

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

Часть 2

Мария Александровна Носова

Алексей Шаров

2021 год

Описание слайда 1

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.

Описание слайда 2

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 МГГ. Когда нет УКП корональное смещение Вы не сможете выполнить чисто технически.

Латеральное перемещение

Противопоказания:

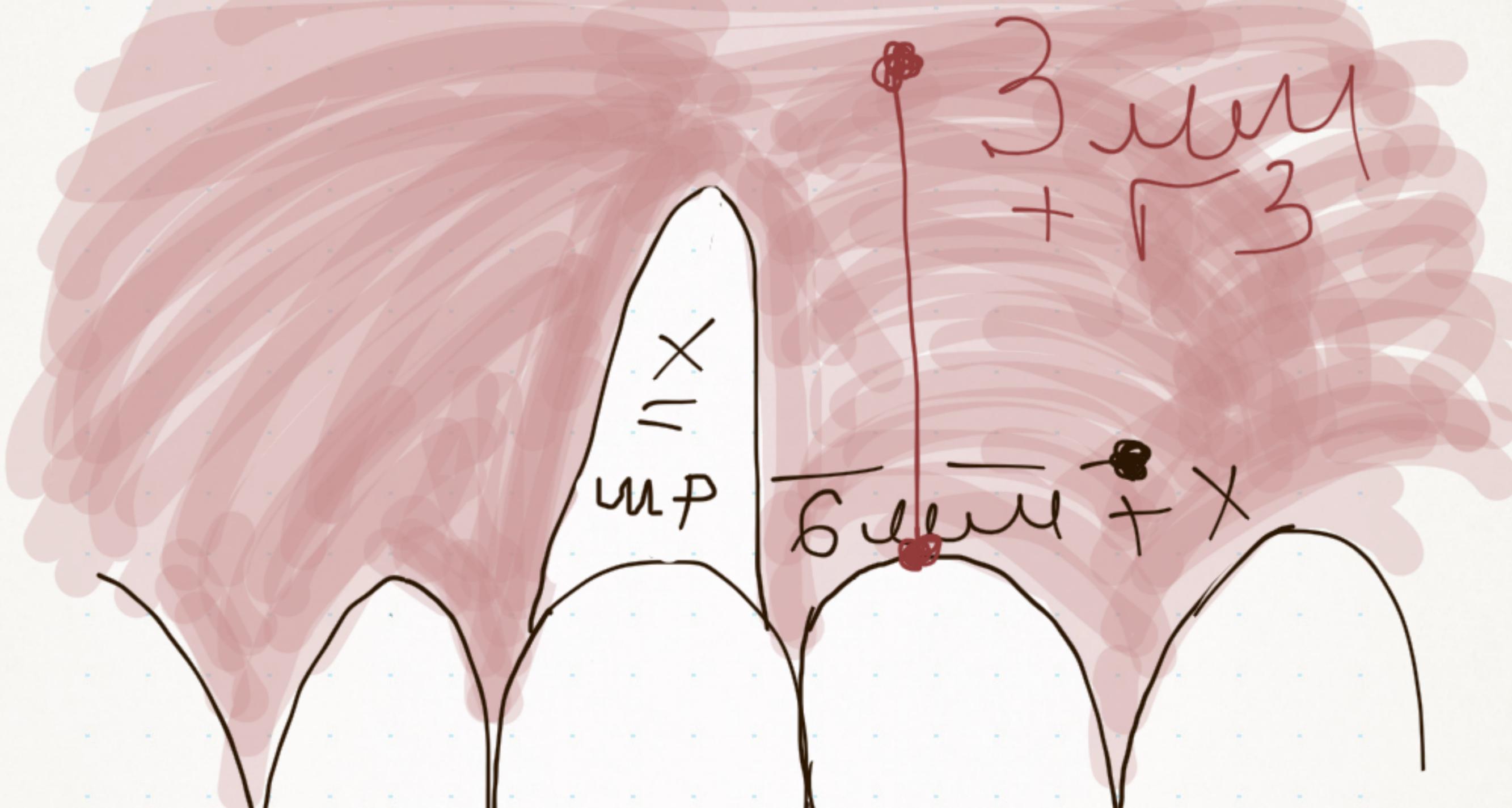
- Отсутствие латеральной зоны КД.
- 4 класс рецессии.

Описание слайда 3

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.

Описание слайда 4

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 двухэтажный метод, это 2 операции.



3
+ 3
3

X
||
MP

Sum + X

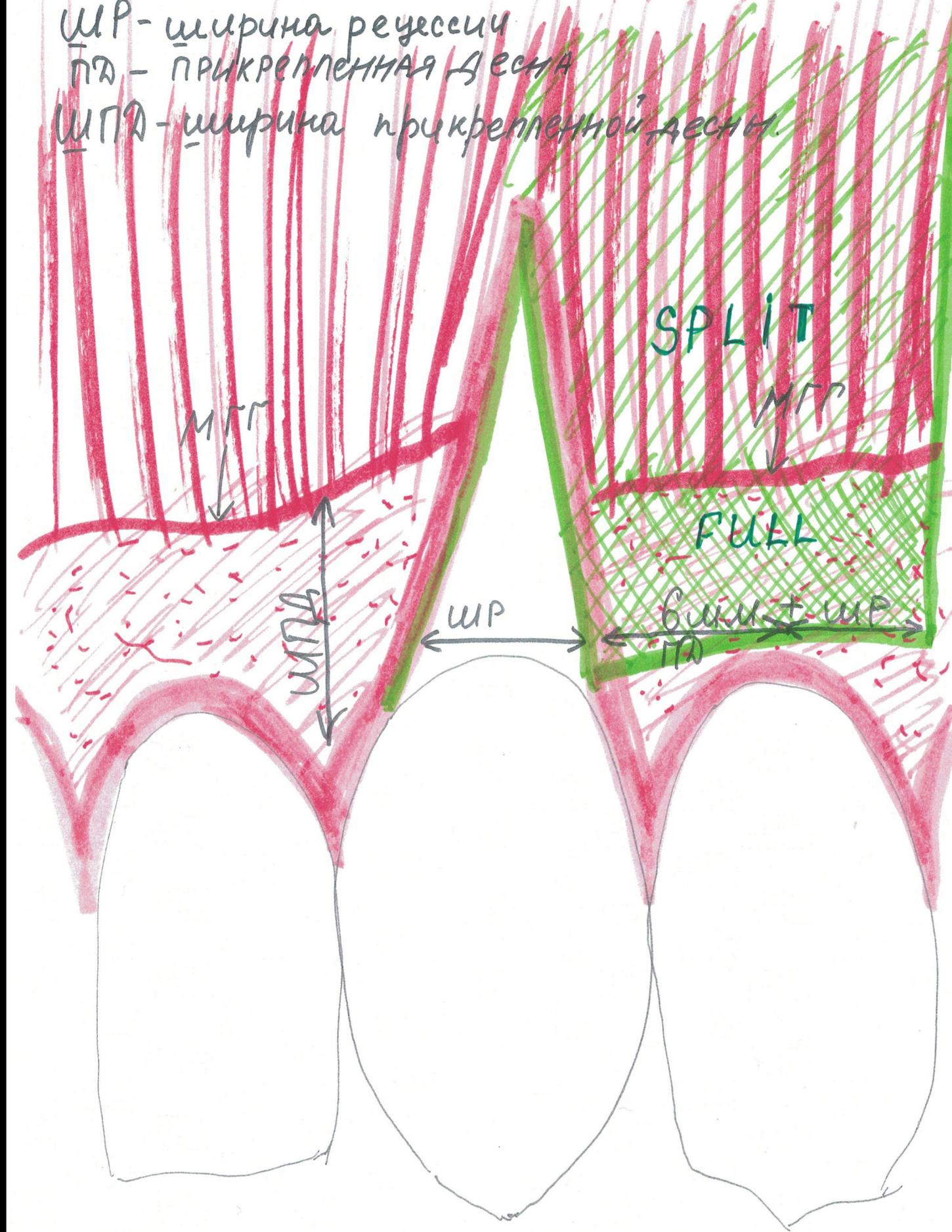


Описание слайда 5

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.

ШР - ширина рецессии
ПД - прикрепленная десна

ШПД - ширина прикрепленной десны



Описание слайда 6

Формирование СНЛ: зеленый - разрезы. Full - полнослойный СНЛ, Split - расщепленный, МГГ - 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.

Описание слайда 7

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.

ШР - ширина рецессии

ПА - прикрепленная десна

ШПА - ширина прикрепленной десны



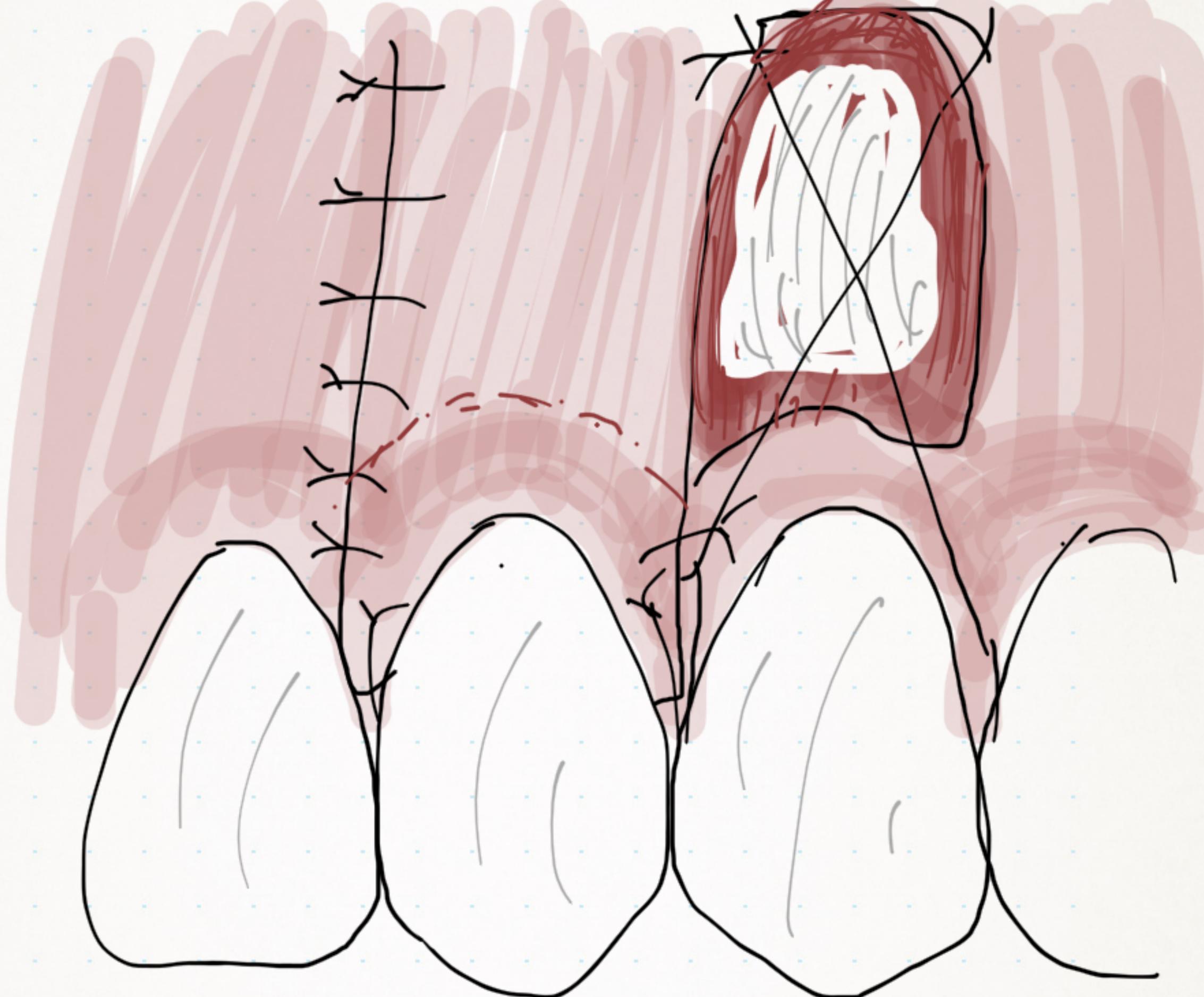
Описание слайда 8

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 в новом положении.



Описание слайда 9

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



Описание слайда 10

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. Деэпителизация анатомических сосочков;
5. Обработка поверхности корня;
6. Мобилизация СНЛ;
7. Фиксация СДДТ (если двухслойная методика);
8. Фиксация, СНЛ;
9. Закрытие донорской зоны.

Описание слайда 11

Протокол операции: Измерение ШКД апроксимально. Дизайн разреза (ширина рецессии + 6 мм). Формируем СНЛ до МГГ полнослойный, далее расщепленный. Деэпителизируем 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.

Описание слайда 12

Осложнения. Некроз СДДТ встречается крайне редко. Питание с двух сторон. Инфицирование принимающего ложа. Тоже 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.

Латеральное перемещение

Осложнения Общие:

- Повышение температуры тела.

Описание слайда 13

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



Клинический пример №6

Описание слайда 14

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 МГГ, что является показанием для латерального перемещения.



Описание слайда 15

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.



Описание слайда 16

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



Описание слайда 17

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



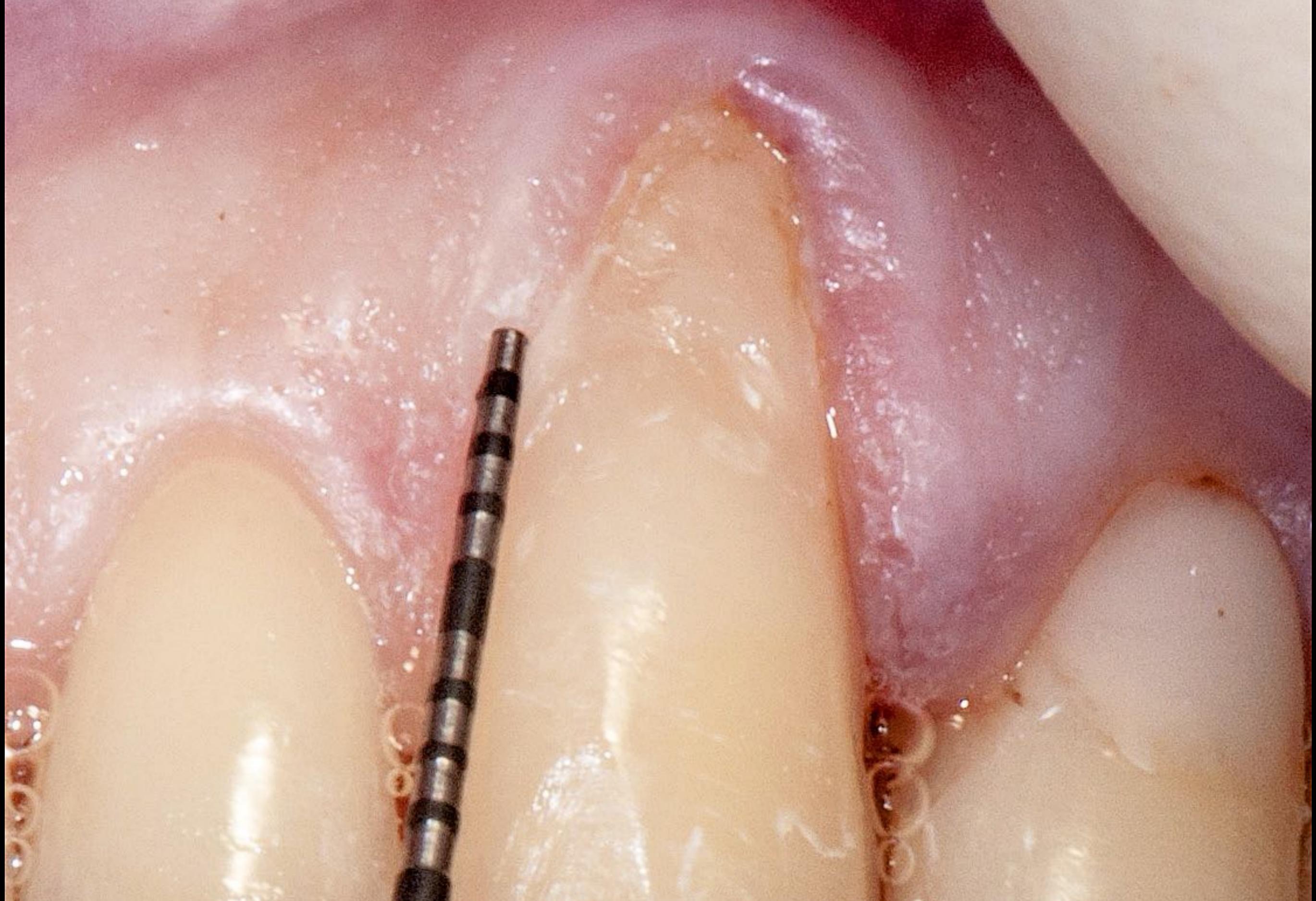
Описание слайда 18

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



Описание слайда 19

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.



