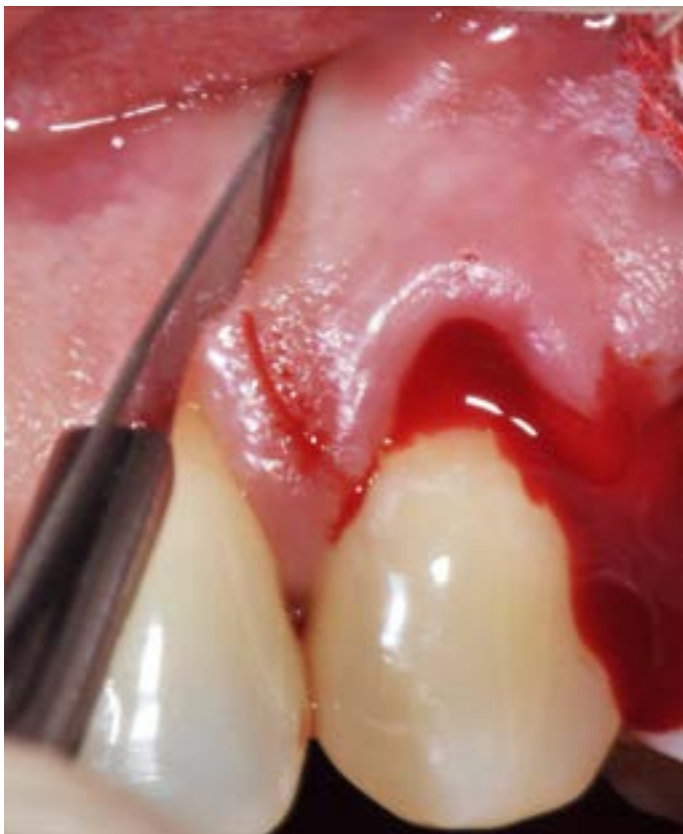
Дизайн разреза. Планируется корональное смещение.



Моделирование хирургических сосочков.



Формирование хирургического сосочка в области 23 зуба.



Вертикальный разрез медиально по протоколу коро-нального смещения.



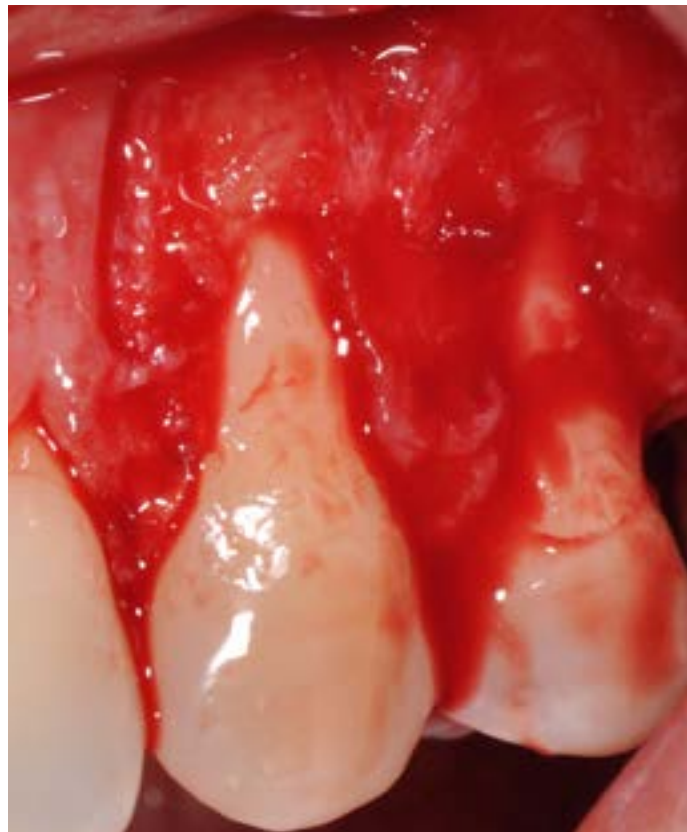
Вертикальный разрез медиально по протоколу коро-нального смещения. Соединение с разрезом, моделирую-щим сосочек.



Вертикальный разрез дистально.



Смоделирован сосочек хирургический по форме анатомического.



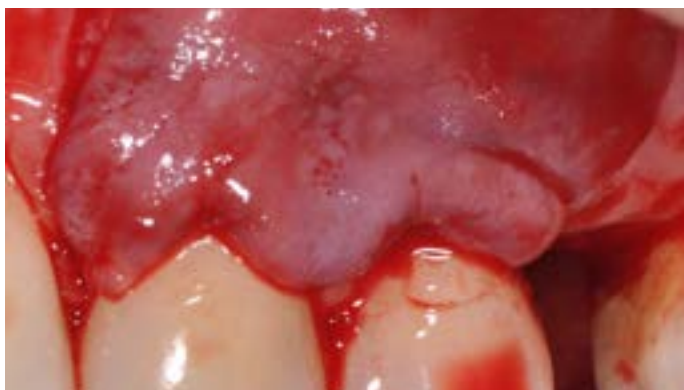
Деэпителизованы анатомические сосочки. Апроксимально принимающее ложе расщеплено. Часть СНЛ расщеплено, а по зенитам рецессий СНЛ полнослойный.



Имплантат ТМО до подготовки.



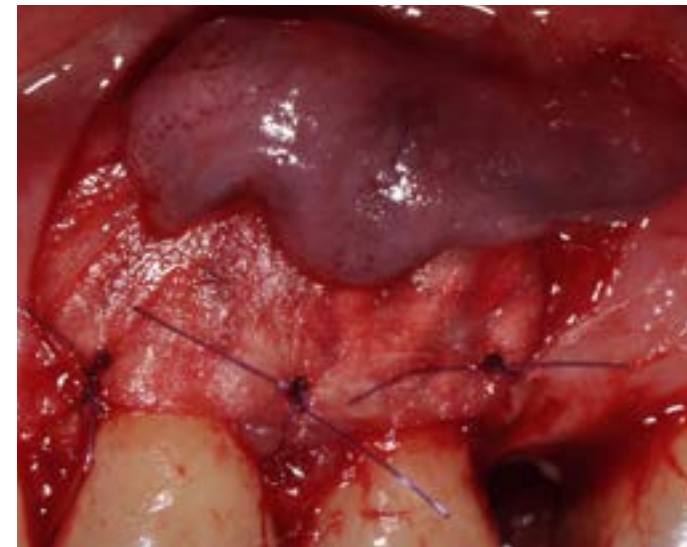
Подготовленная перфорированная ТМО до регидратации.



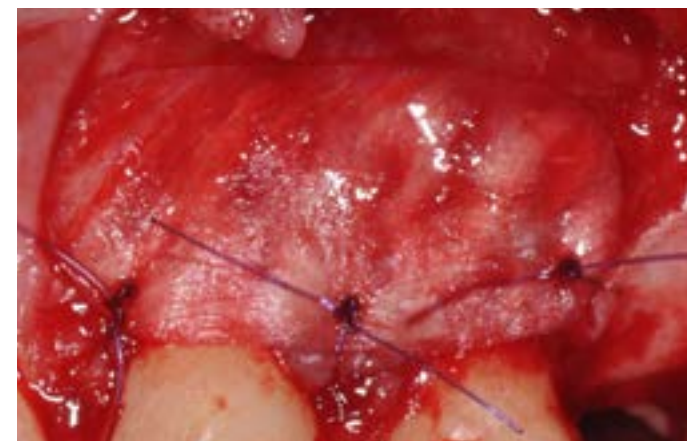
Препарированный расщепленный СНЛ, уже мобилизованный.



Пришитый пластический материал ТМО простыми узловыми швами к межзубным сосочкам.



Крупный план фиксации ТМО швами. Проверяем мобильность СНЛ.



ТМО очень плотно должна быть прижата к поверхности ложа, чтобы правильно прошла ее биодеградация.



Ушитая раневая поверхность. Непрерывные швы в области вертикальных разрезов, двойной обвивной кистетный шов фиксирует СНЛ. Ошибка - не выполнены прижимающие крестообразные матрасные швы для фиксации мобильности СНЛ в основании.



Осложнение - миграция СНЛ не смотря на состоятельность швов. Пациентка перенесла ОРВИ. Но если бы шов был - миграции СНЛ не было бы. Объем десны однозначно увеличится, но рецензии пока сохраняются - это проблема остается.



Эпителизовались деэпителизованные анатомические сосочки. А хирургические находятся в другом месте.



Есть динамика: дистальный сосочек несколько увеличен после операции. Эта положительная динамика будет использована нами в дальнейшем.



Клинический пример №15

Клинический пример №15. Прооперированы множественные рецессии методом Санктис-Зуккелли. Центральный зуб - клык и на фото дизайн разреза.



Не деликатное препарирование тканей в области зенитов рецессий и неправильное положение скальпеля.



Продолжение моделирования дизайна СНЛ.



Препарирование в области уздечки верхней губы.



Дизайн разреза и СНЛ.



Отслаивание СНЛ, очень грубый инструмент, некорректно по отношению к мягким тканям.



Дизайн разреза уже отслоенного СНЛ.



Отслаивание и препарирование СНЛ распатором.



Дезэпителизация анатомических сосочков.



Мобилизация СНЛ.



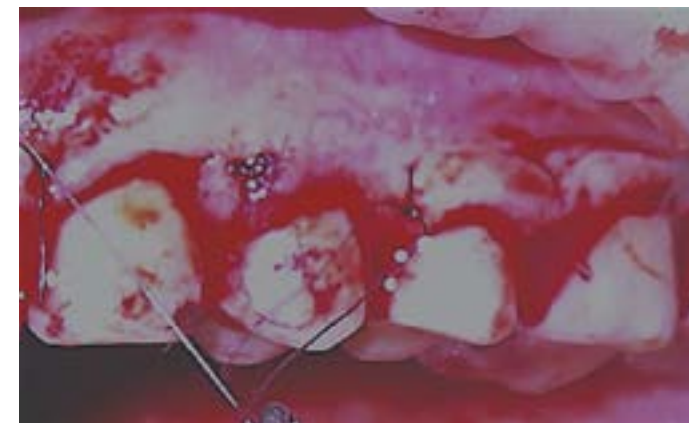
Фиксация ТМО в области принимающего ложа.



Фиксированная ТМО во 2 сегменте в области рецессии.



Ушивание СНЛ во 2 сегменте в области зубов 26 и 25.



Момент фиксации ротированного СНЛ двойными обвившими швами.



Картина через 4 года. Результат не очень хороший. Вызван недостатком материально-технического оснащения: неправильным скальпелем, распатором для отслаивания СНЛ. Особенно во 2 сегменте. Рубцы отскочили, не до конца мобилизован СНЛ. Изменение тканей произошло в лучшую сторону: увеличился биотип, везде есть кератинизация, хороший объем десны, но рецессии остались.



16 15 14 зубы - видны послеоперационные шрамы. Объем десны хороший, но рецессии сохранились.



Зуб 21. Внимание - рецессия вернулась из-за некорректного отслаивания уздечки верхней губы.



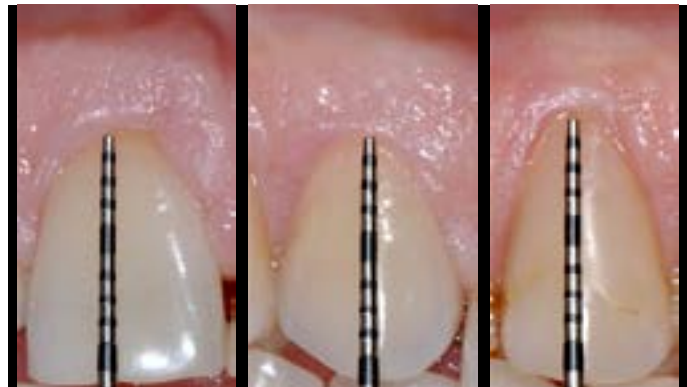
Выбор материалов и инструментов сыграл свою роль в худшую сторону.