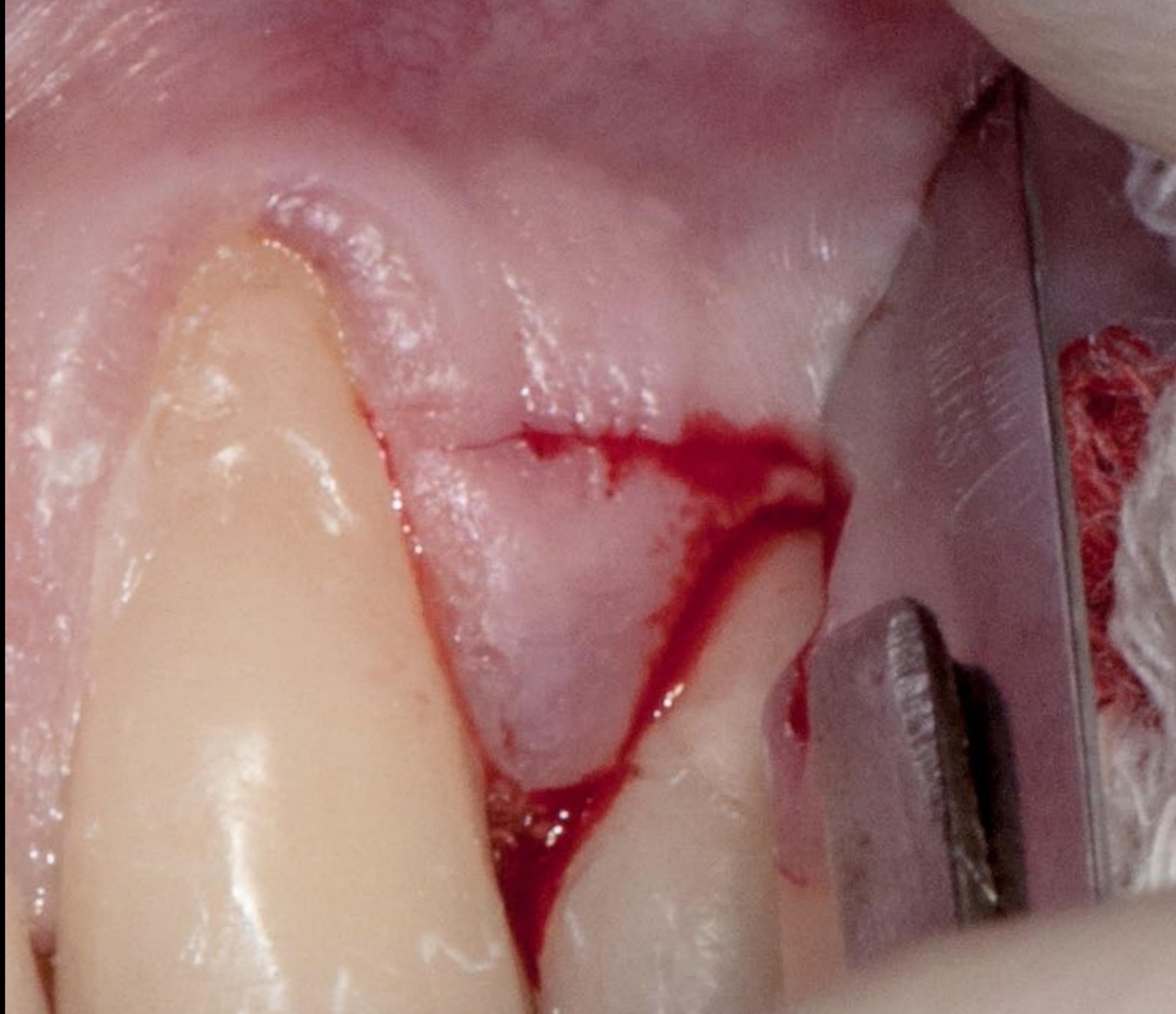
Описание слайда 20

Измерение пародонтологических параметров в области
клинической ситуации зуба 23



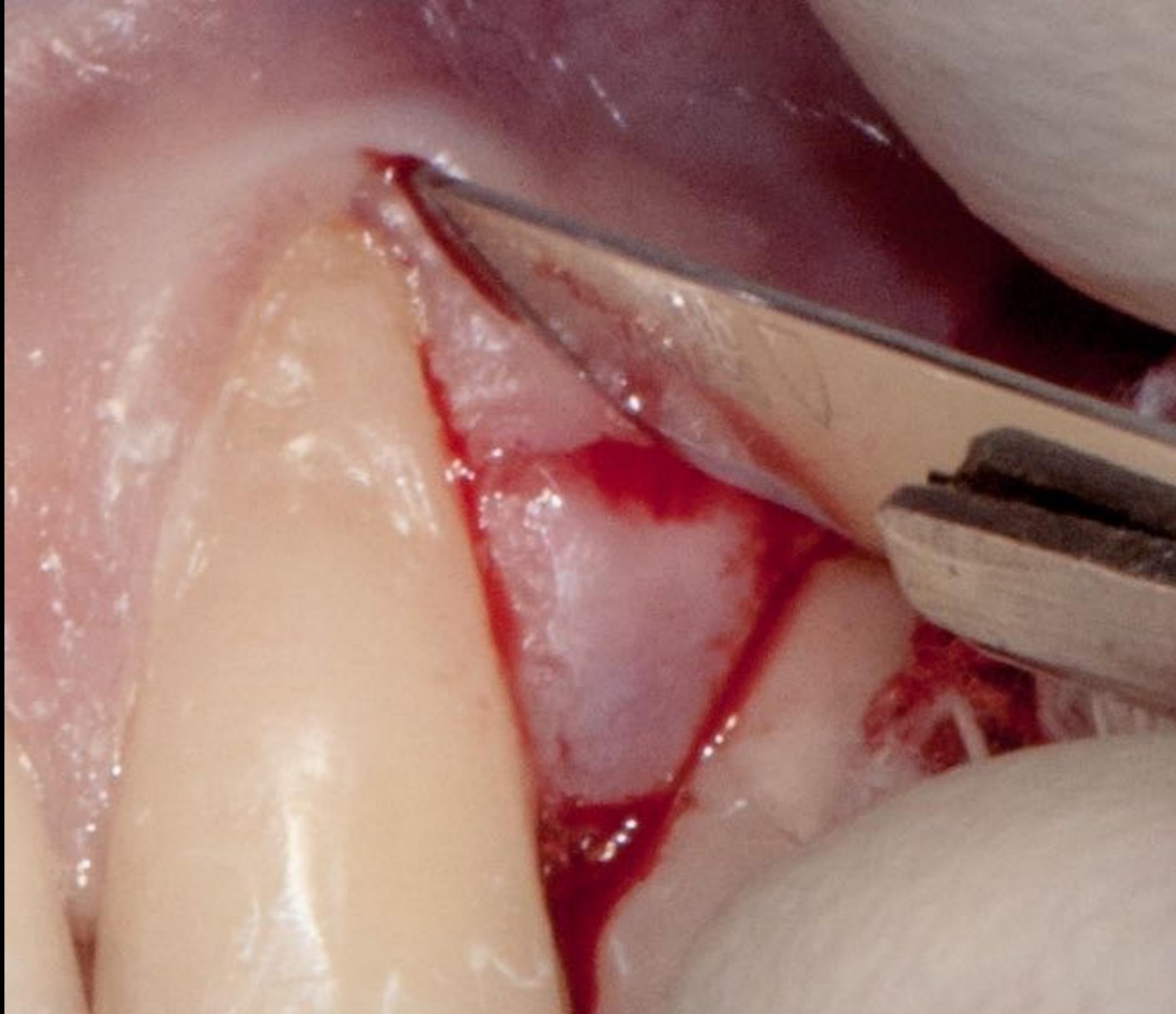
Описание слайда 21

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



Описание слайда 22

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



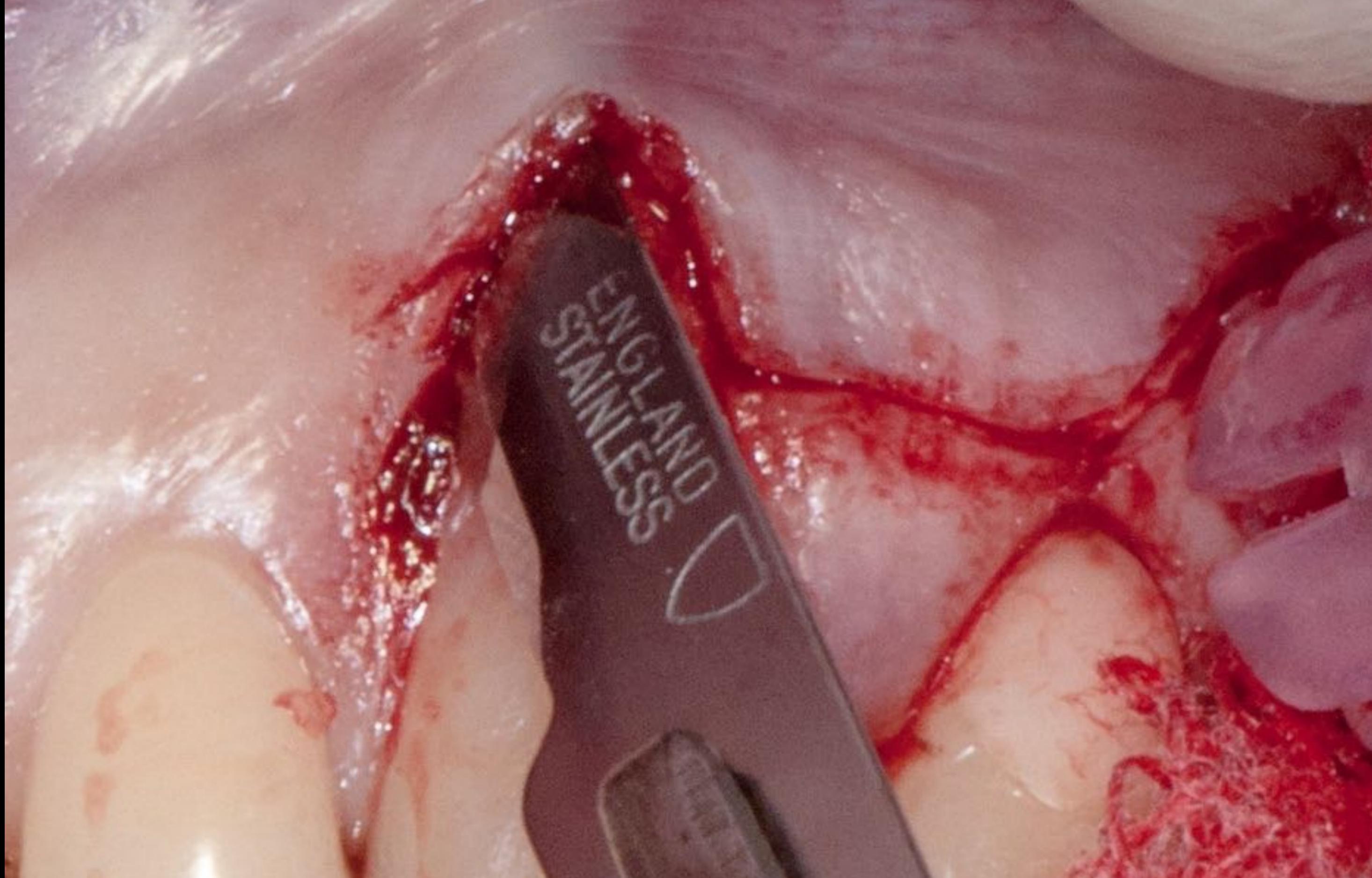
Описание слайда 23

Скальпелем обрабатываются края рецессии для их освежения для лучшей эпителизации.



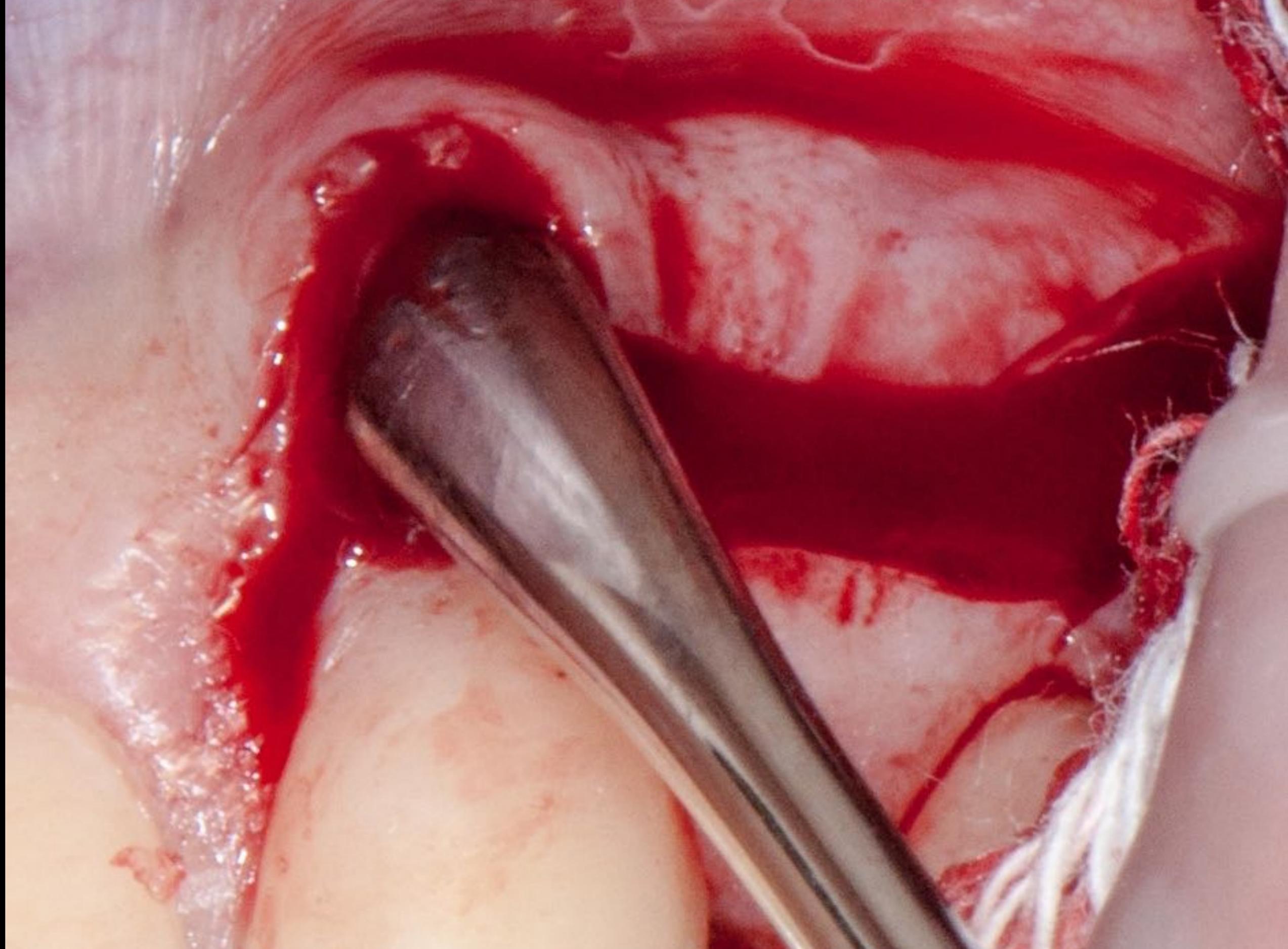
Описание слайда 24

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.



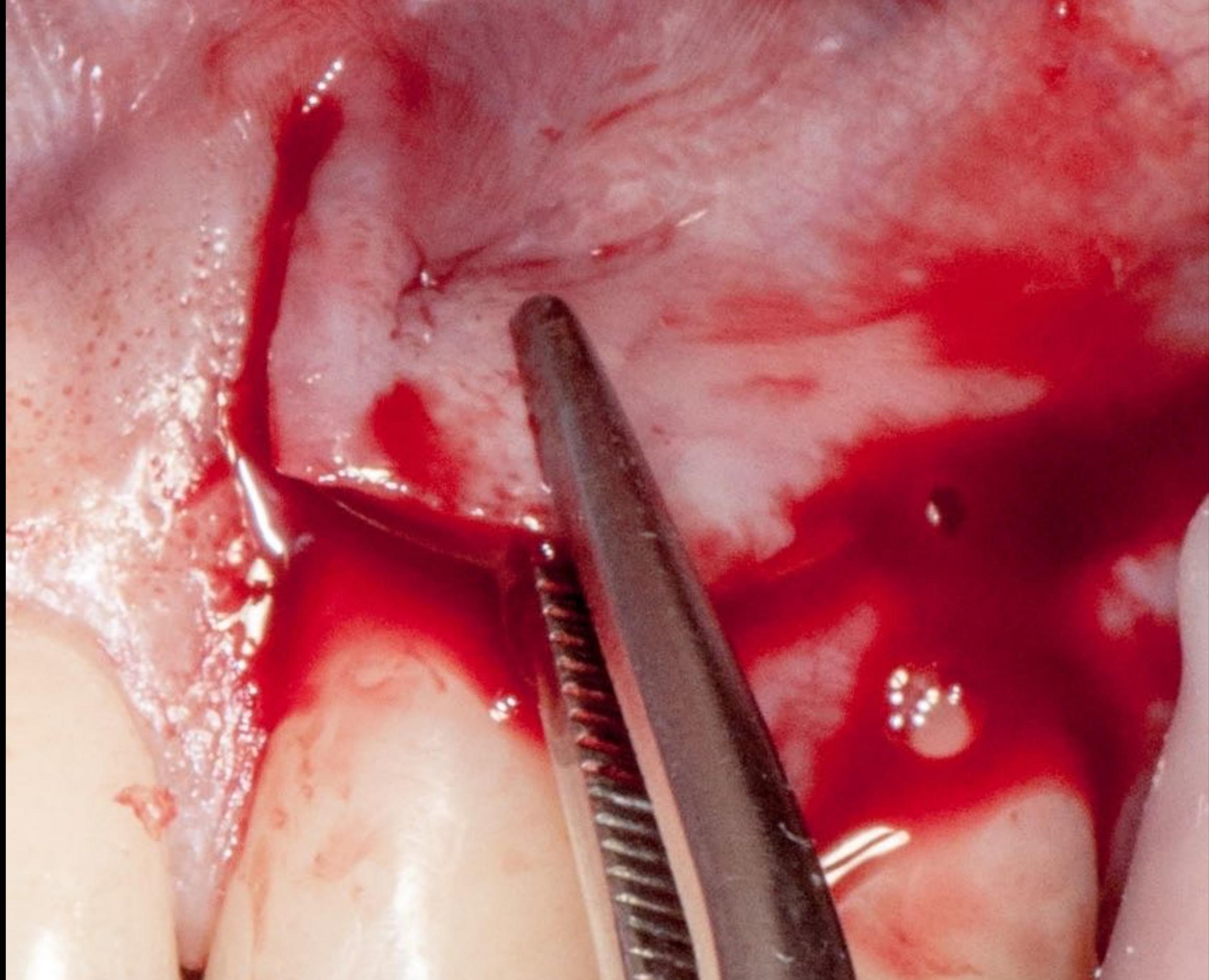
Описание слайда 25

Дизайн СНЛ: форма трапецевидная с широким основанием апикально. Второй вертикальный разрез идет от медиальной границы рецессии и будет рассекать МГГ и продлеваться вверх широким основанием апикально. В области горизонтальных разрезов СНЛ полнослойный, в области МГГ - расщепленный.