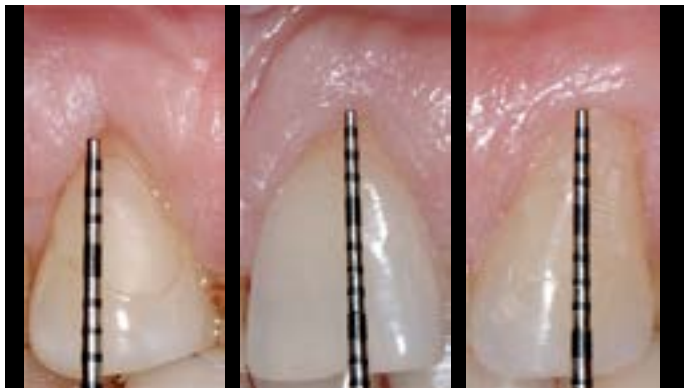
В области 11 зуба остаточная рецессия. Связана с апикальной миграцией СНЛ.



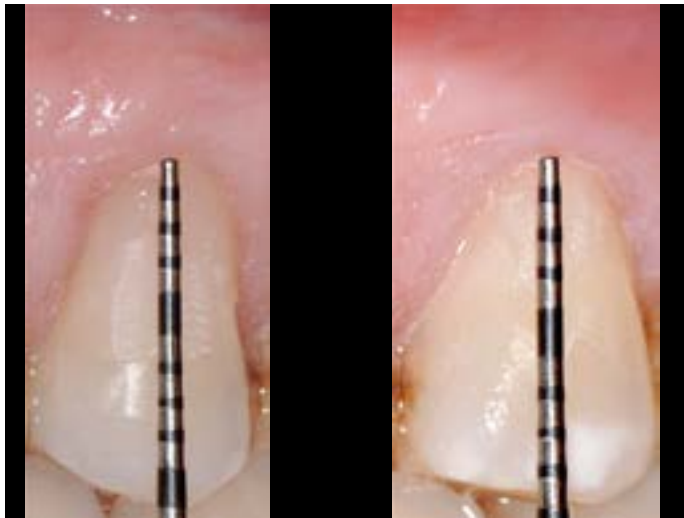
Во 2 сегменте миграция СНЛ больше, связана с уздечкой верхней губы.



Измерение РРД у зубов 11 12 13.



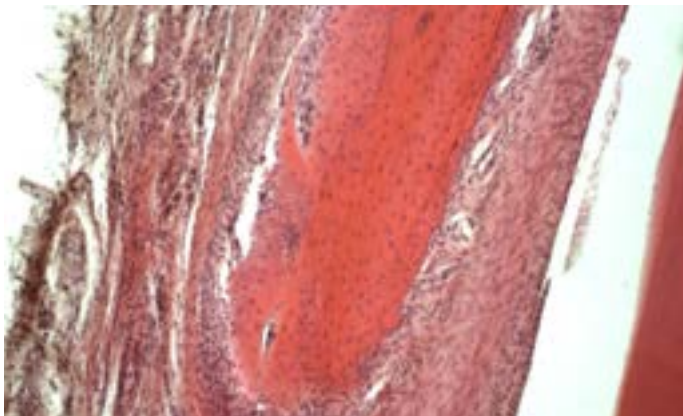
Измерение РРД у зубов 14 22 23.



Измерение РРД у зубов 25 и 24.



Клиническая картина до и после операции. Динамика по ГР очень незначительная. Есть изменение по утолщению объёма десны, ширине десны. И все.



Гистологический препарат зоны установки ТМО под надкостницу, сверху СНЛ. Видно как замещается костью, пропитывается сосудами и биодеградирует.

Класс рецессии	1 Класс ГР до 2 мм	1 Класс ГР больше 2 мм	2 Класс ГР до 3 мм	2 Класс более 3 мм	3 Класс I п/класс Д.Тарноу 1	3 Класс II п/класс Д.Тарноу 2	4 Класс Д.Тарноу 3
ШКД апикально отсутствует	Корональное смещение 1- или 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 1- или 2-х слойной метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	
ШКД апикально менее 3 мм	Корональное смещение 1- или 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 1- или 2-х слойной метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	
ШКД апикально 3 мм и более	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 2-х слойная метод. (см. ТКД)	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	
ШКД латеральное менее 6 мм	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 2-х слойная метод. ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Двухэтапный метод: 1-СДТ; 2-Корональное смещение	Двухэтапный метод: 1-СДТ; 2-Корональное смещение	Двухэтапный метод: 1-СДТ/НТР; 2-Корональное смещение
ШКД латеральное 6 мм и более	Латеральное смещение 1-слойная метод.	Латеральное смещение (см. ТКД)	Латеральное смещение 1-слойная метод.	Латеральное смещение 1-слойная метод.	Латеральное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Латеральное смещение 2-х слойная метод. + СДДТ	Двухэтапный метод: 1-СДТ; 2-Латеральное смещение
Абразия твердых тканей	Корональное смещение 1-слойная метод. + реставрация твердых тканей	Корональное смещение 2-х слойная метод. + ТМО + реставрация твердых тканей	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	
Абразия отсутствует	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 2-х слойная метод. ТМО	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	
ТКД менее 1 мм	Корональное смещение 2-х слойная метод. ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	
ТКД более 1 мм	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 1-слойная метод.	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	Корональное смещение 2-х слойная метод. СДДТ или ТМО	

Знакомая таблица. Синий цвет - двухслойные методики било с ТМО, либо с аутоотрнсплантатом. Светло-Зеленые тоже двухслойные методики. Внимание - большой процент покрытия различных операций с ТМО. Говорит о широких возможностях применения в пародонтальной пластике.

Твердая Мозговая Оболочка

Обзор применения двухслойных методик. Варианты альтернативы СТТ:

- Коллагеновые мембраны ксеногенные;
- Нерезорбируемые мембраны;
- Мембраны аллогенного происхождения;

Результаты применения:

- Нерезорбируемые мембраны - отрицательный.
- Ксеногенные мембраны - биотип не изменился.
- Аллогенные мембраны - утолщение биотипа у 76% пациентов.

Содержание презентации ТМО

- Обзор применения двухслойных методик.
- Особенности применения ТМО.
- Приоритет применения. Почему ТМО?
- Двухслойные методики.
- Диапазон применения.
- Описание методик (разных).
- Подготовка ТМО.
- Фиксация ТМО в разных клинических случаях.
- Преимущества применения ТМО для пародонтальной пластики.

Содержание презентации ТМО. Как ее применять, свойства и особенности. Обзор применения. Особенности применения. Обзор различных методов. Диапазон применения. Подготовка, фиксация и преимущества.

Ранее для двухслойных методик бы предложены разные варианты коллагеновых мембраны, нерезорбируемые, титановые. И на последнем месте аллогенные мембраны. Нерезорбируемые сразу дали отрицательный результат. Ксеногенные мембраны не дали реальный результат. Анллогенные мембраны вызвали у 76% утолщение биотипа. Ранее из консервировали фенолом, который очень токсичен. И если растворитель сохранялся - результат был отрицательным. По этой причине отказались полностью от ТМО. И как появились методы физической стерилизации и консервации - материалы ТМО получили вторую жизнь.

Твердая Мозговая Оболочка

Особенности и показания применения ТМО:

- Рецессии десны - двухслойная методика.
- При устранении рецессии сочетающейся с абразией твердых тканей и без неё.
- Утолщение биотипа десны в области слизистой альвеолярного отростка.
- В сочетании с вестибулопластикой закрытой методикой и без неё.

Твердая Мозговая Оболочка

Показания:

- Тонкий биотип десны в области рецессии десны.
- Тонкий биотип у ортодонтических пациентов.
- Отсутствие кератинизированной десны.
- Необходимость проведения вестибулопластики закрытым методом.

Твердая Мозговая Оболочка

Противопоказания:

- Невозможность перекрыть ТМО слизисто-надкостничным лоскутом.

Твердая Мозговая Оболочка

Методики использования ТМО:

- Корональные смещение 2-х слойные методики.
- Ротированное корональное смещение.
- Вестибулопластика закрытым методом.
- НТР.

Особенности и показания для ТМО. Рецессии десны при двух-слойных методиках. Утолщение биотипа, сочетания с вестибулопластикой или без нее. В сочетании с вестибулопластикой в зонах адентии как самостоятельная операция или для подготовки последующей костной пластики.

Показания к применению. Тонкий биотип у пациентов с рецессиями десны. Тонкий биотип у ортодонтических пациентов для превентивного увеличения биотипа. Отсутствие прикрепленной кератинизированной десны. Необходимость проведения вестибулопластики закрытым методом.

Противопоказания. Невозможность укрыть ее СНЛ. При контакте с ротовой жидкостью резорбируется и покрывается фибринозным налетом. В этих методиках ТМО не применяется.

Методики применения. Корональное смещение двухслойным методом. Ротированное корональное смещение. Мы ограничены применением аутоканей. Вестибулопластика закрытым методом. НТР - направленная костная пластика любым методом, где ТМО укрывается СНЛ.

Твердая Мозговая Оболочка

Принципы работы с ТМО:

- Полное перекрытие ТМО СНЛ.

Подготовка:

- Регидратация 3-7 минут.
- Перфорация 0,8 d 3-4 мм.
- Фиксация ТМО к надкостнице и подслизистому слою.

Твердая Мозговая Оболочка

Преимущества методики местные:

Отсутствие донорской зоны →

Отсутствие дополнительной хирургической травмы у пациента →

Лучшая регенерация →

Уменьшение времени хирургического вмешательства →

Удобство применения.

Твердая Мозговая Оболочка

Преимущества методики общие:

- Видоспецифичность материала;
- Биосовместимость материала;
- Доступность ТМО;
- Биорезорбируемость ТМО;
- Полное замещение собственными тканями.

Твердая Мозговая Оболочка

Осложнения местные:

- Отек мягких тканей.
- Гематома.
- Обнажение мембраны.
- Расхождение швов.

Осложнения общие:

- Повышение температуры.

Принципы работы. Полное перекрытие СНЛ. Подготовка: перфорация 3-4 мм шаг диаметр 0,8 мм, регидратация 3-7 минут, фиксация к надкостнице или подслизистому слою. Фиксация ТМО зависит от выбранного метода операции.

Преимущества ТМО. Отсутствие донорской зоны. Нет второго поля. Нет второго хирургического поля: время не тратим, не мучаем пациента. Лучшая регенерация по сравнению со всеми другими материалами и сопоставимая с ауто-трансплантатом. Удобство применения.

Преимущества методики. ТМО тропна к организму человека. Она видима и биodeградирует. Биосовместимость вытекает из видовой специфичности. Доступность - нет ограничения по количеству и размеру. Биорезорбируемость. Считали раньше, что длительная 4-6 резорбция плохо. Но в пластике мягких тканей - оказалось, что именно длительная биорезорбируемость дает изменение биотипа десны. Она не просто рассасывается, а полностью замещается новыми тканями. Подтверждено гистологическими и клиническими исследованиями.

Осложнения. Местные: отек может быть больше, чем без нее. Для этого мы перфорируем ее для профилактики отека и его сглаживания, и быстрого прорастания сосудами. Гематома - реакция на операцию, а не на ТМО. Обнажение мембраны, расхождение швов - оголяет мембрану. Тогда нивелируется результат. Общие: повышение температуры. Назначаем Зиртек на 3 дня для профилактики.