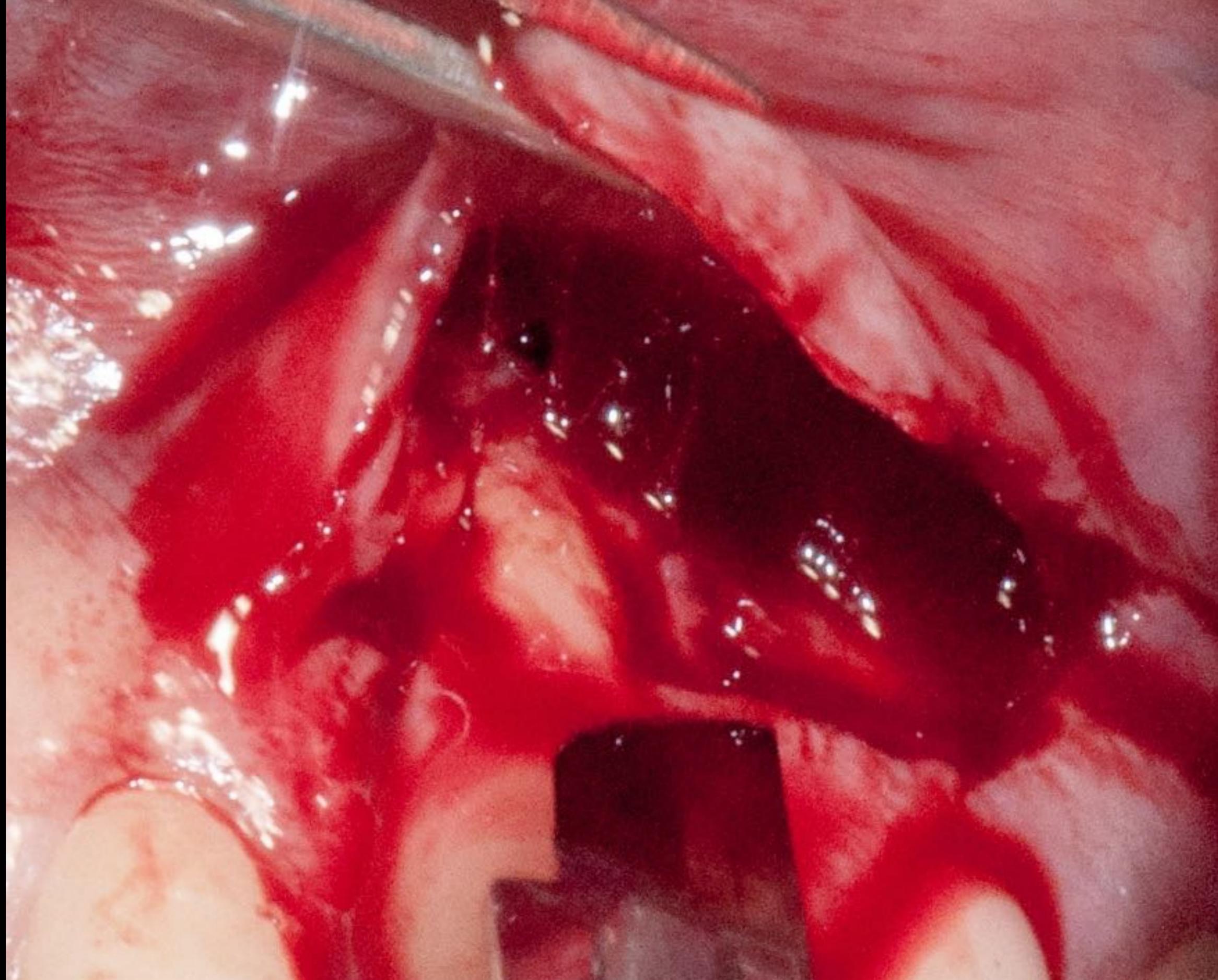
Описание слайда 26

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



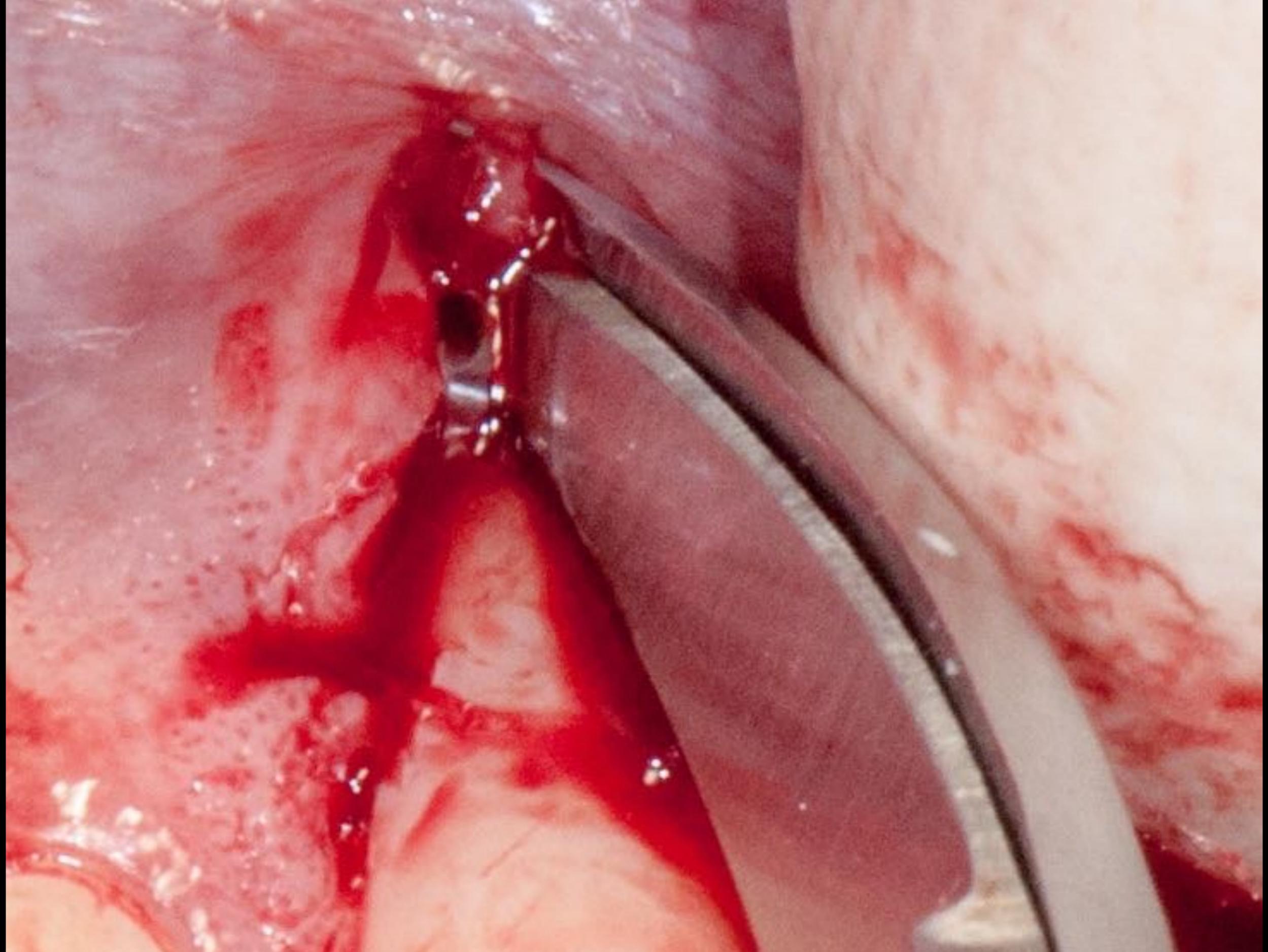
Описание слайда 27

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



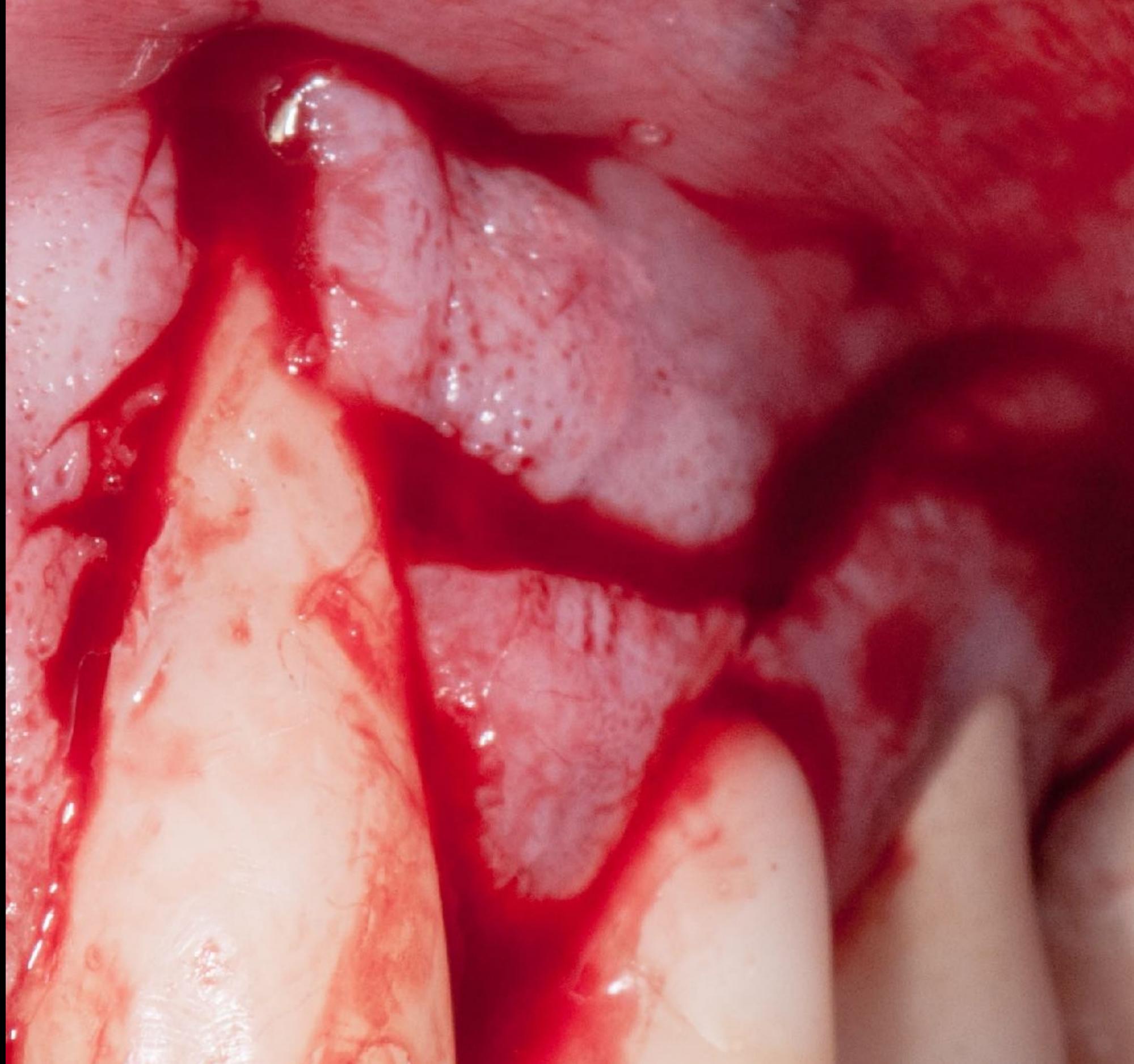
Описание слайда 28

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



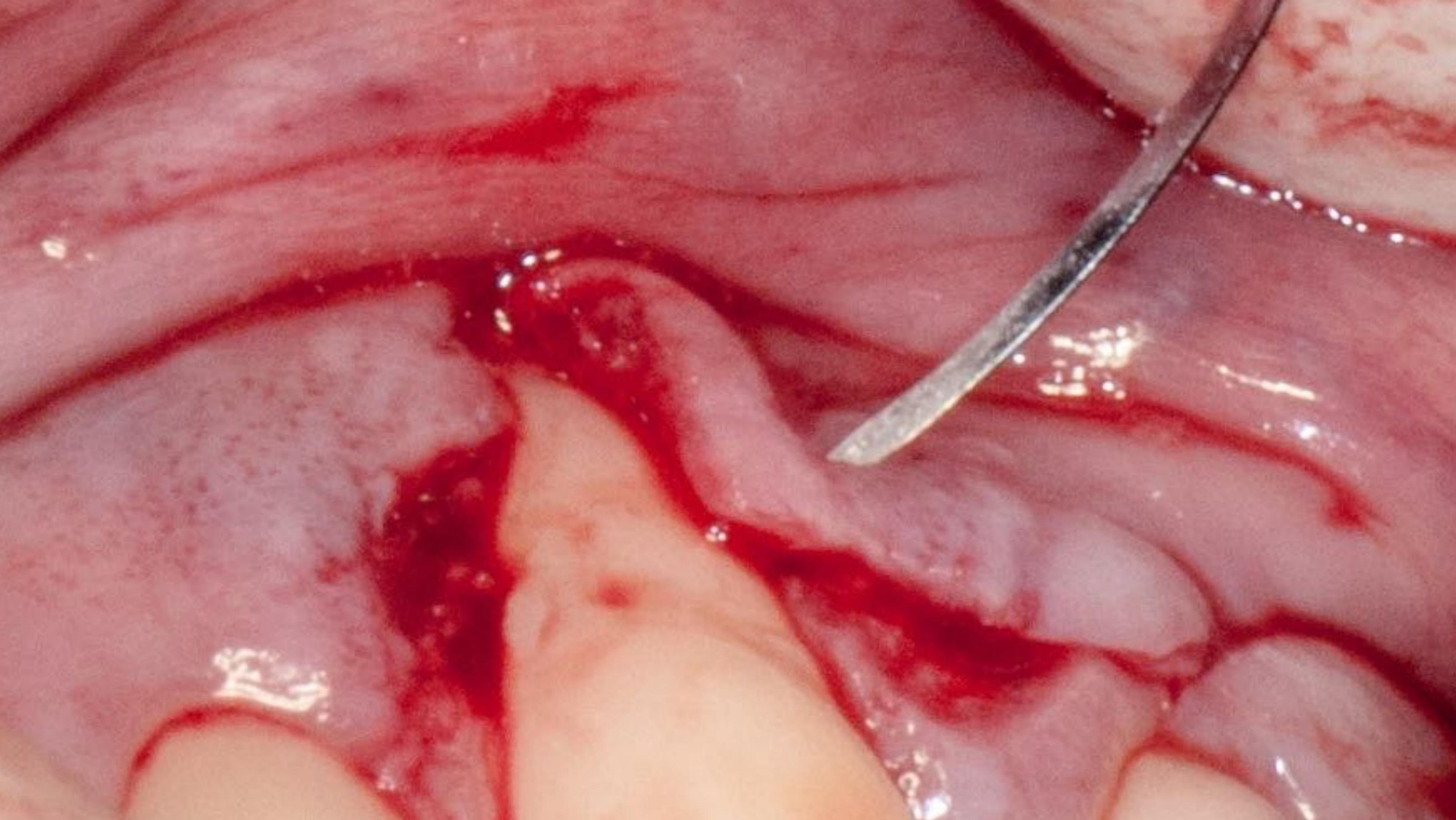
Описание слайда 29

Недостаточная мобилизация. Увеличение вертикального разреза с медиальной поверхности ножницами.



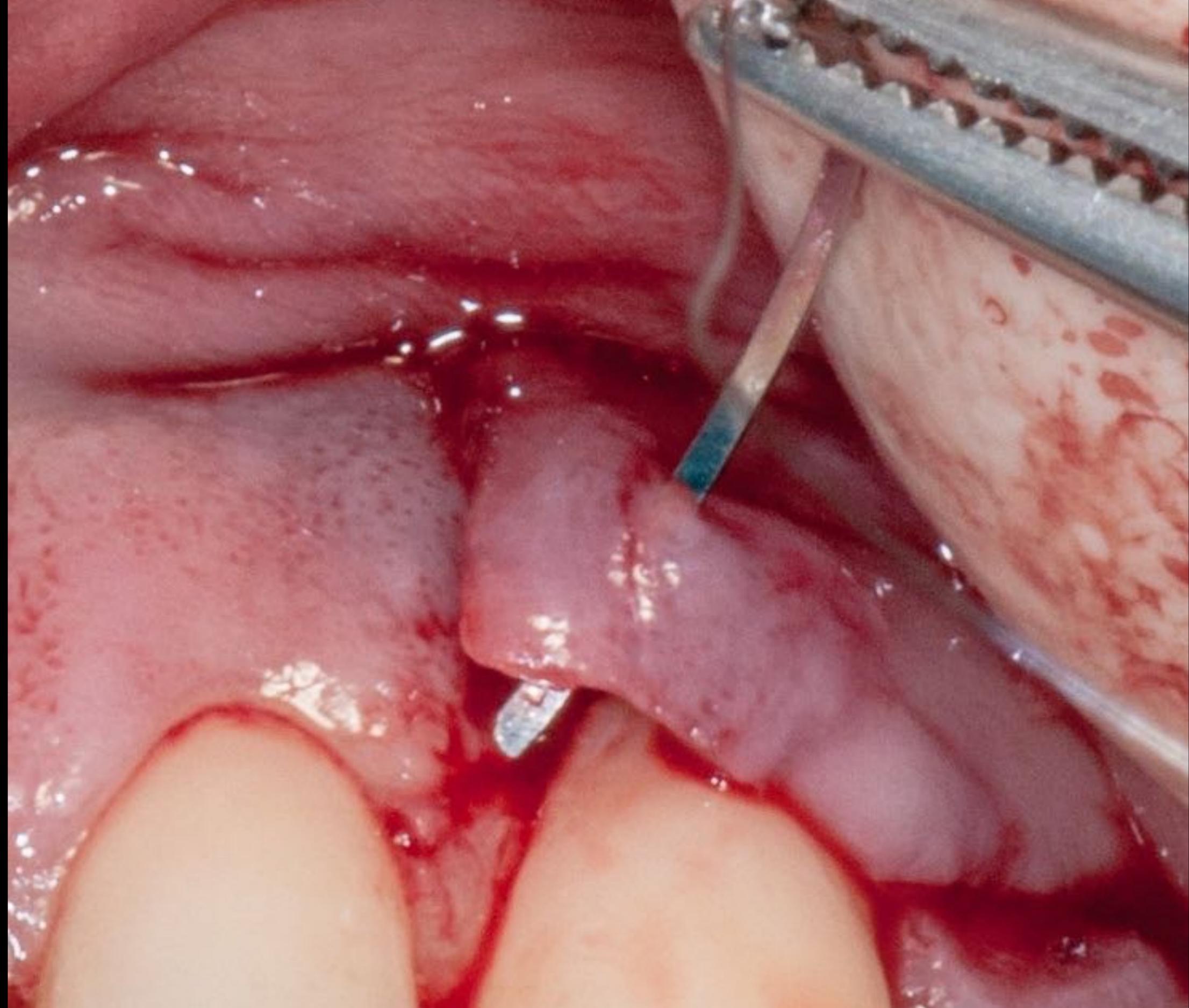
Описание слайда 30

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



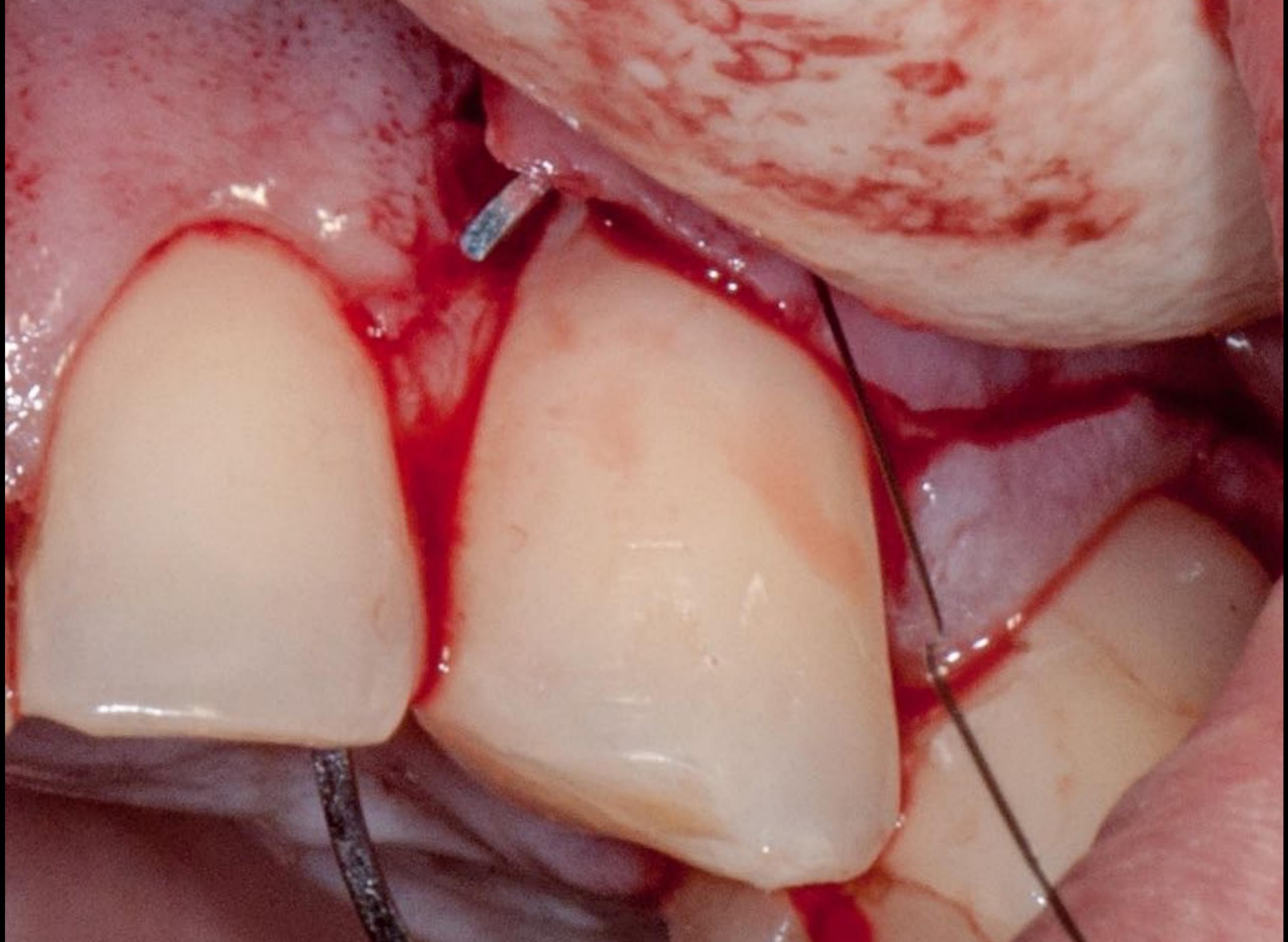
Описание слайда 31

Начальный первичный вкол иглы для фиксации перемещенного латерально СНЛ.



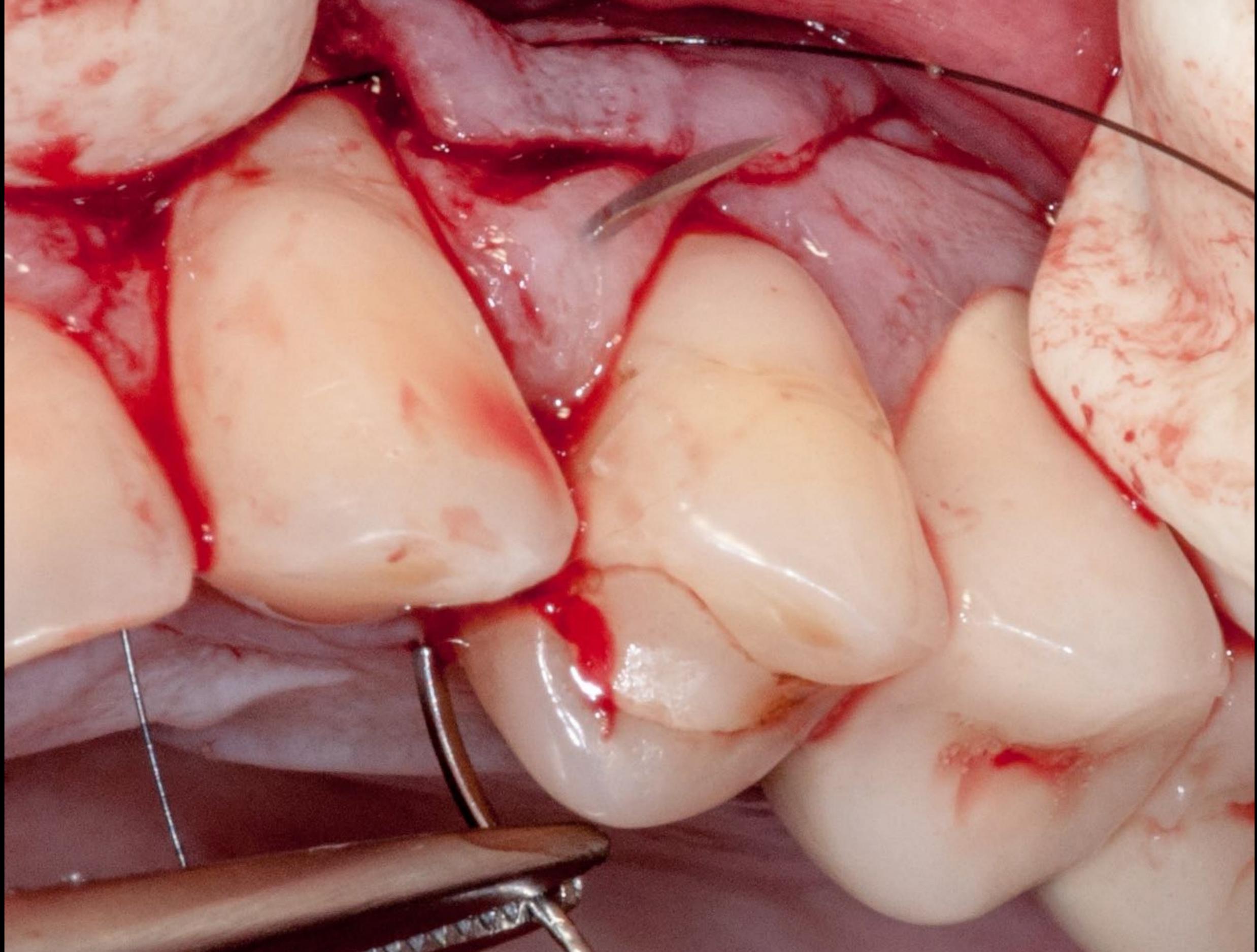
Описание слайда 32

Продолжение шва в межзубной сосочек медиально.



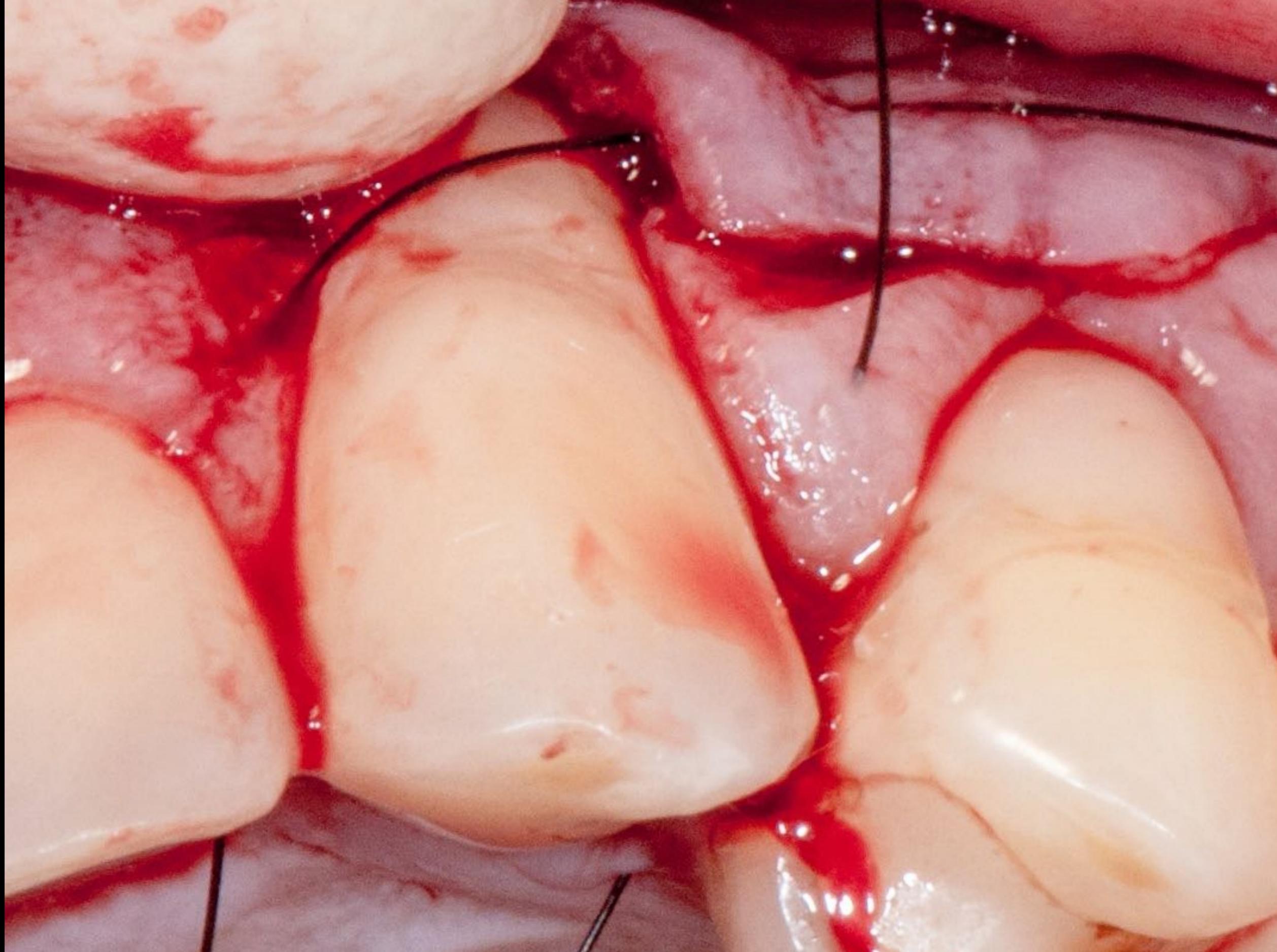
Описание слайда 33

Фиксация латерально перемещенного СНЛ в новом положении.