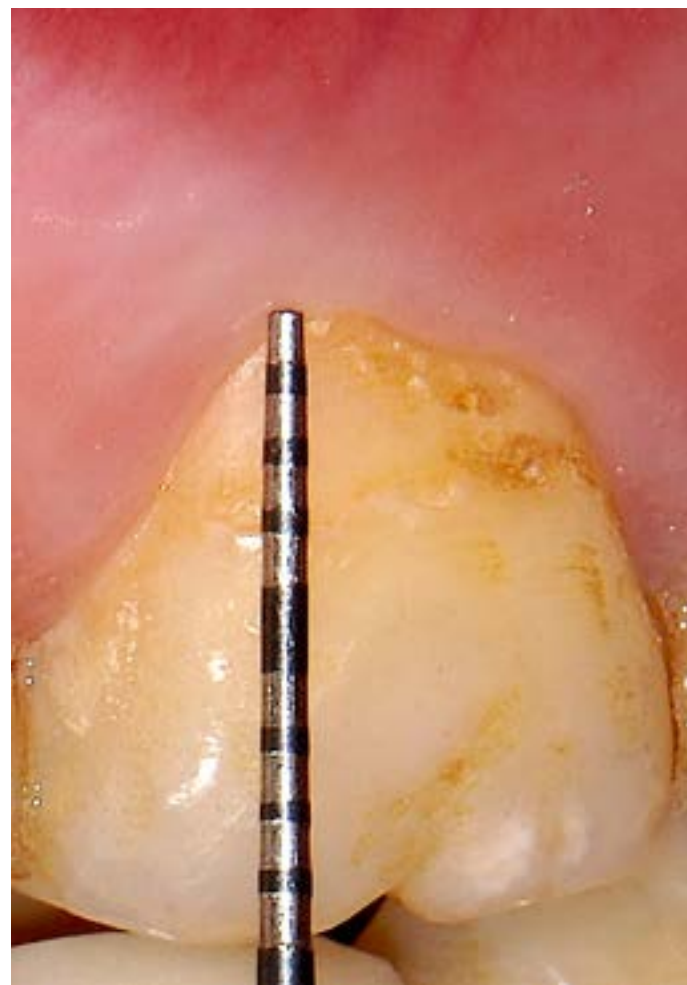
Клинический пример №16



Клинический пример №16. Рассмотрим рецессии после ортодонтического лечения. Средний - тонко-средний биотип, абразии в области зубов 24 и 26. Метод VISTA. Один из вариантов применения ТМО для устранения рецессий и увеличения объема десны.



Заполнение пародонтальной карты. Измерение РРД у 24 25 26 зубов.



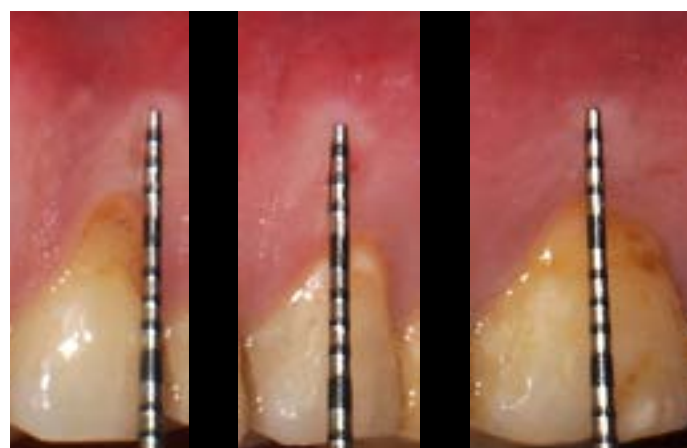
Измерение РРД и ГР.



Измерение ТКД.



Измерение ТКД у зуба 26.



Измерение ШКД в области зубов 24 25 26.



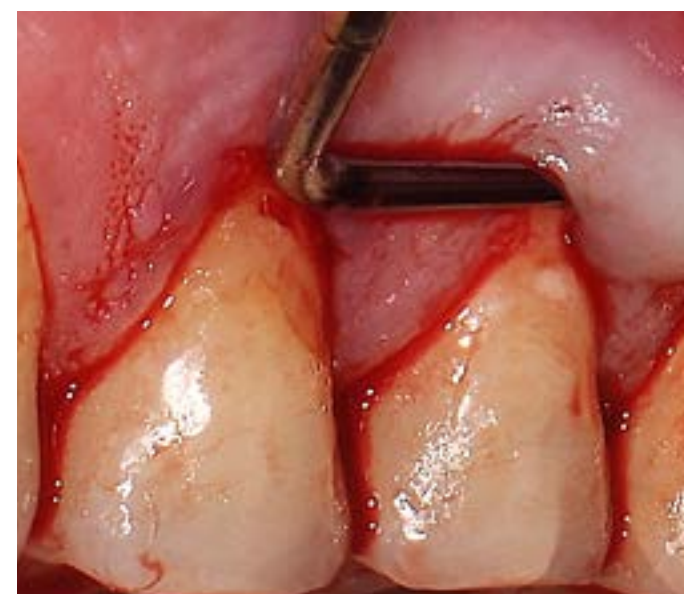
Начало препарирования. Туннельный изогнутый rasp для препарирования СНЛ до МГТ.



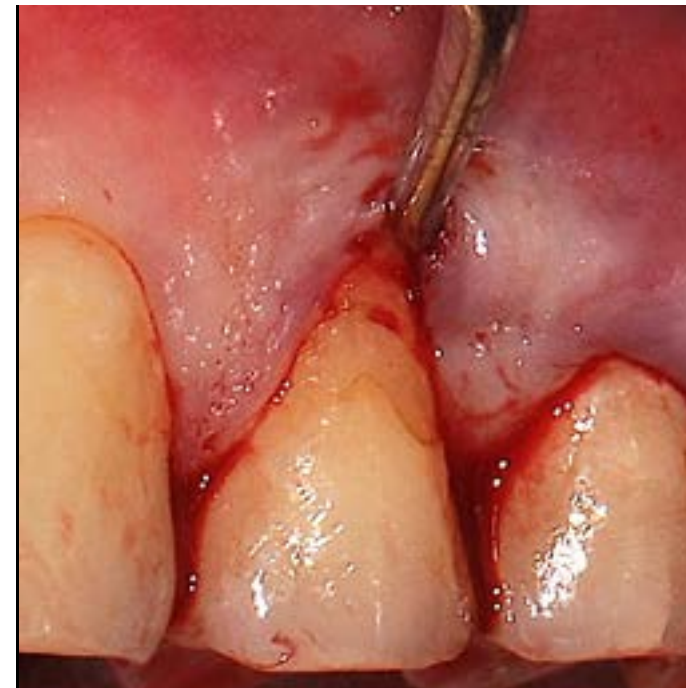
Туннелирование СНЛ в области зуба 26.



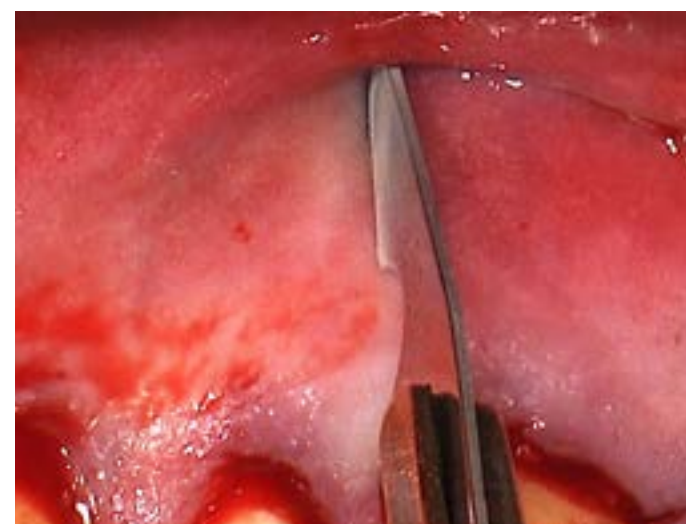
Препарирование СНЛ у зуба 24, обоюдоострый скальпель.



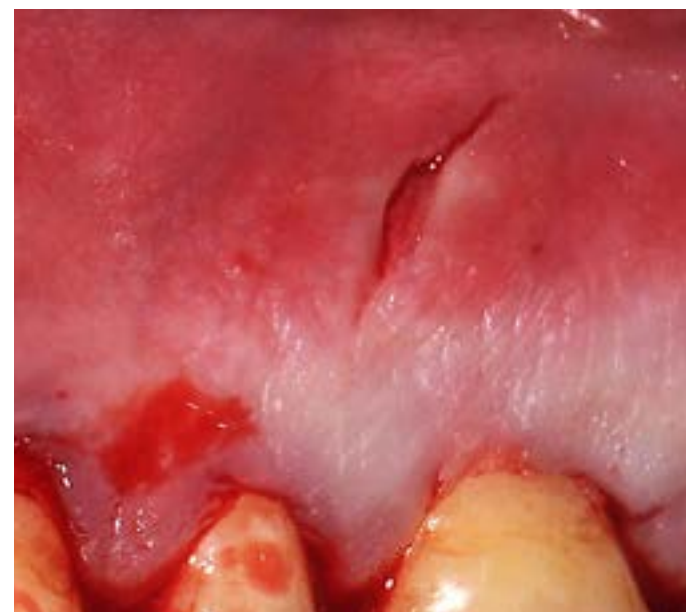
Туннелирование СНЛ в области зубов 25 26.



Туннелирование СНЛ в области зубов 24 25.



Вертикальный медиальный разрез.



Дизайн вертикального медиального разреза.



Выполнен вертикальный дистальный разрез. Туннелирование в области зенитов рецессий.



Измерение необходимого количества ТМО.



Нанесение 17% геля ЭДТА для обработки поверхности корней зубов.



Нанесение 17% геля ЭДТА для обработки поверхности корней зубов. Экспозиция 2 минуты.



Подготовленная перфорированная ТМО до регидратации. Размер 4 см.



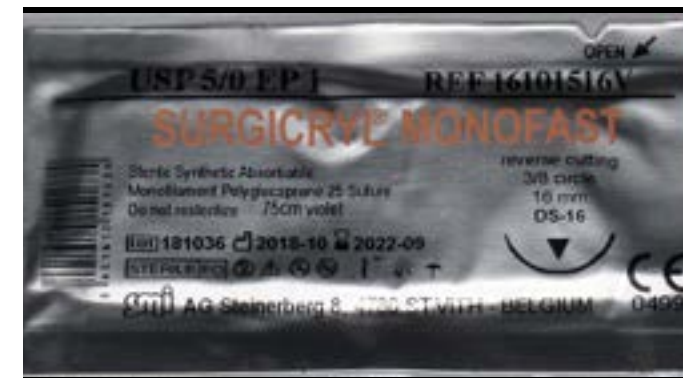
Обработка зоноспецифической кюретой корня зуба №24.



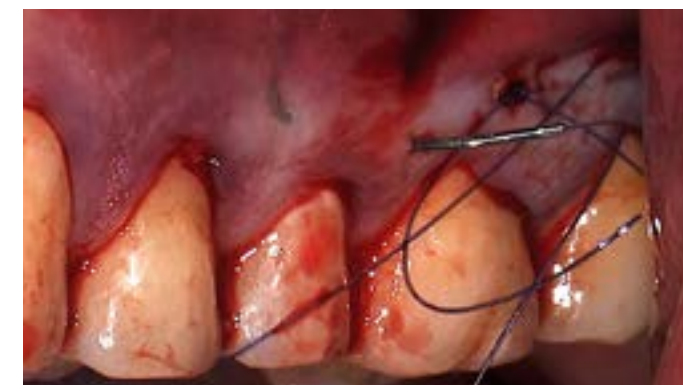
Финишная обработка полировочным бором поверхности корня зуба 24.



Финишная обработка полировочным бором поверхности корня зуба 25.



Выбор шовного материала. 6.0 размер. Обратнорежущая игла. Нерезорбируемый.



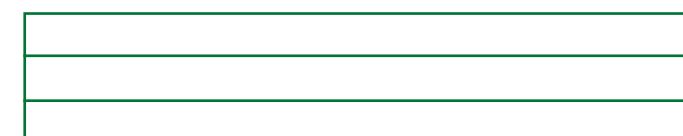
Первичный вкол в области медиального вертикального разреза.



Выполнены композитные швы в области 27-26-25-24.



Внесение ТМО в зону пластики.



Адаптация ТМО в области пластики.



Адаптация ТМО в области пластики. Фиксация.



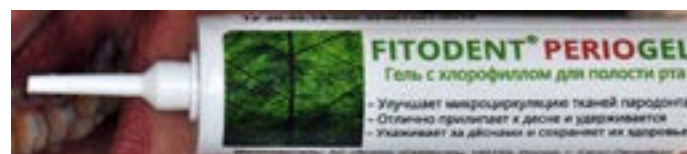
Ушитые вертикальные разрезы. Подшитый СНЛ вертикальными крестообразными швами.



Внимание - оба вертикальные разрезы ушиты. Над каждым зубом крестообразный шов.