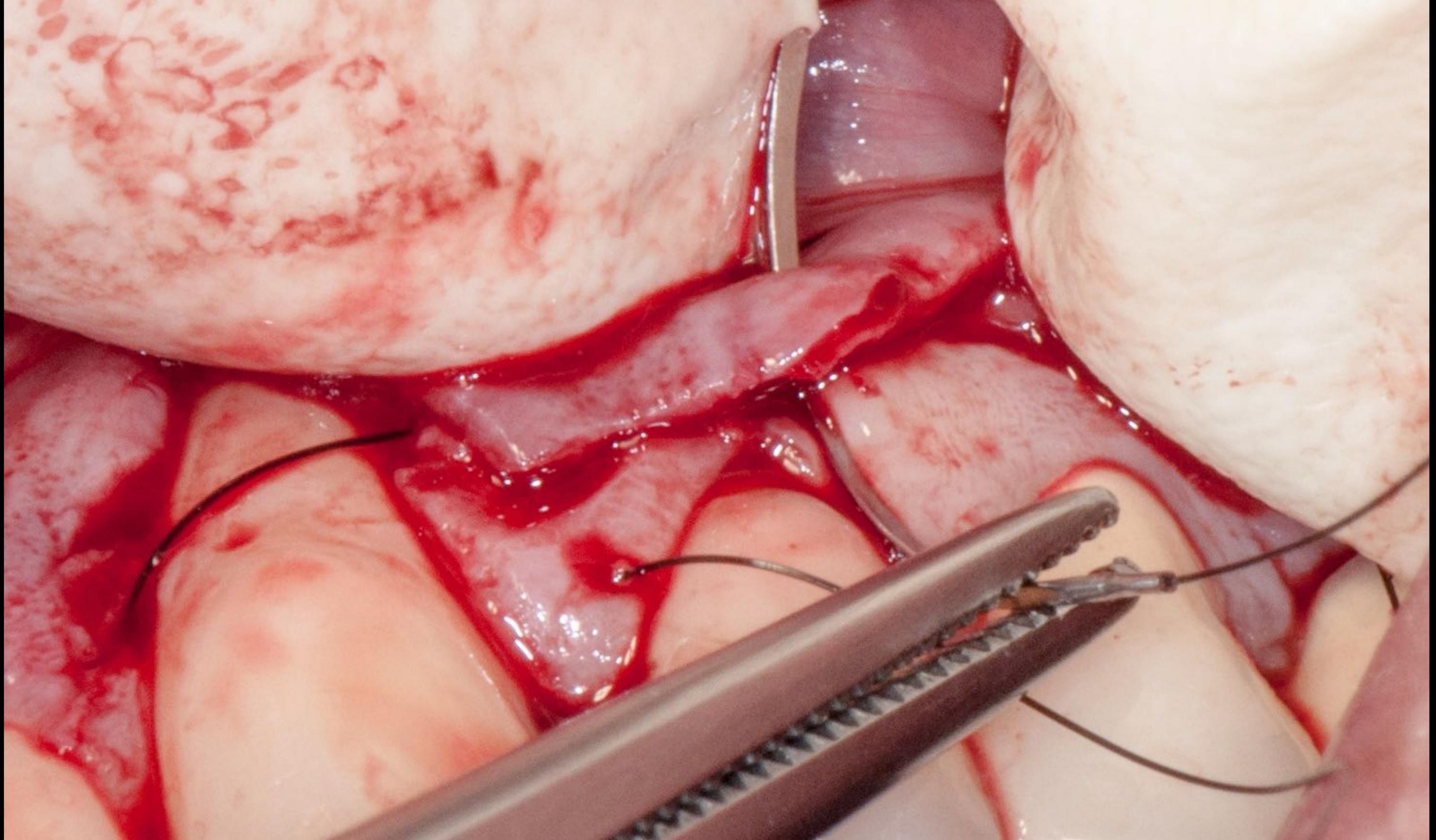
Описание слайда 34

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



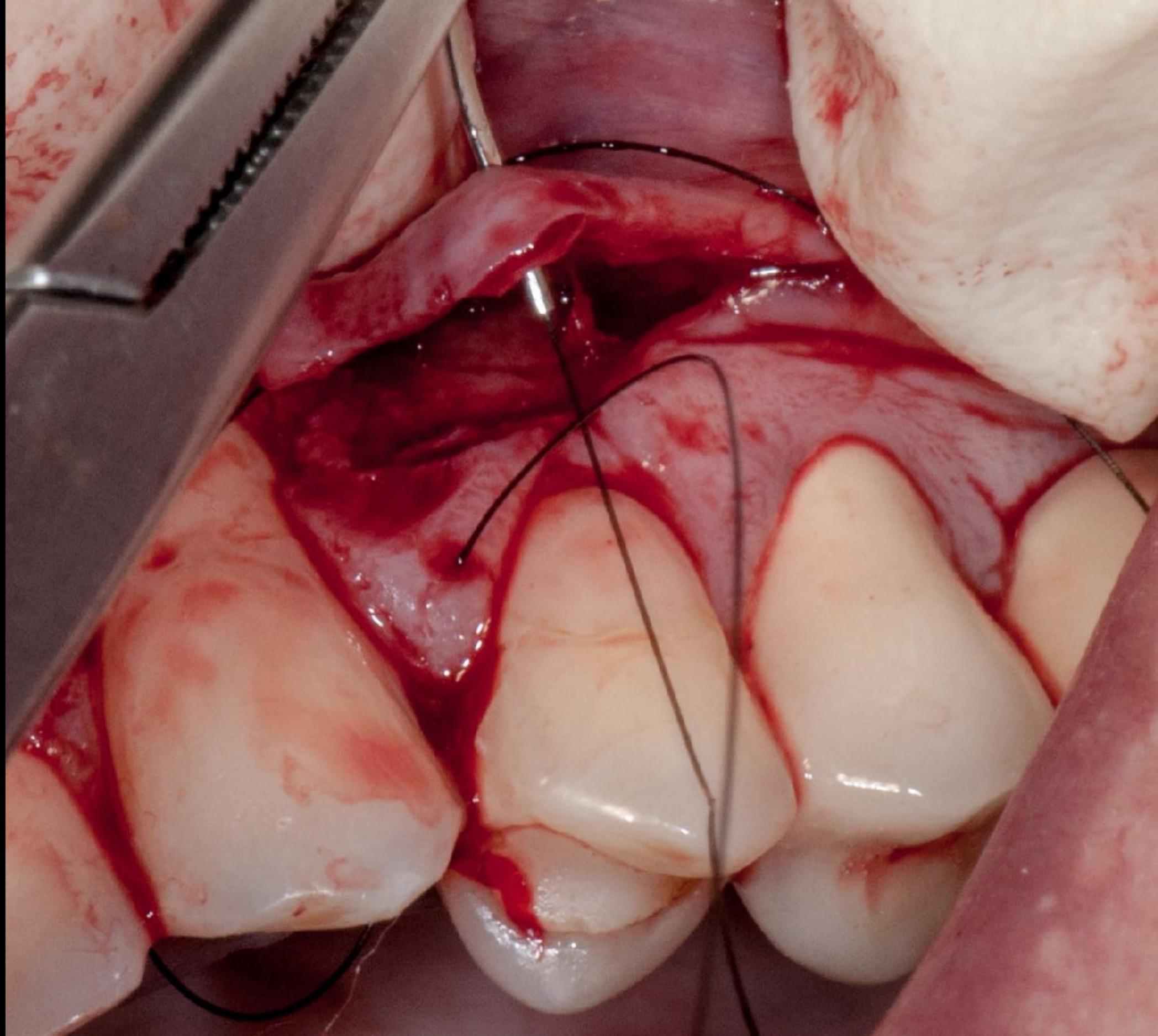
Описание слайда 35

Фиксация латерально перемещенного СНЛ в новом положении.



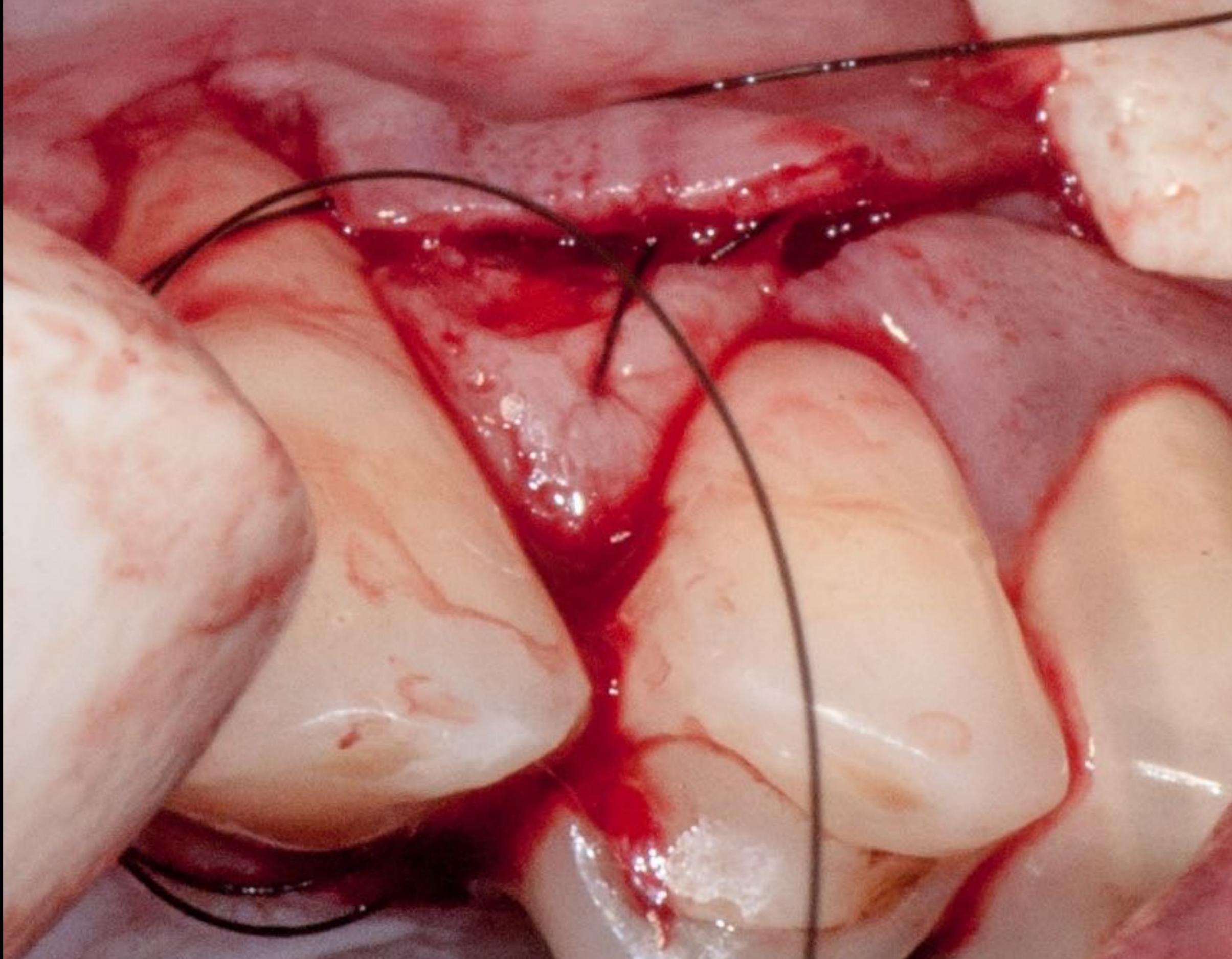
Описание слайда 36

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



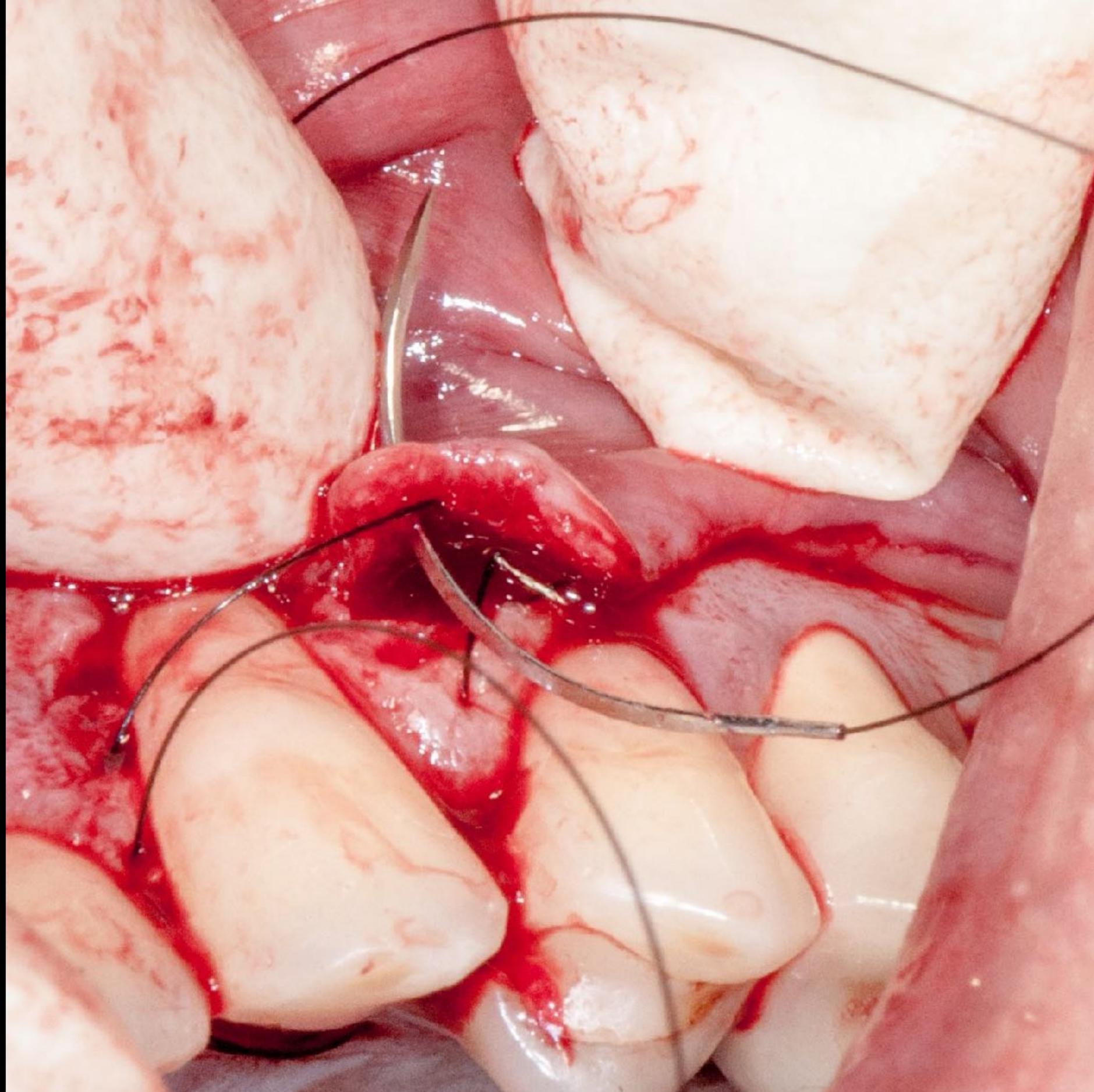
Описание слайда 37

Вкол иглы из-под СНЛ в основании хирургического сосочка.



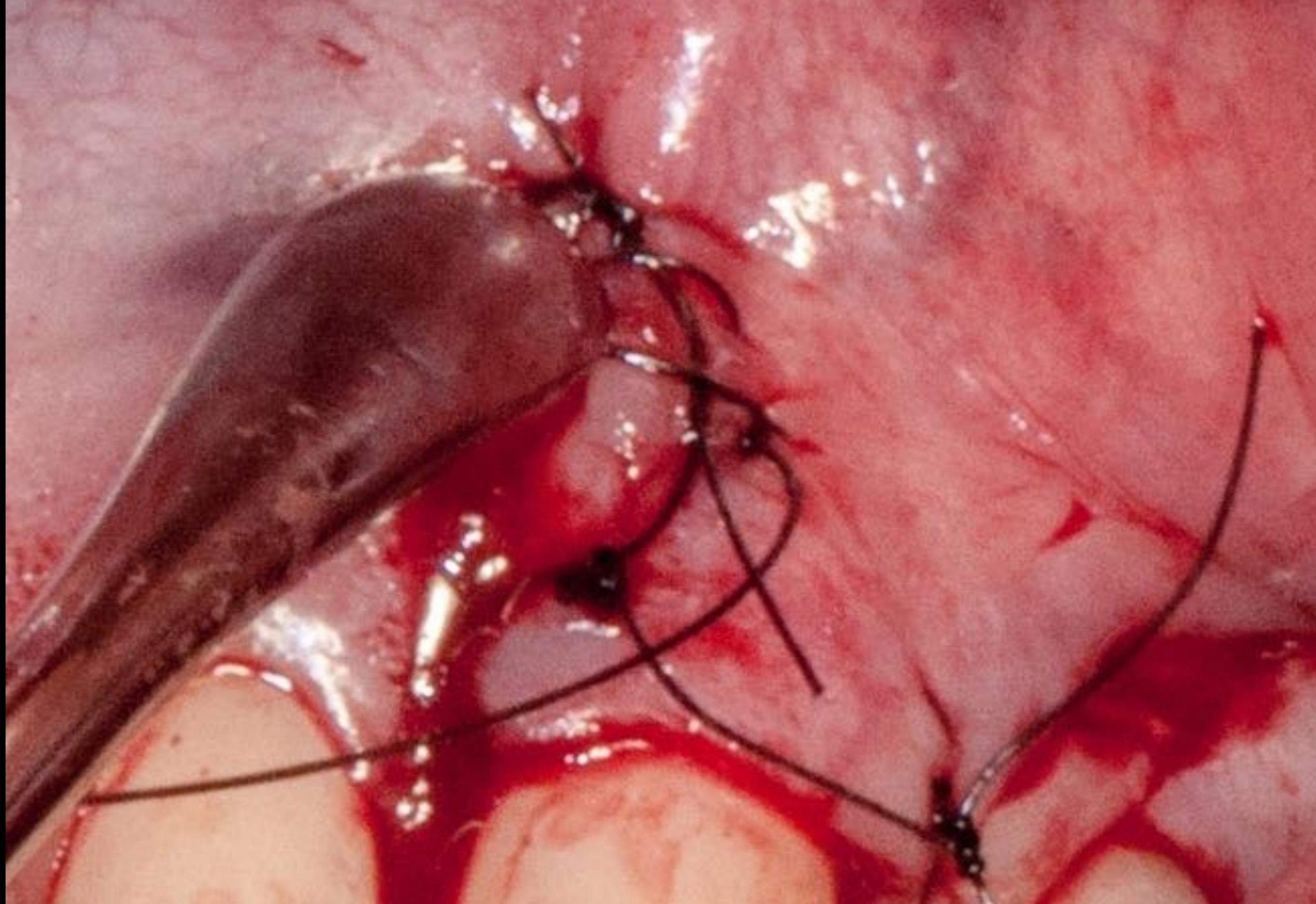
Описание слайда 38

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



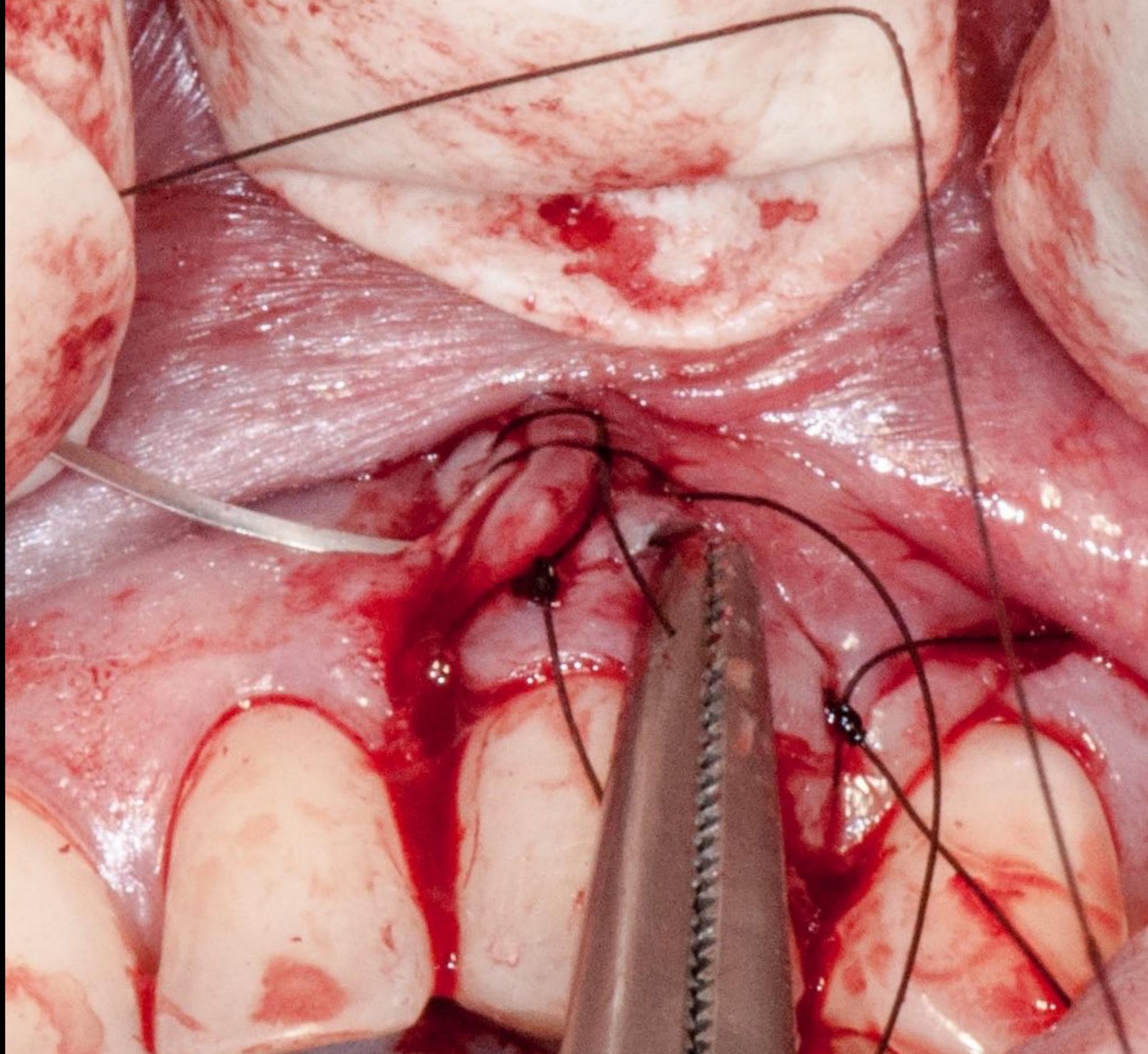
Описание слайда 39

Фиксация швом латерально перемещенного СНЛ.