Нанесение на послеоперационную область геля Фитодент Перิโอ с Дигидрокверцетином.



Фитодент Периогель - с хлорофиллом для полости рта. Применяем после всех хирургических вмешательств, он с хлоргексидином.

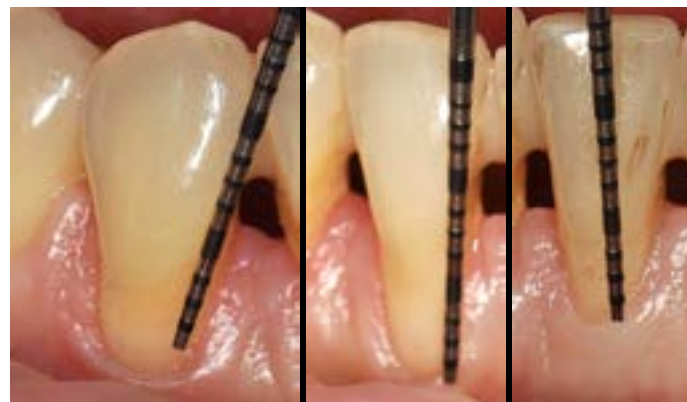


Картина в полости рта до и после лечения. Нижний до - и верхний после. Результат у 24 зуба - не очень. У зубов 25 и 26 - все в порядке. Увеличен объем в области всех зубов.

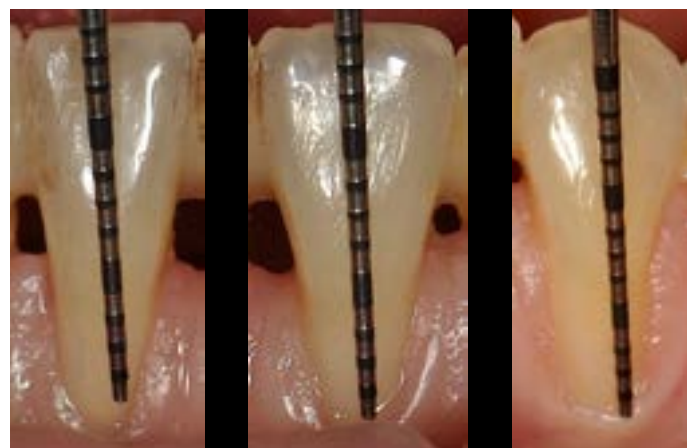


Клинический пример №17

Клинический пример №17. Исходное состояние зубов и десны. Зубы уже зашинурованы. Проведен кюретаж по причине острого пародонтита. Получили рецессии 3 класса, убыль сосочков, что конечно отягощает ситуацию.



Измерение ГР в области зубов 43 42 41.



Измерение ГР в области зубов 33 32 31.



3 сегмент. Обзорная фото.



Визуализация вертикального разреза.



Вертикальный разрез по линии прикрепления уздечки губы. Туннель уже отпрепарирован распатором и обоюдоострым скальпелем.



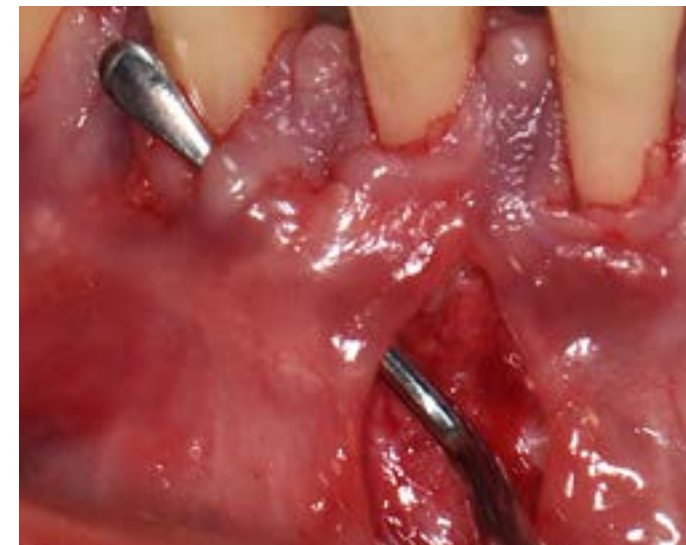
Подготовленная перфорированная регидратированная ТМО. Размер 2 см.



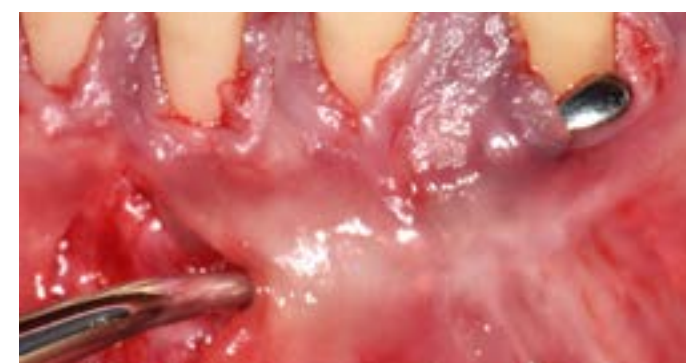
Подготовленное принимающее ложе по VISTA: зоны рецессий, туннель, в области МГГ и вертикальный разрез по середине.



Туннелирование: проверка качества туннеля от срединного разреза до зенита рецессии.



Проверка качества туннеля от срединного разреза до зенита рецессии зуба 42.



Проверка качества туннеля от срединного разреза до зенита рецессии в 3 сегменте.



Обработка поверхности корней зубов гелем ЭДТА, 2 минуты.



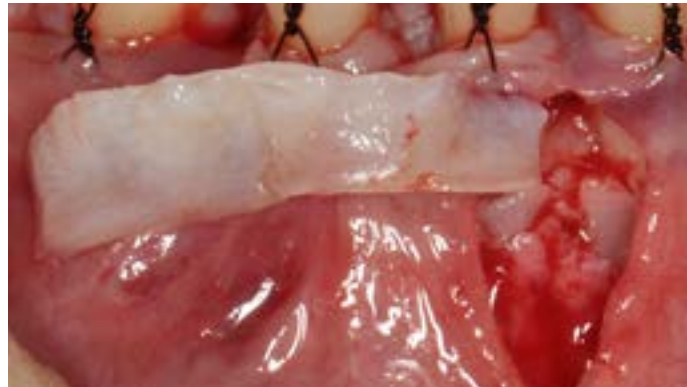
Измерение зондом размера СДТ.