Описание слайда 40

СНЛ зафиксирован двойным швом. Ушивание вертикальных разрезов непрерывным швом.



Описание слайда 41

Продолжение вшивания раны. Вертикальный медиальный шов.



Описание слайда 42

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



Описание слайда 43

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



Описание слайда 44

Можно наблюдать исходное клиническое состояние области рецессии десны.



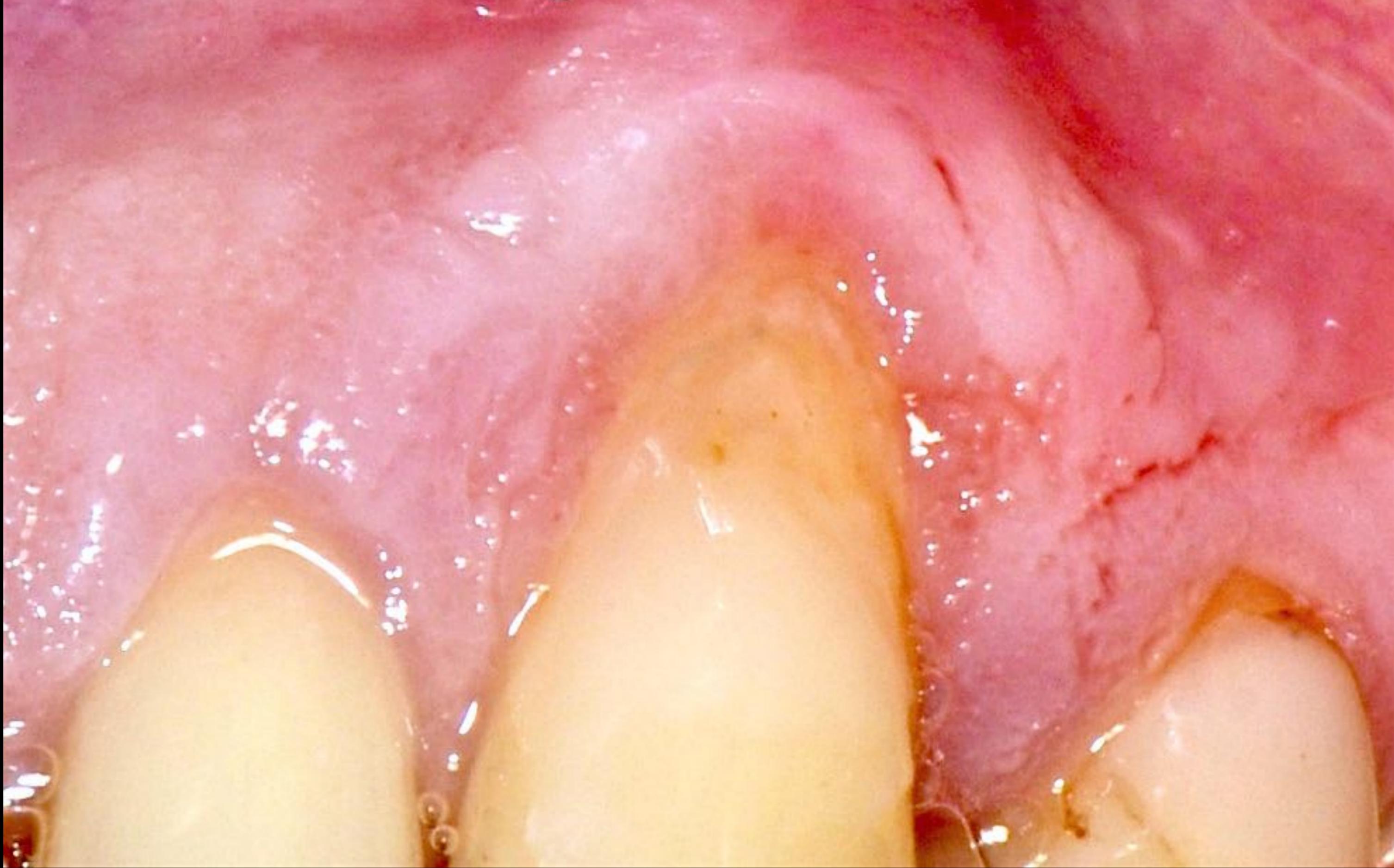
Описание слайда 45

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



Описание слайда 46

Состояние в области зуба 23 после оперативного вмешательства.



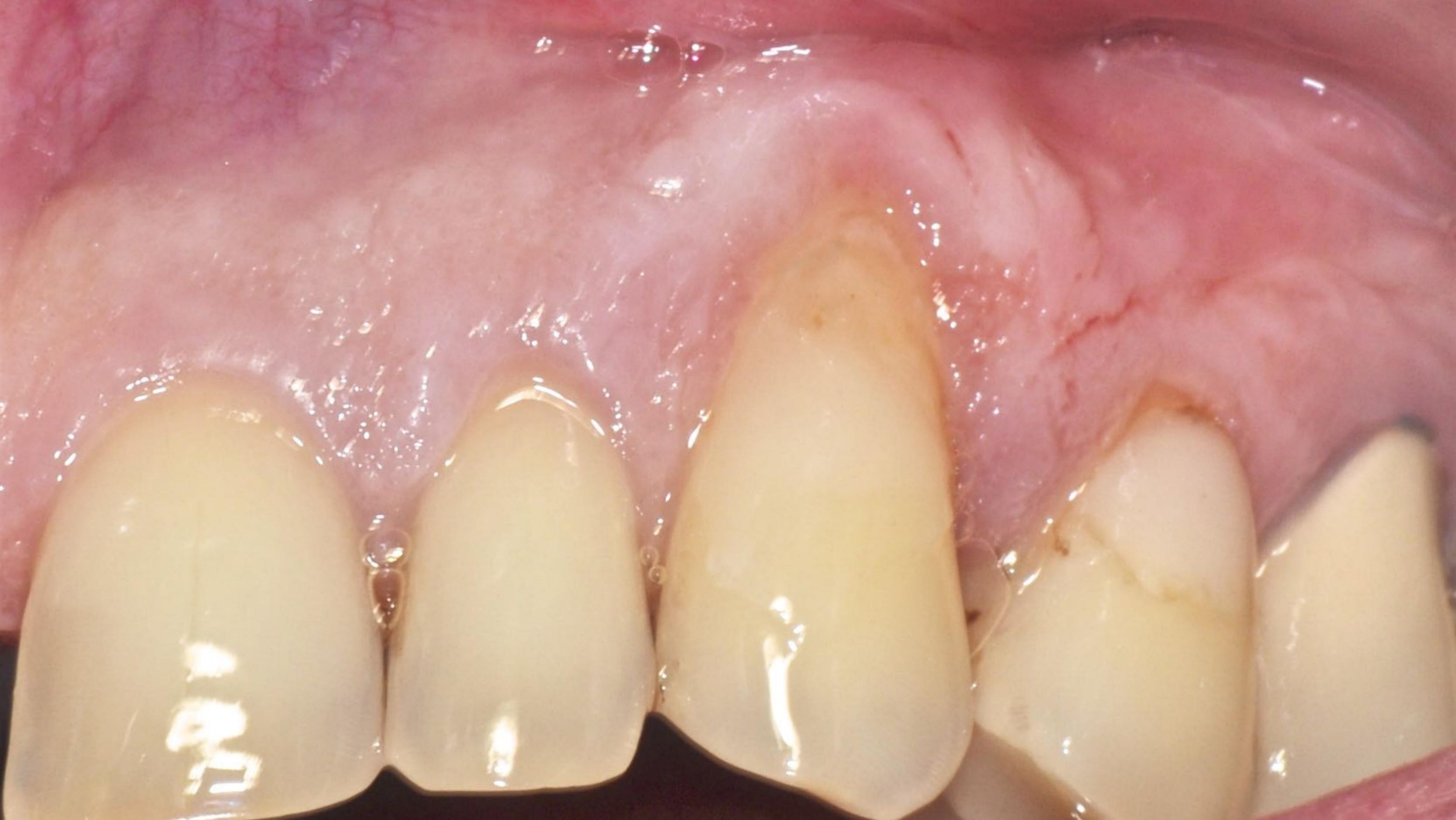
Описание слайда 47

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



Описание слайда 48

Состояние тканей через 12 месяцев. Нет никаких рубцов.
Хорошая ширина и толщина прикрепленной десны и объем десны.



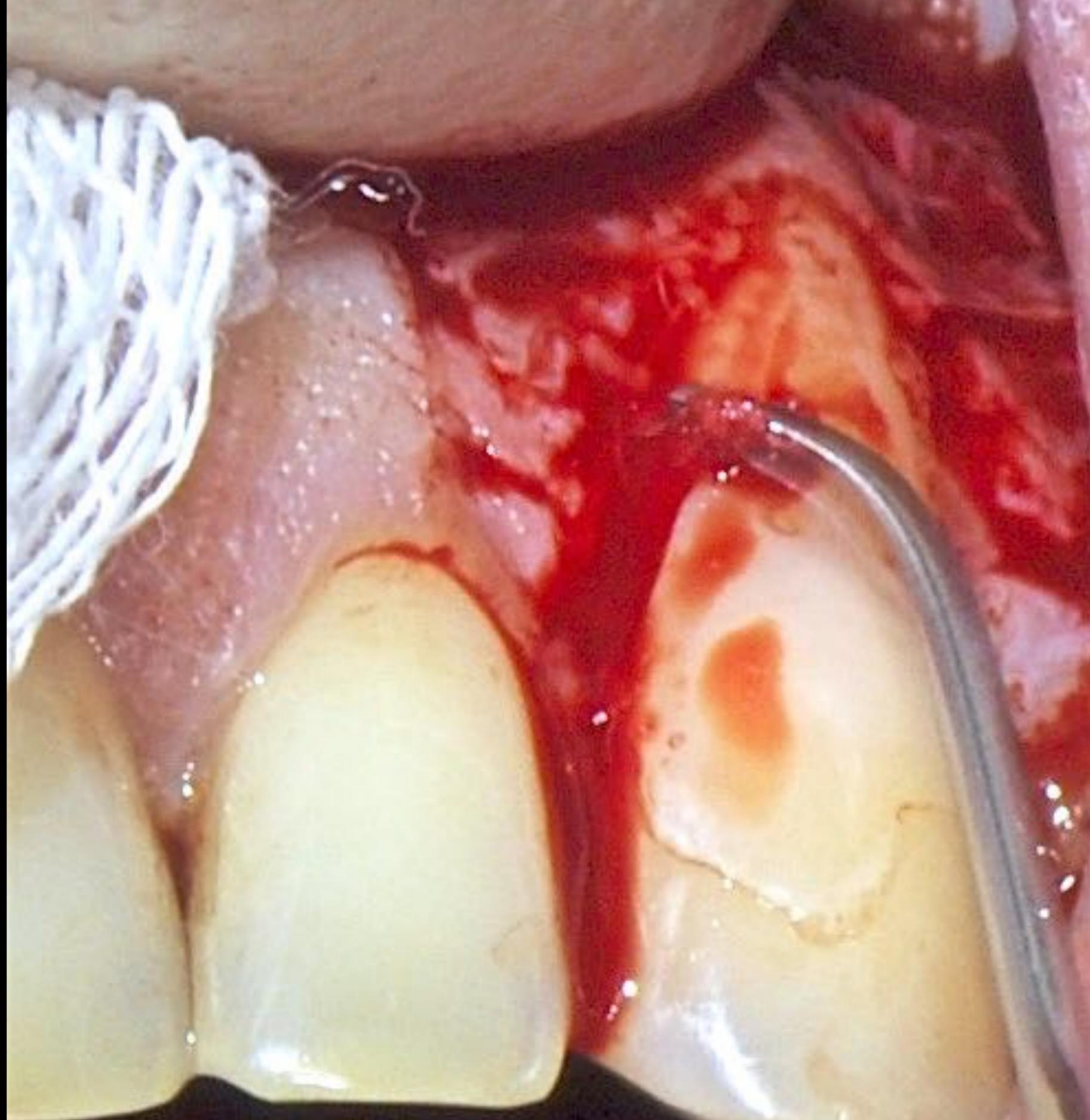
Описание слайда 49

Состояние тканей через 12 месяцев.



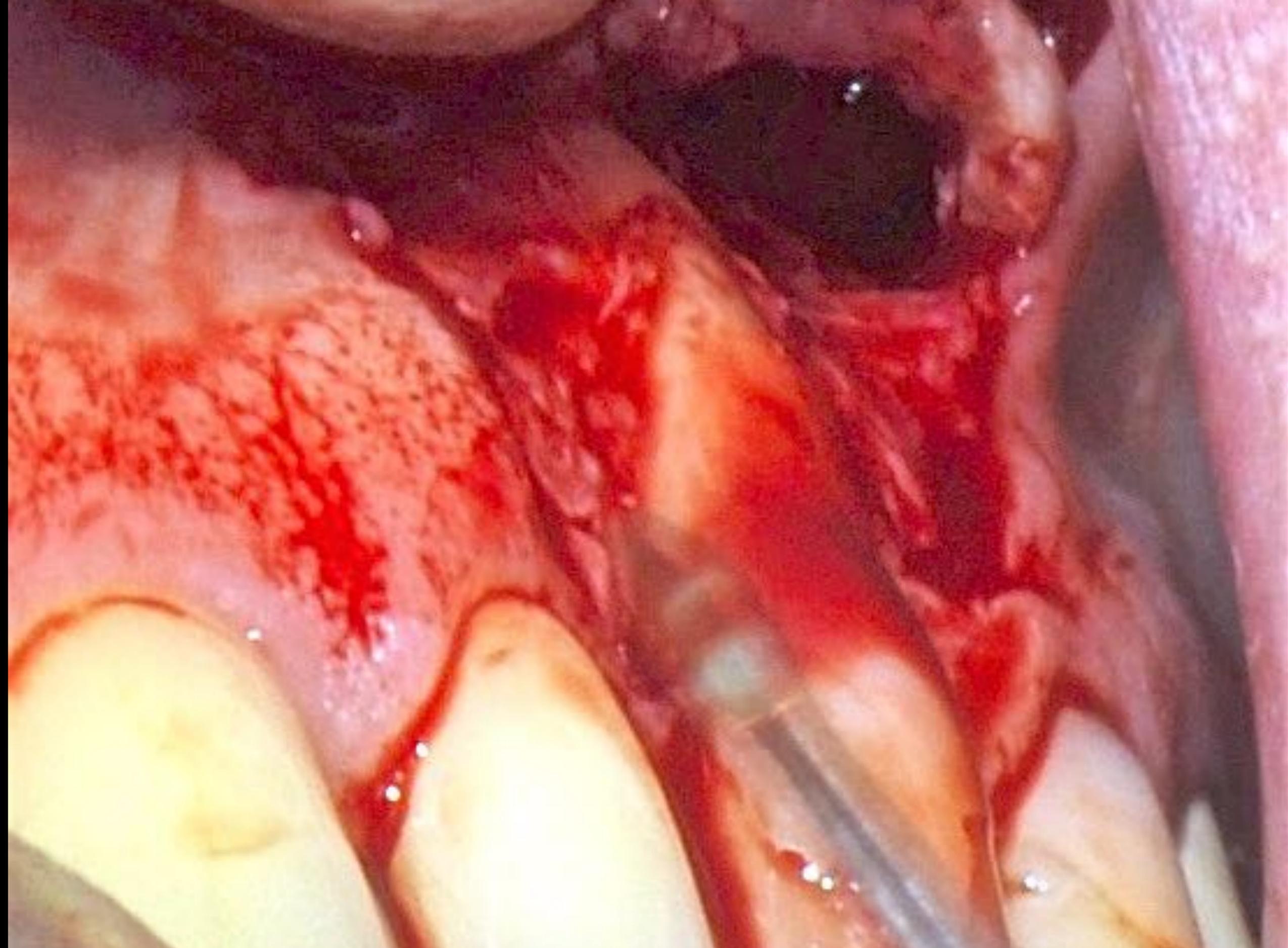
Описание слайда 50

Второй этап лечения рецессии десны в области 23. Создан объём прикрепленной десны, рецессия незначительная. Остается в области некариозного поражения твердых тканей зуба. Дизайн разреза для коронального перемещения СНЛ.



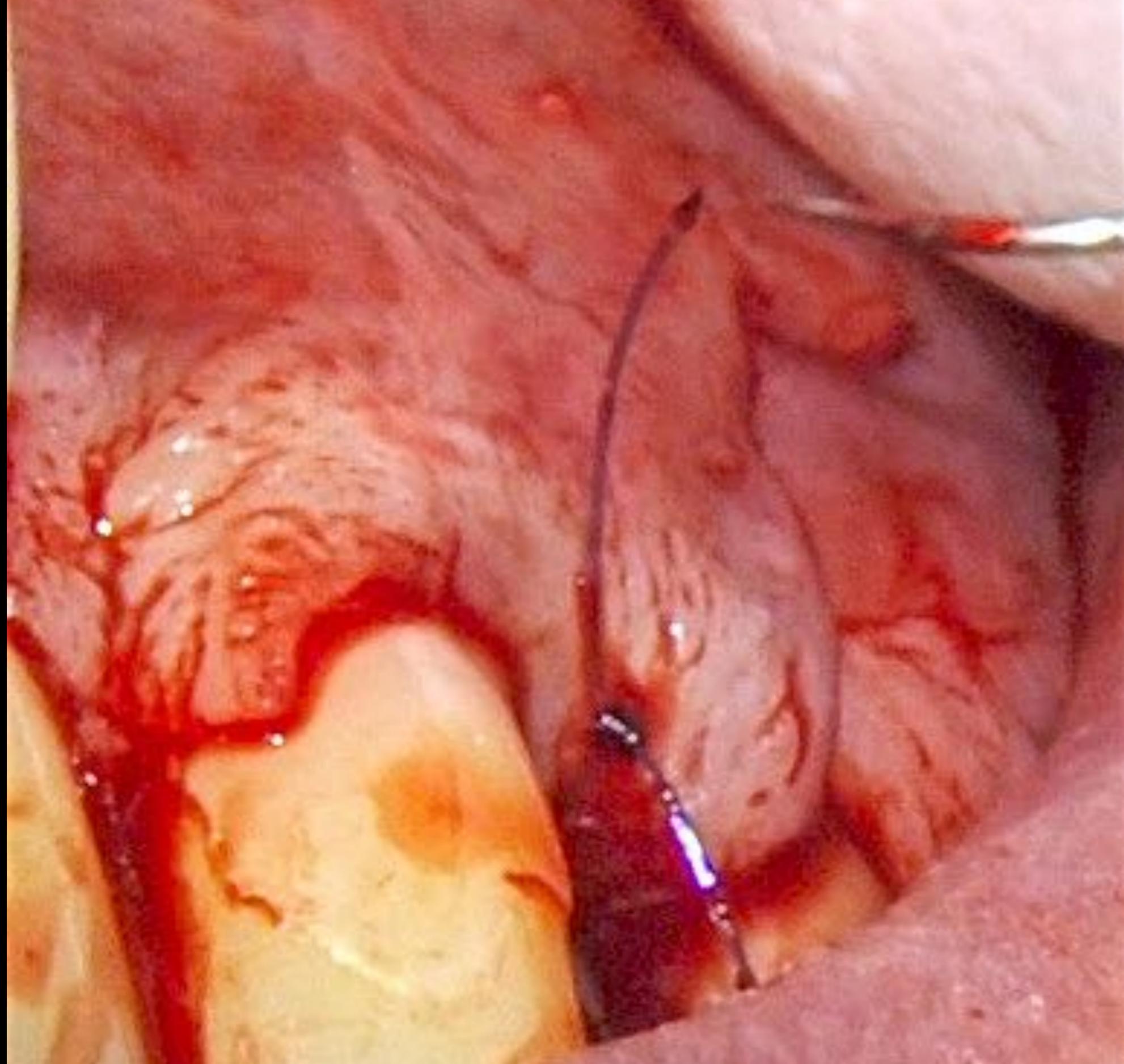
Описание слайда 51

Обработка поверхности корня. Этап обработки кюретой.



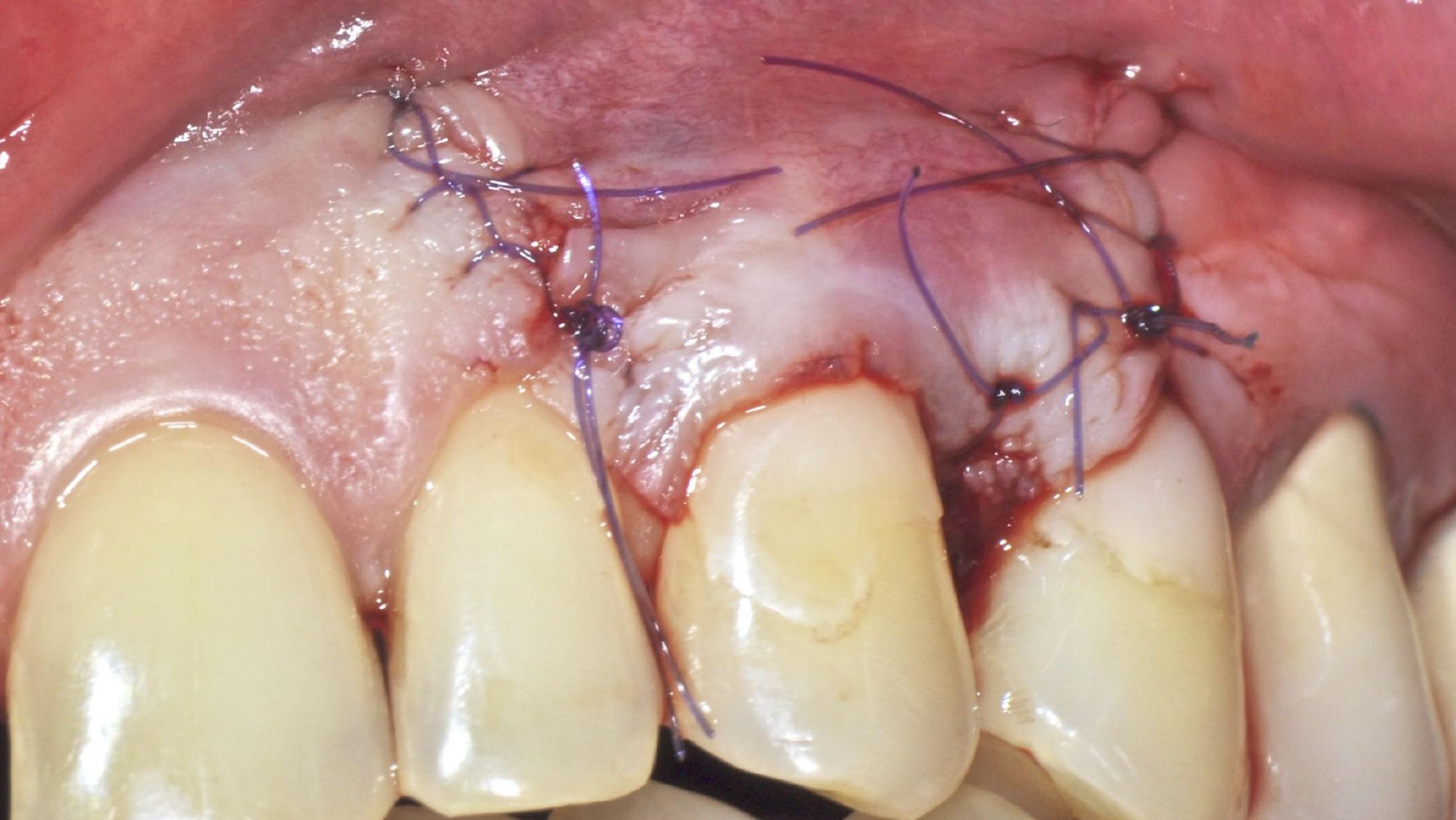
Описание слайда 52

Обработка поверхности корня. Заключительная полировка.



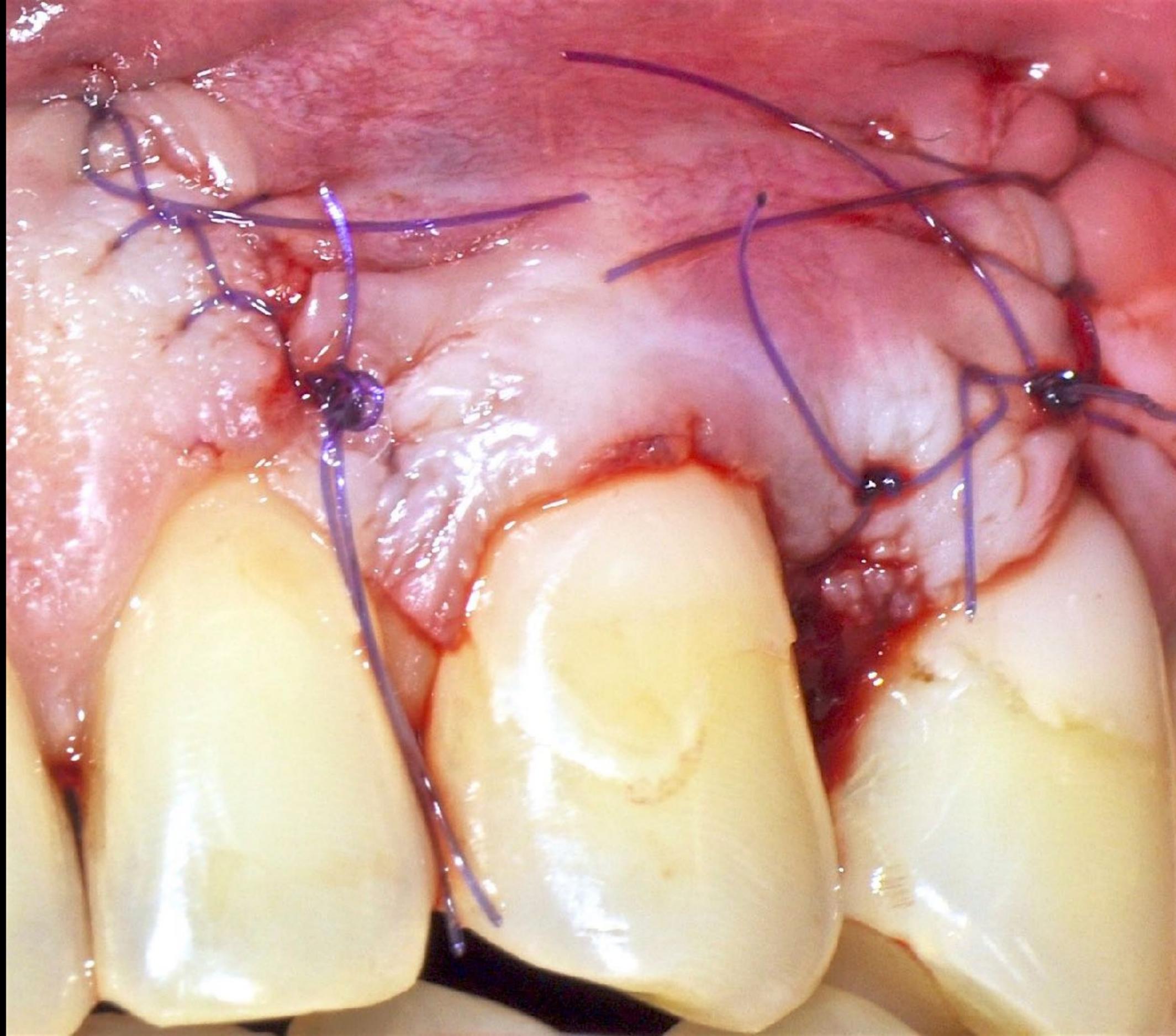
Описание слайда 53

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



Описание слайда 54

Зафиксированный СНЛ в области 23 зуба. Анатомические сосочки совмещены с хирургическими. Ушиты двойным обвивным кисетным швом. Ушиты вертикальные разрезы непрерывными швами.



Описание слайда 55

Зафиксирован СНЛ в новом положении.



Описание слайда 56

Состояние тканей через 14 дней. Снятие швов.



Описание слайда 57

Состояние тканей пародонта в области зуба 23 через год.



Описание слайда 58

Состояние тканей пародонта в области зуба 23 после двух мукогингивальной операций. Получен объём прикрепленной десны и ШКД. Стабильный результат. Рецессия полностью устранена.



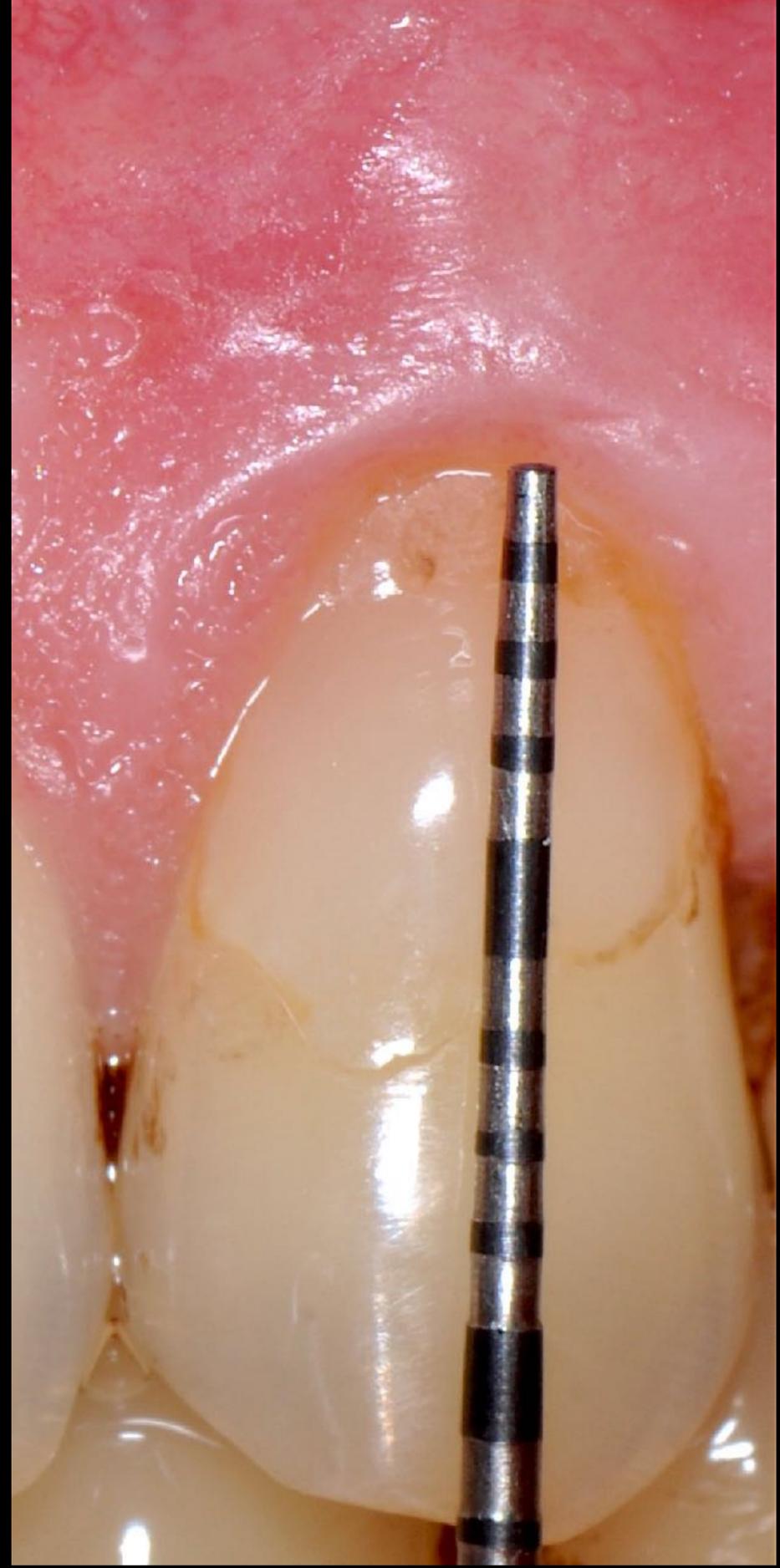
Описание слайда 59

Измерение расстояния десны до режущего края. РРД.



Описание слайда 60

Измерение области некариозного поражения. Равно 1 мм.



Описание слайда 61

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.



Описание слайда 62

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



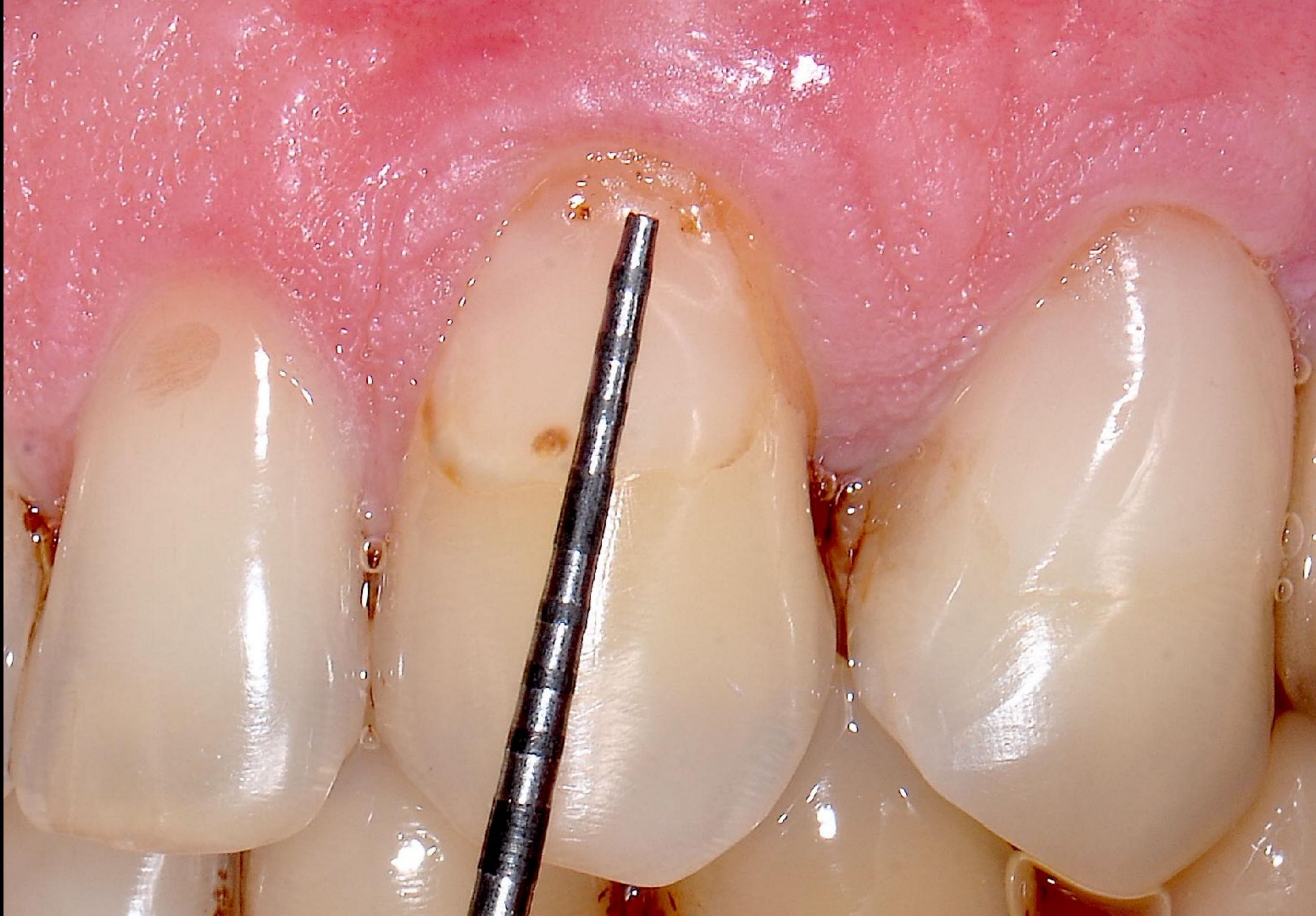
Описание слайда 63

Измерение РРД.



Описание слайда 64

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



Описание слайда 65

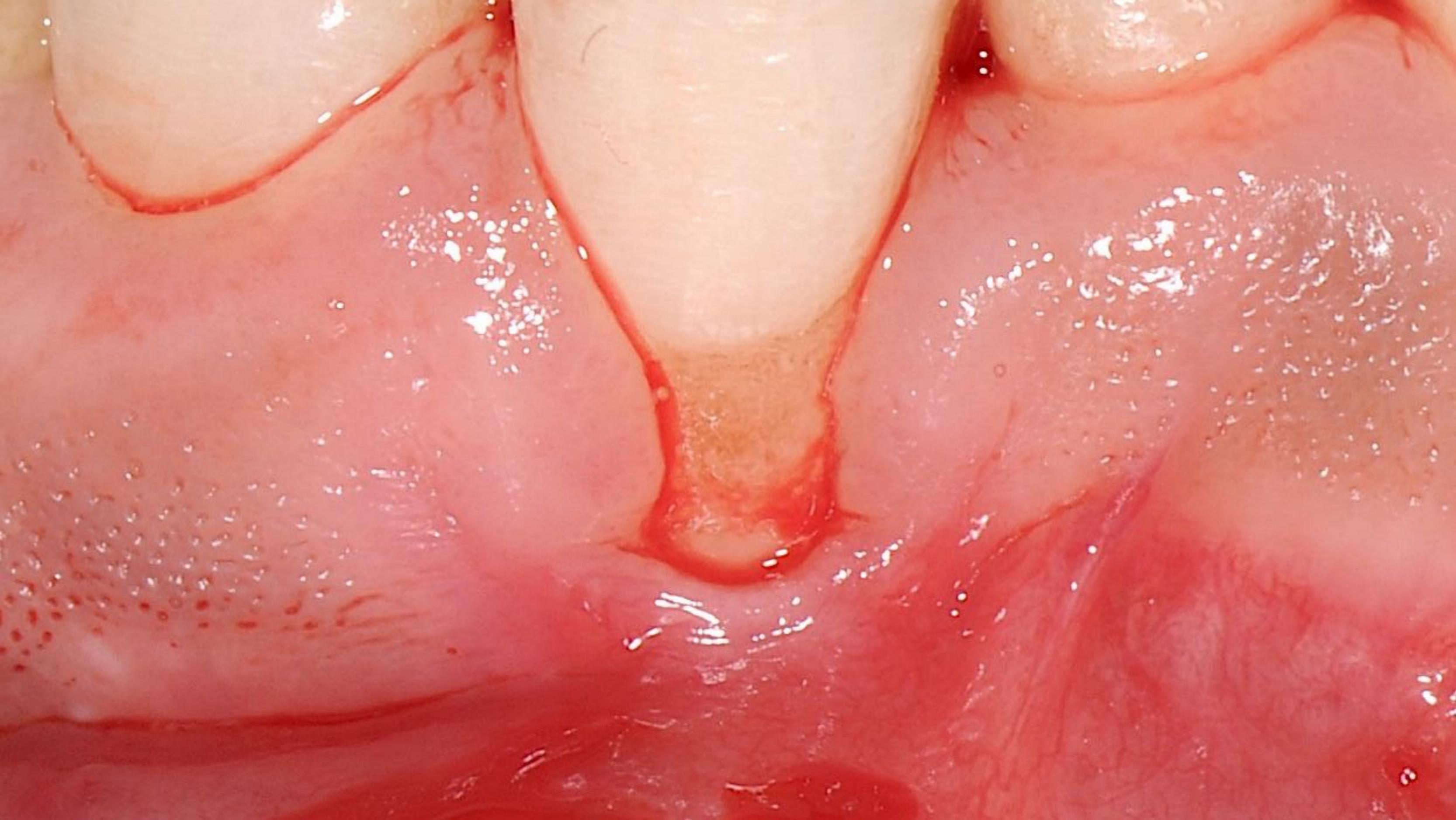
Отсутствует некариозное поражение в области корня.

Клинический пример №7



Описание слайда 66

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, выдвиганием зуба из дуги и тортоаномалией.



Описание слайда 67

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



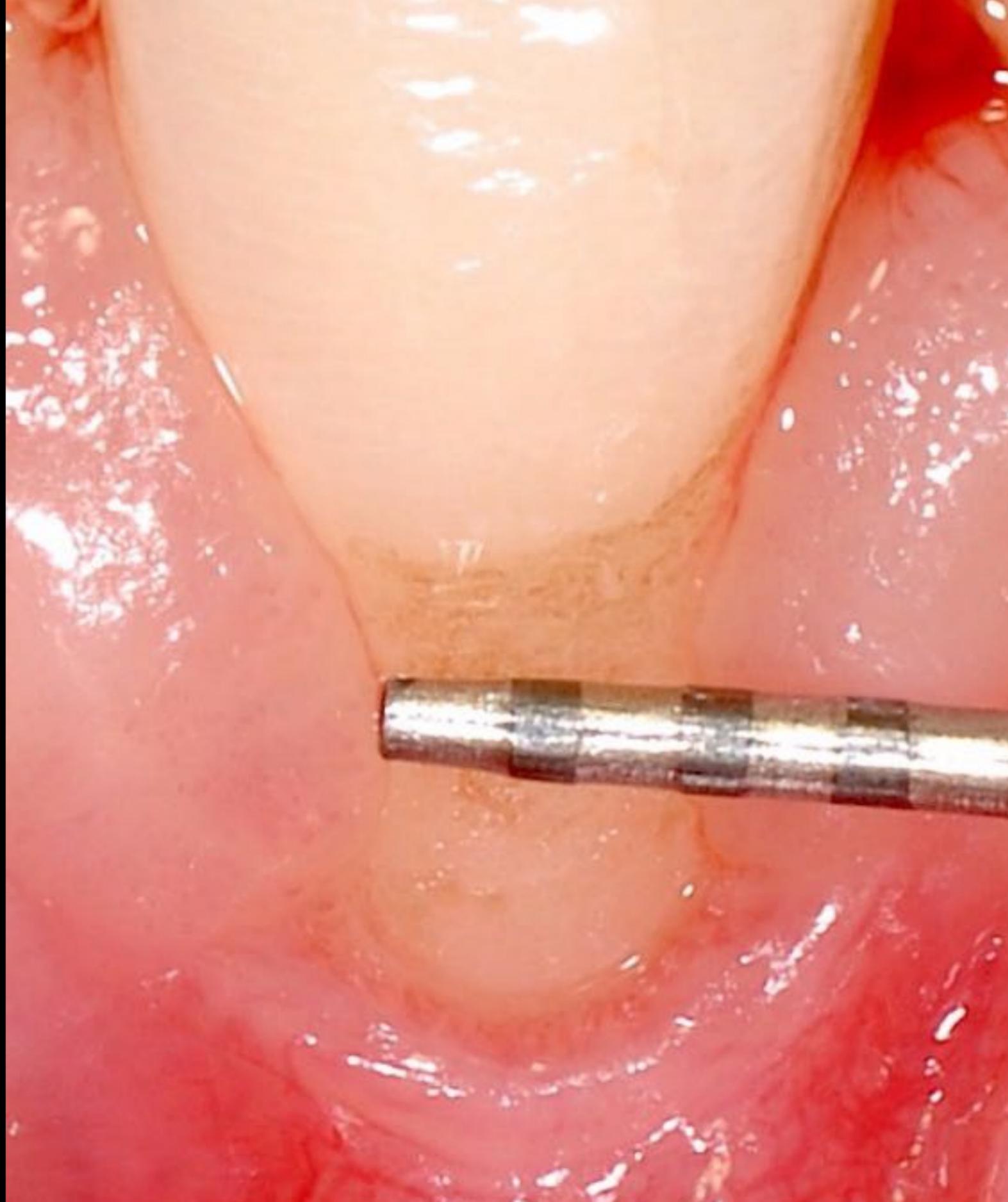
Описание слайда 68

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



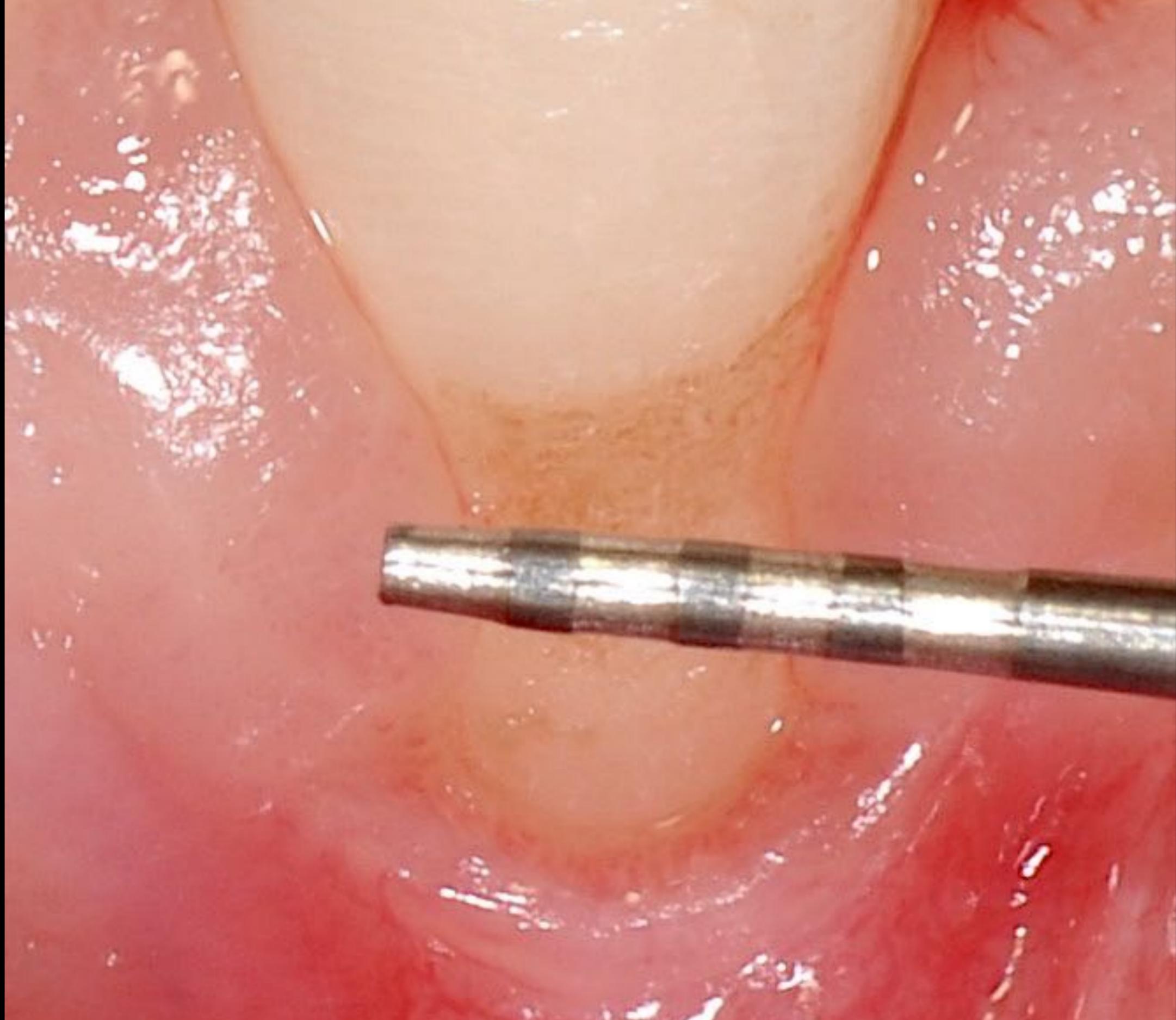
Описание слайда 69

Измерение убыли межзубного сосочка.