Композитные швы для перемещения СНЛ.



Ушитое операционное поле: композитные швы, ушит вертикальный разрез, в области каждого зуба вертикальный крестообразный шов.



Внесение СДДТ в зону операции в области 4 сегмента.



Внимание - метод VISTA позволяет оперировать с любым материалом: ауто- или алло. И позволяет при 3 и 4 классе рецессии, потому что композитными швами мы поднимаем уровень межзубного сосочка.



Внесение СДДТ в зону операции в области 4 сегмента.



Внимание - увеличен уровень межзубных сосочком изначально в момент фиксации СНЛ композитными швами.



Внесение ТМО в зону операции в области 3 сегмента.



Состояние ушитой раны. Внимание - с оральной стороны также подняли межзубные сосочки.

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВА 1	4
ГЛАВА 2	27
ГЛАВА 3	52
ГЛАВА 4	76



Всероссийская научно-практическая конференция «ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ» 9-10 октября 2024 года, Санкт-Петербург, ул. Боткинская 21

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

1. Доклады в научной части (объединены по направлениям стоматологии и общим вопросам);
2. Демонстрационные доклады, мастер-классы и презентации на открытой демо-площадке;
3. Стендовые доклады диссертантов по актуальным вопросам вне общей научной части;
4. Сборник научных публикаций и статей по темам докладов с регистрацией в РИНЦ;
5. Практикум Марии Носовой по пластике мягких тканей в области зубов и имплантатов;
6. Историческая выставка важных этапов Кафедры общей стоматологии: факты, даты, лица.

В Конференции примут участие профессорско-преподавательский состав ВМедА имени С.М. Кирова; врачи-стоматологи военных округов, флотов, военно-медицинских организаций центрального подчинения Минобороны РФ; специалисты по стоматологии медицинских организаций Минздрава РФ; главы профильных ассоциаций, представители кафедр стоматологии гражданских ВУЗов всех федеральных округов Российской Федерации.

БАЛЛЫ НМО - ФИКСИРУЮТСЯ НА СТОЙКЕ РЕГИСТРАЦИИ

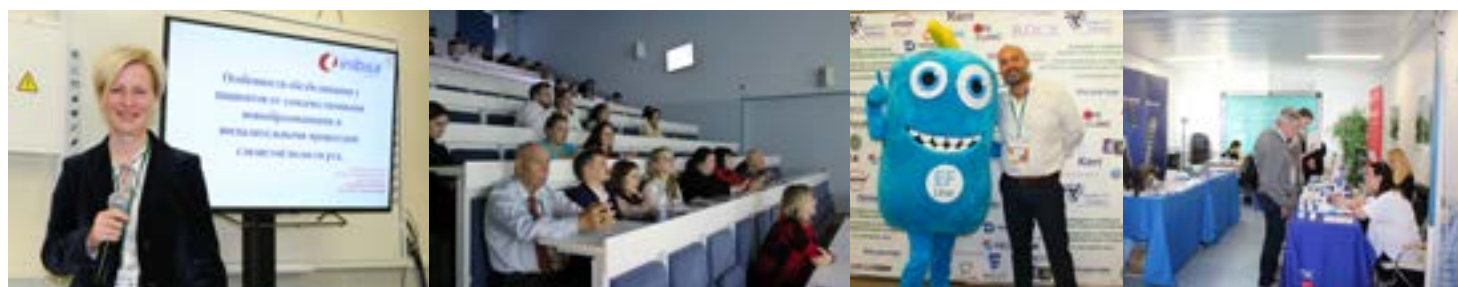
КОМПАНИИ-ПАРТНЕРОВ ПРОШЛОГО ГОДА:

Имплант-сэйл, Praktik.dental (Официальный партнер MEGA'GEN), Гистографт, Kerr, АРКОМ, Ультрастом, Revyline, SDS Clinic, Дентал Гуру, Технодент, ВЕСТ, 3Dvision, Ormco, ПРОТЕКО, Inibsa, Лиопласт, Дентсервис, Диарси (R.O.C.S.), Alpha-Bio, Stom Supply, ASEPTA, Fitodent и Стоматологический магазин «РОМАШКА»

ОРИГАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

Сайт: vmeda.org/5-6october

1. Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
2. Стоматологическая ассоциация России
3. Кафедра и клиника общей стоматологии ВМедА
4. Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ВМедА
5. ООО «Стоматологический магазин «РОМАШКА» - *технический комитет Конференции*



Форум АРМИЯ и выставка Патриот Экспо 2024

- ★ Главный форум Мин-ва Обороны и ВПК России
- ★ 22.000 участников выставки и деловой программы
- ★ 2.500.000 посетителей за 7 дней выставки
- ★ Международные армейские игры на воде и суше
- ★ 340 мероприятий в деловой программе форума
- ★ 350 единиц вооружения и военной техники России
- ★ Авиашоу международных пилотажных групп
- ★ 85 иностранных делегаций-партнеров форума

Наш магазин «РОМАШКА» представляет:

- ★ Мармелад для защиты флоры полости рта
- ★ Питевой хлорофилл - источник антиоксидантов
- ★ Гели для ухода и заживления десны и слизистой
- ★ Костные заменители и мембраны для хирургии рта
- ★ Ирригаторы и полоскания для регулярной гигиены
- ★ Зубные щетки универсальные
- ★ Зубные пасты для зубов и дёсен

Что будет и какие преимущества посещения?

- ★ Общение с разработчиками средств «Фитодент»
- ★ Образцы продукции для тестирования в подарок
- ★ Научное обоснование и публикации исследований
- ★ Наглядный видео контент по всем разработкам
- ★ Возможности для представительства в регионах
- ★ Доклады разработчиков и представителей



12-18 августа, Московская обл.,
КВЦ «Патриот», павильон D,
стенд 4А3-6
Стоматологический магазин
«РОМАШКА»