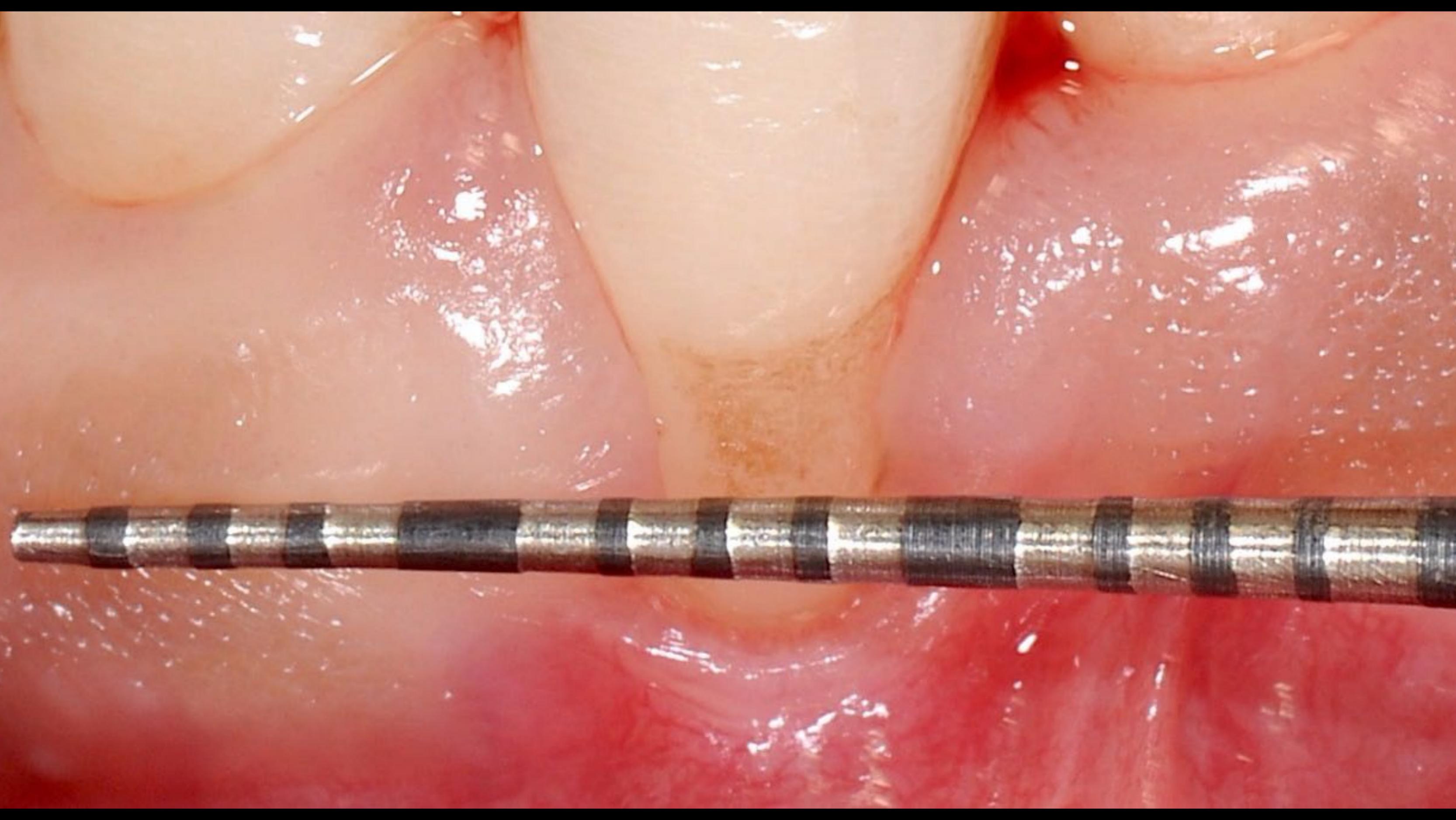
Описание слайда 70

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



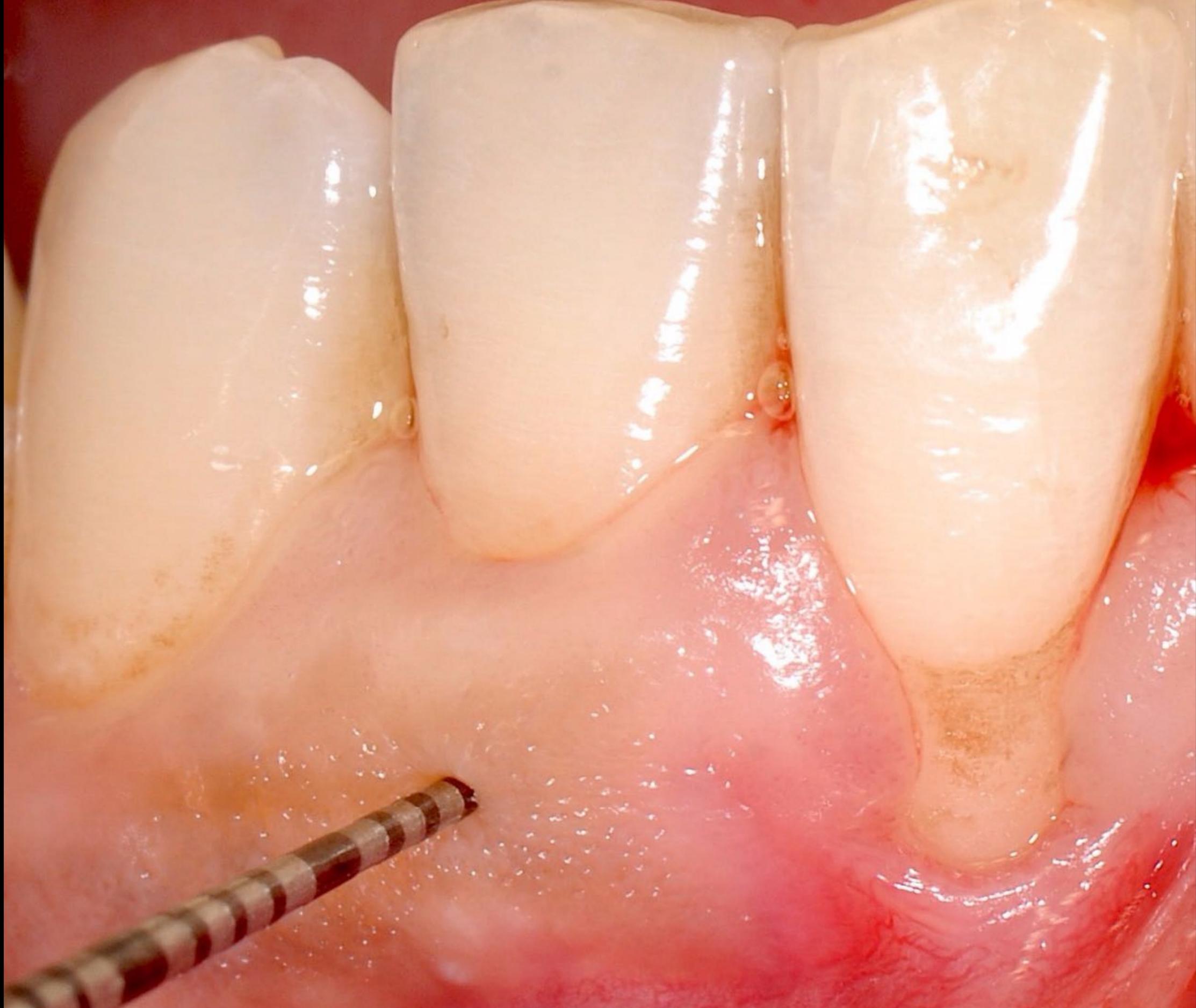
Описание слайда 71

Измерение ШР в другом положении.



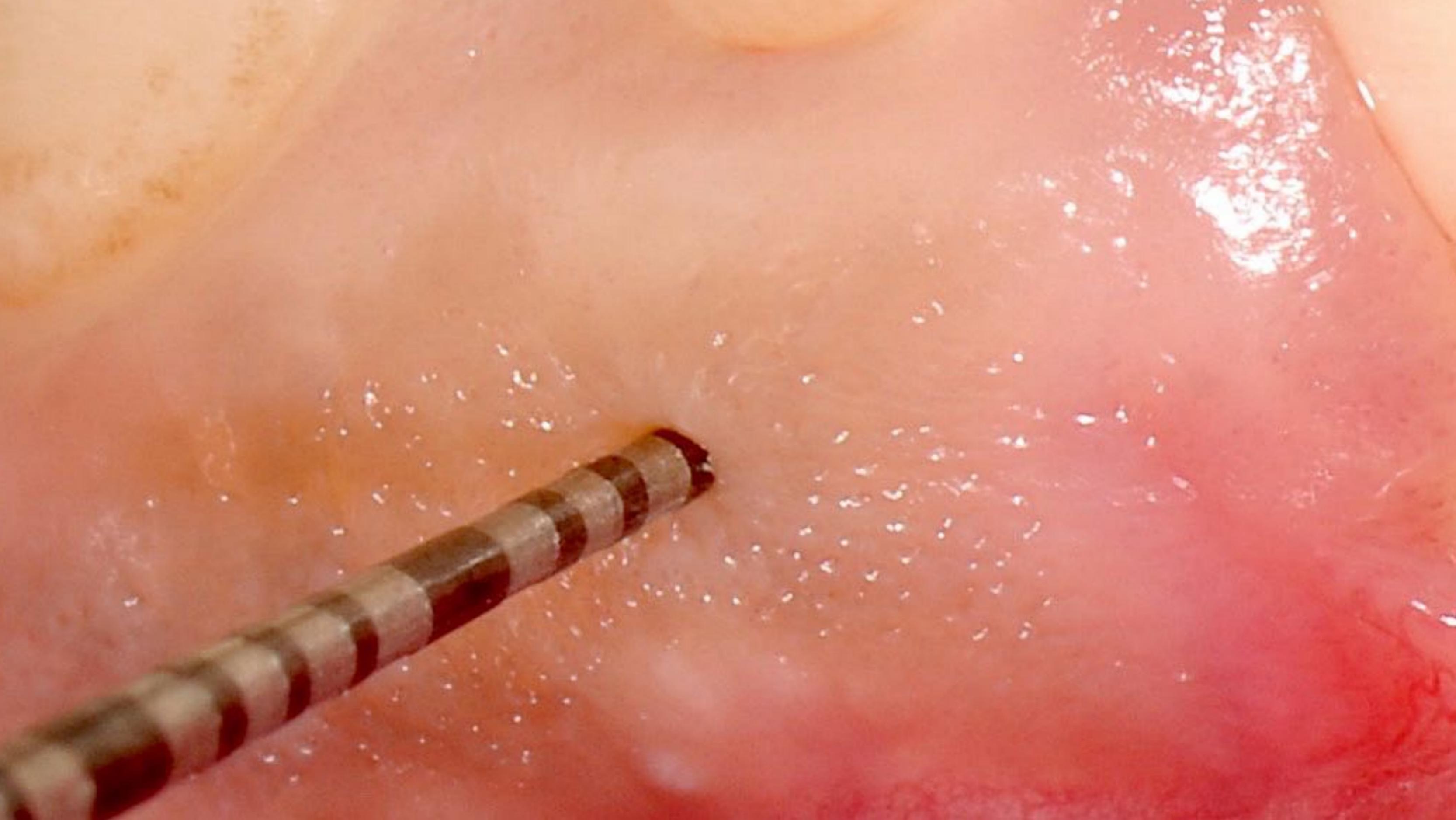
Описание слайда 72

Вычисления для дизайна СНЛ.



Описание слайда 73

Демонстрация отправной точки дизайна разреза после измерений.



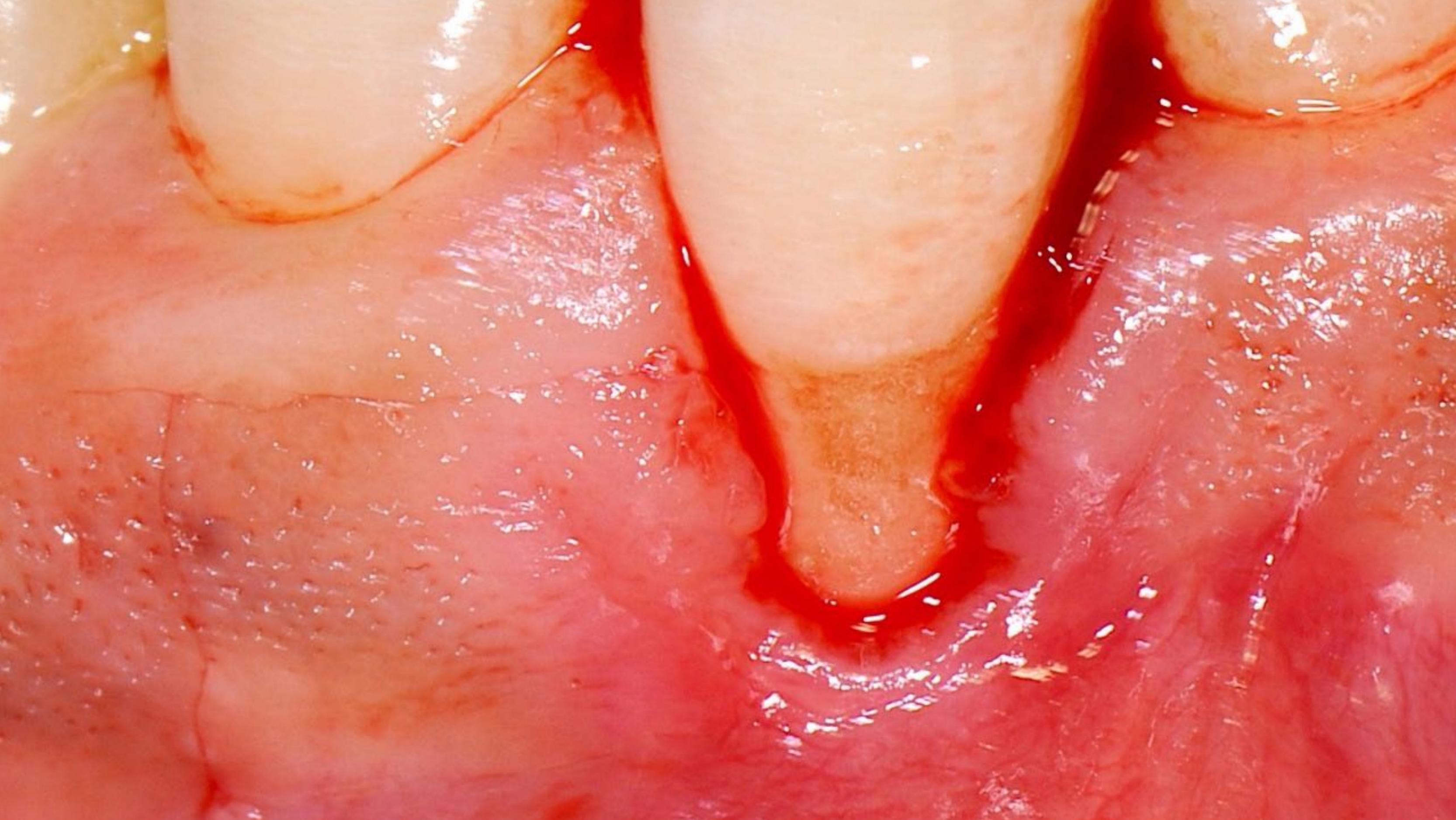
Описание слайда 74

Структура лоскута: хорошая кератинизированная десна.



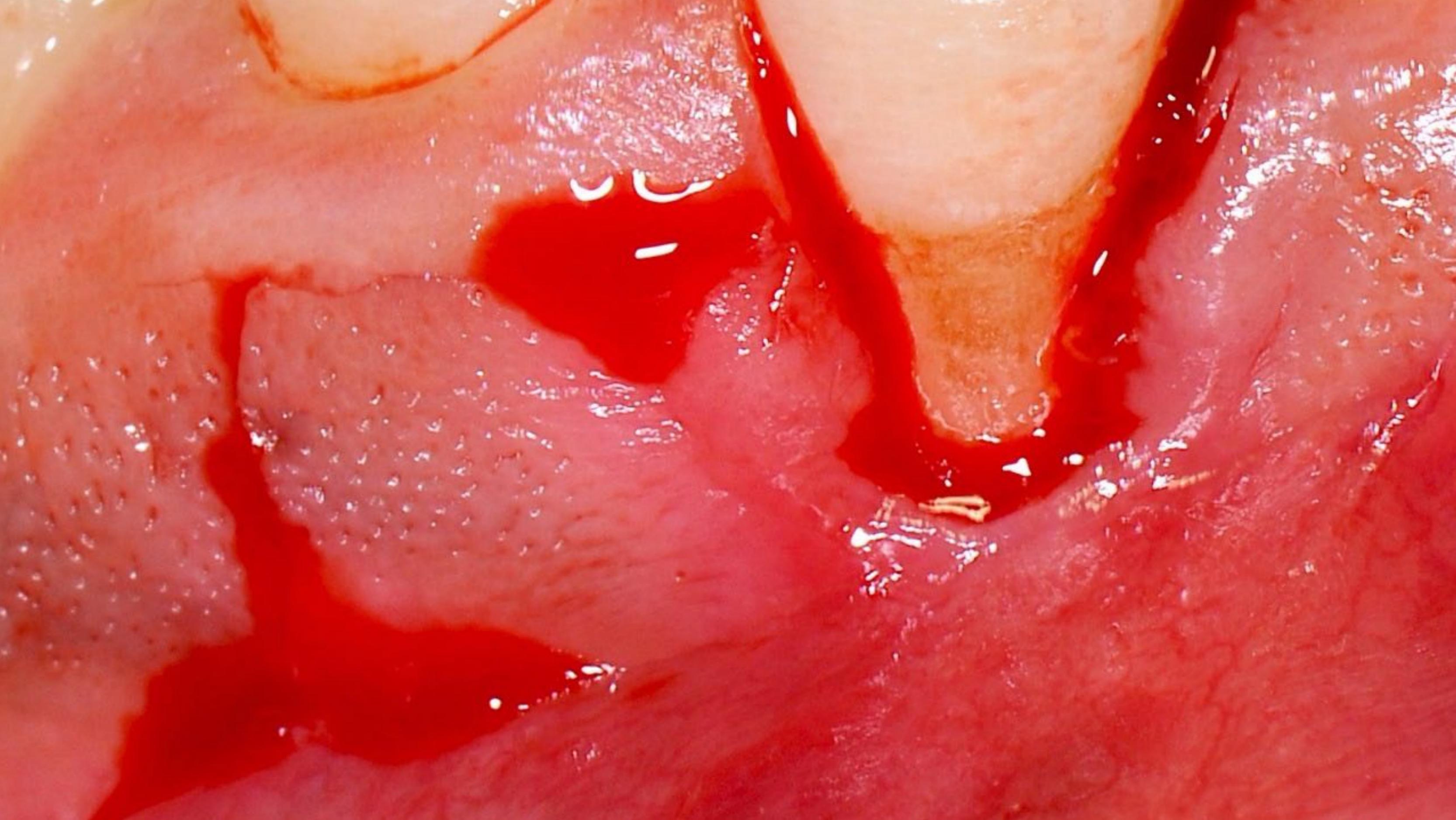
Описание слайда 75

Измерение вертикального объёма прикрепленной десны в области перемещаемого латерально СНЛ.



Описание слайда 76

Дизайн разреза.



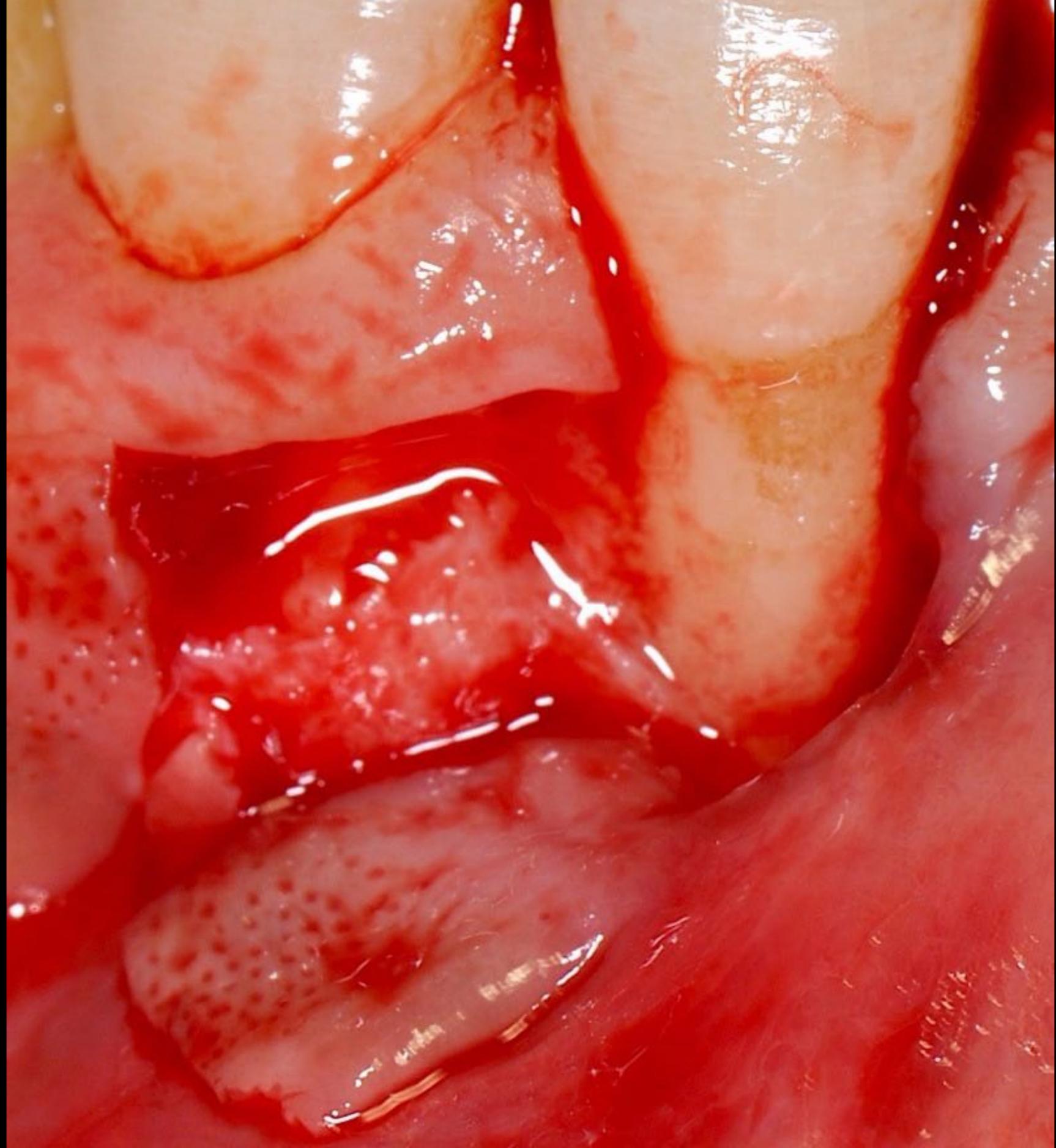
Описание слайда 77

Дизайн разреза. Выполнен вертикальный разрез.



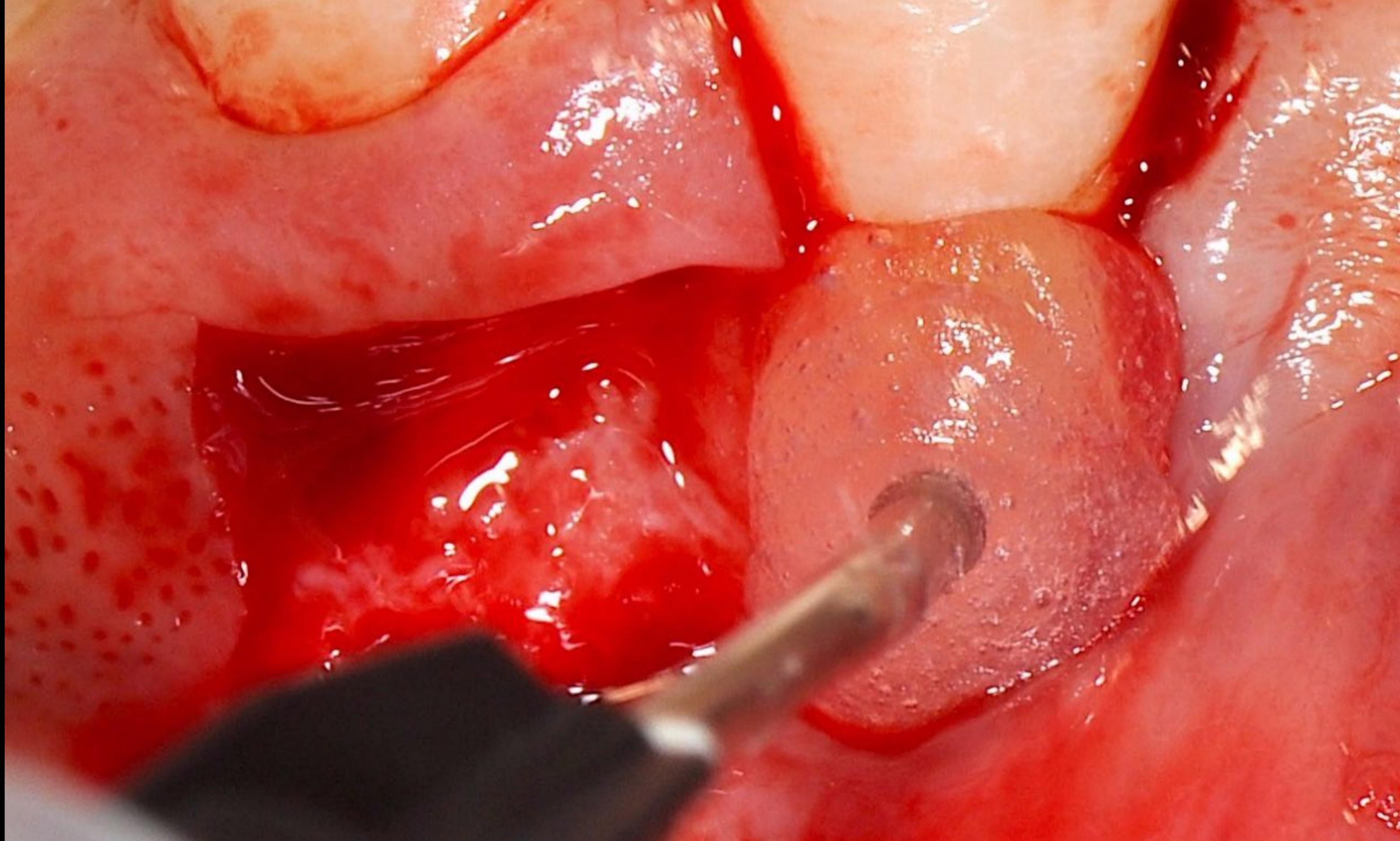
Описание слайда 78

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



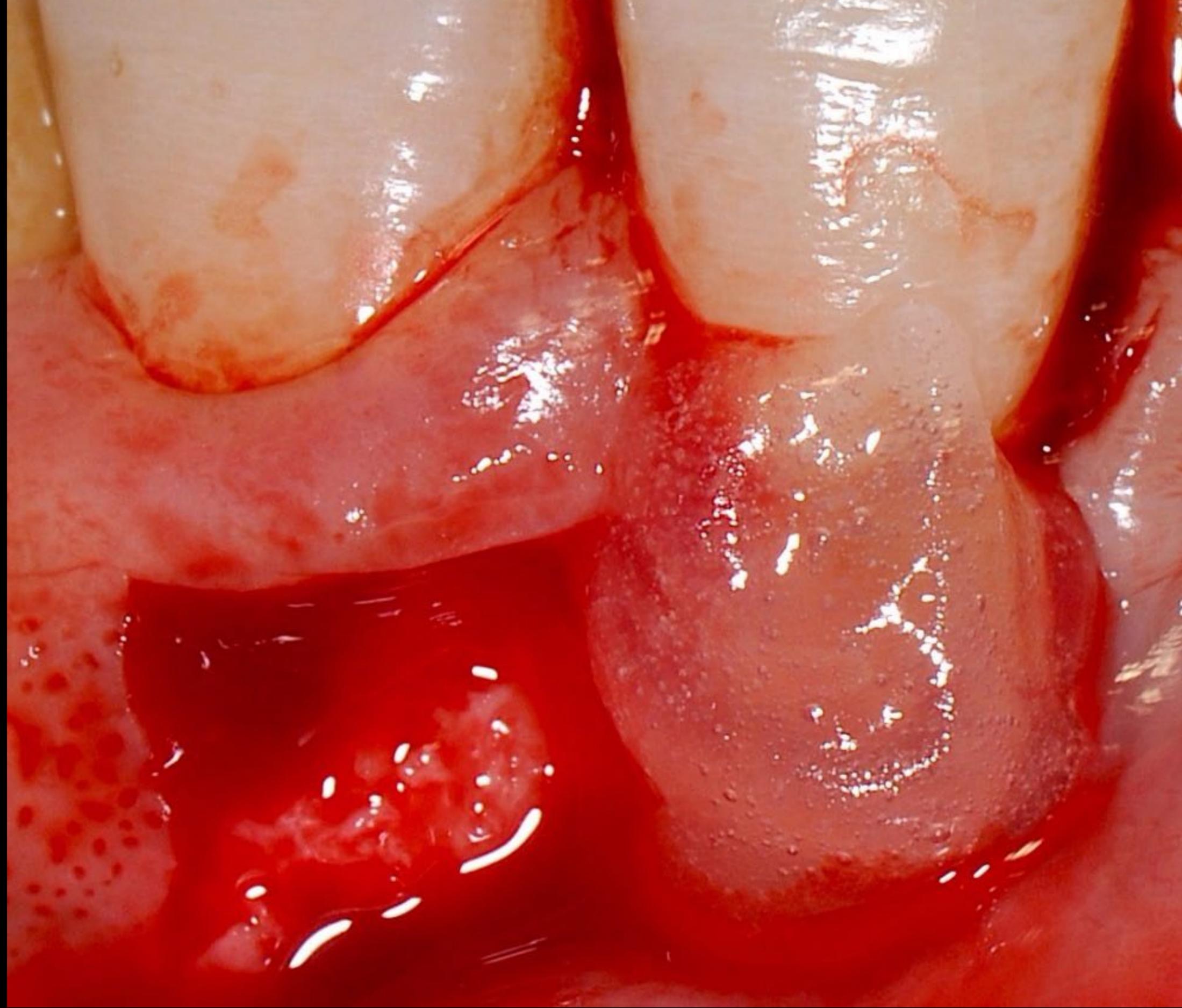
Описание слайда 79

Экспозиция геля ЭДТА в области поверхности корня.



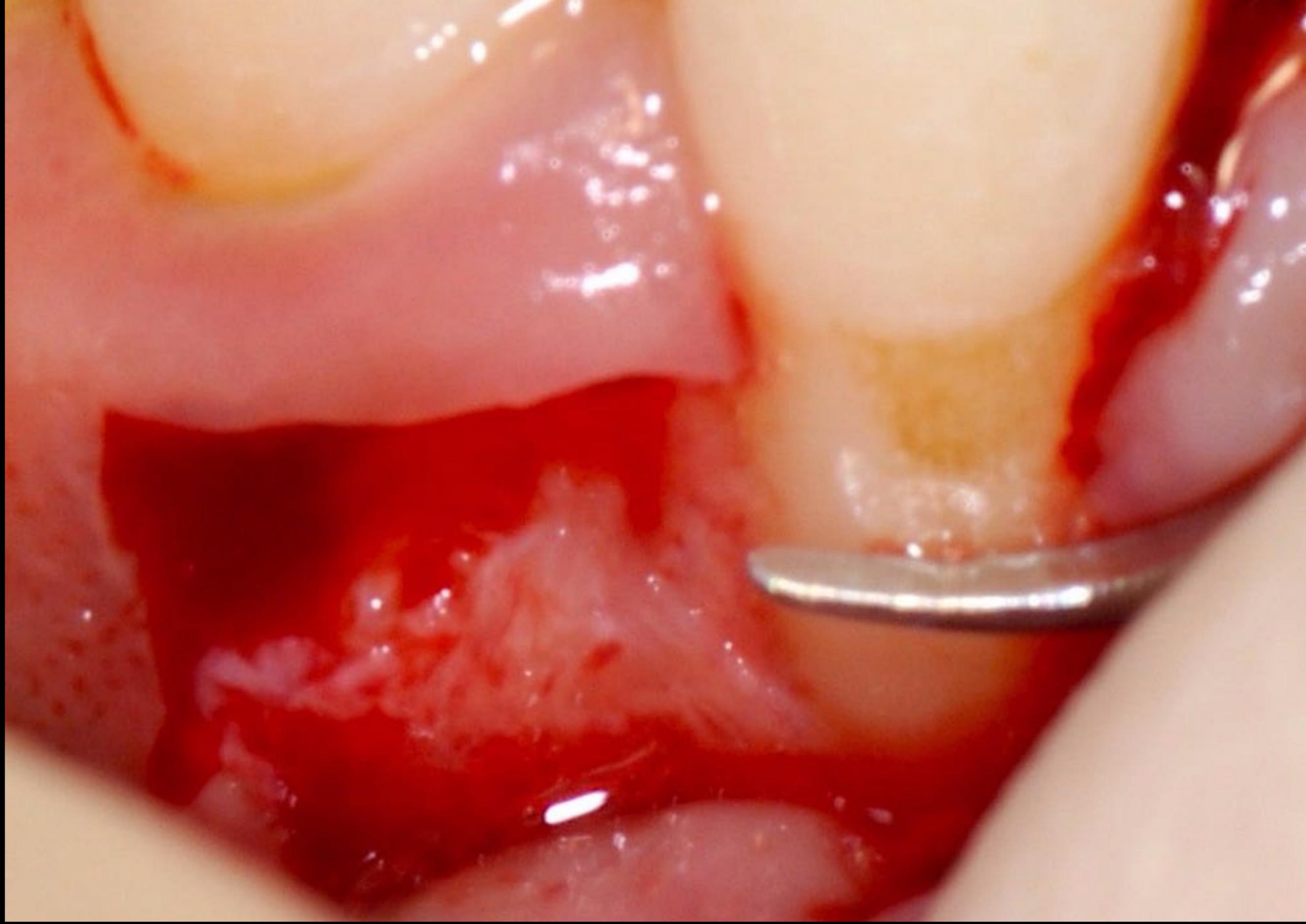
Описание слайда 80

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



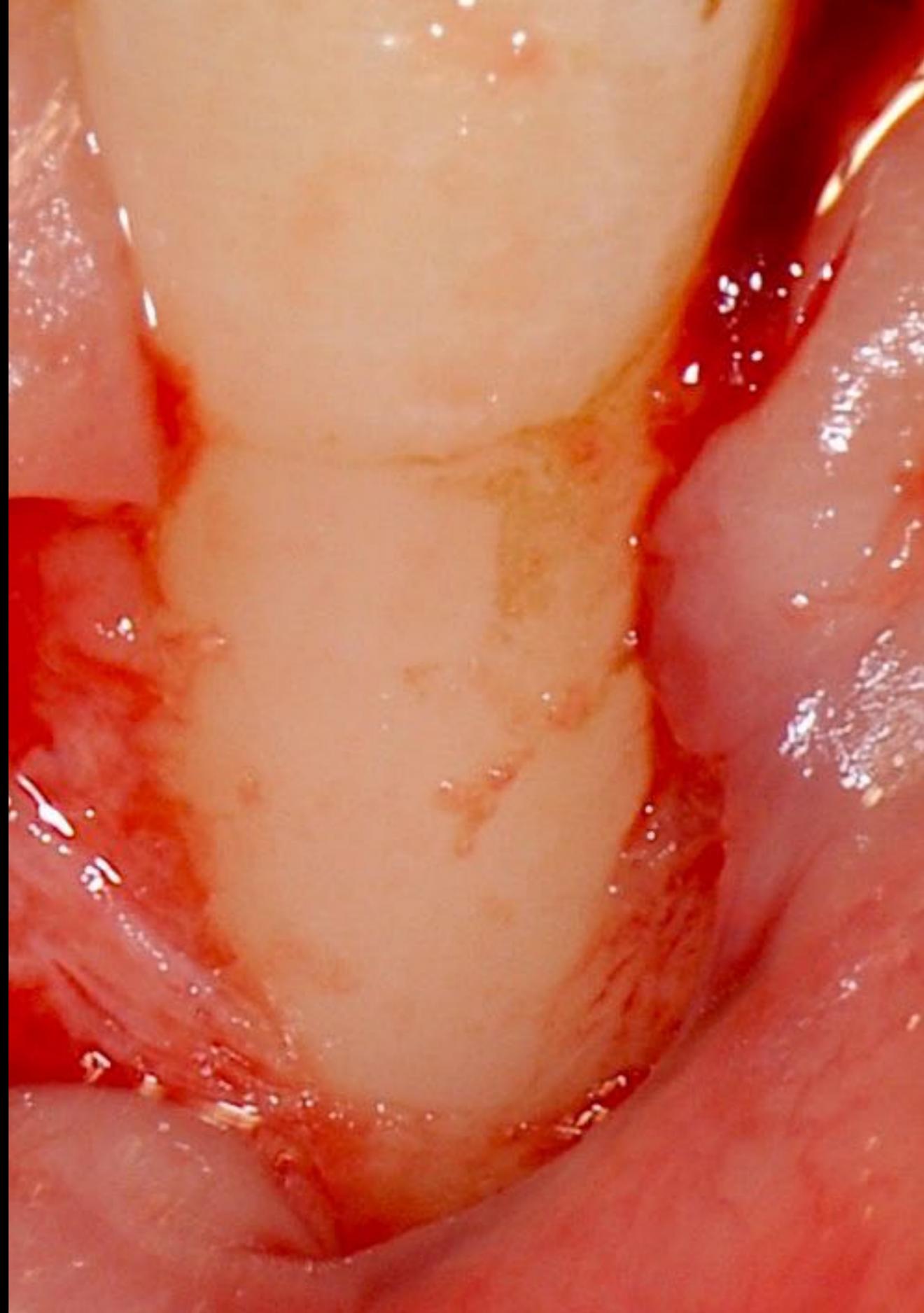
Описание слайда 81

Химическая обработка. Создание буферной зоны в области корня.



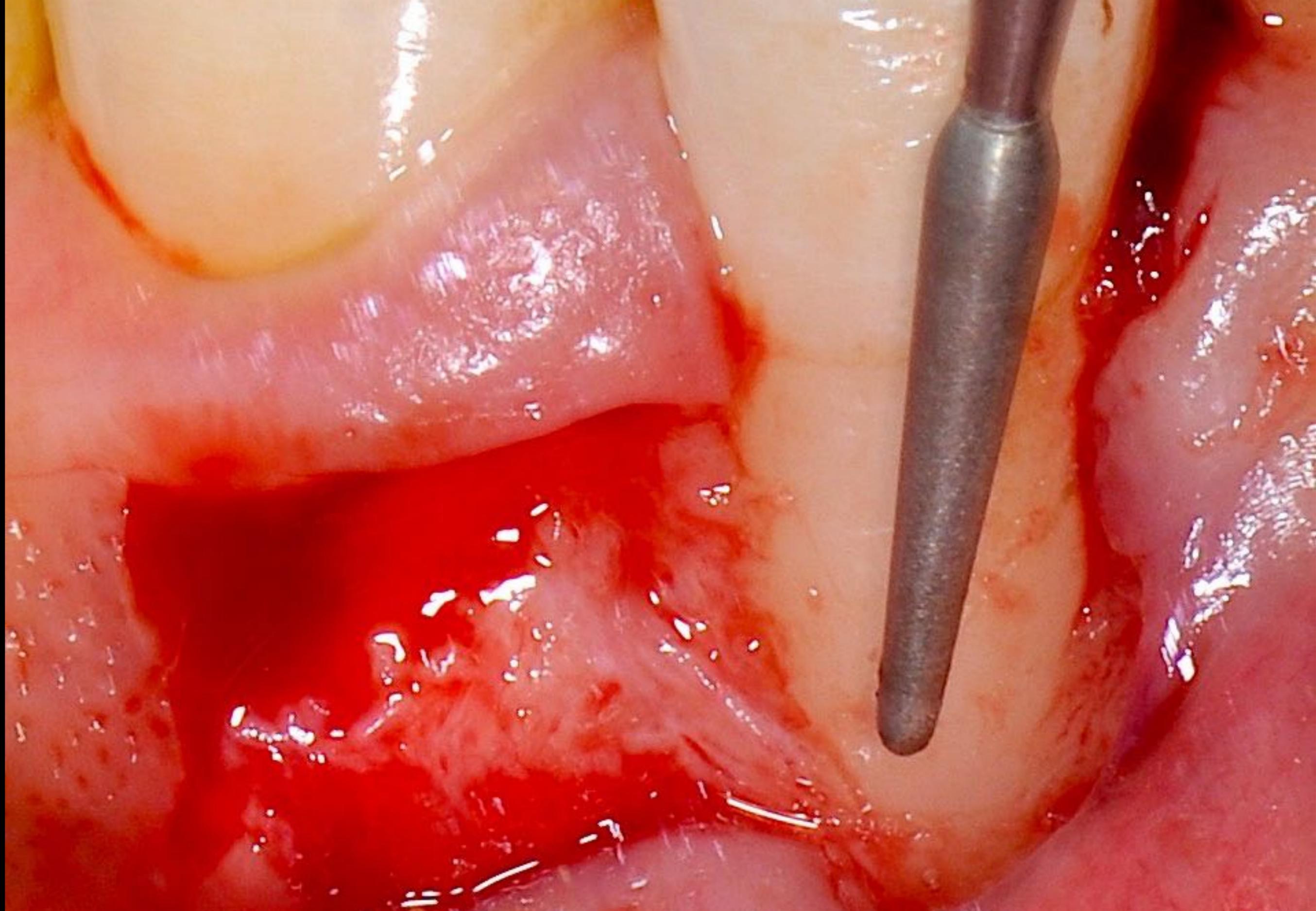
Описание слайда 82

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



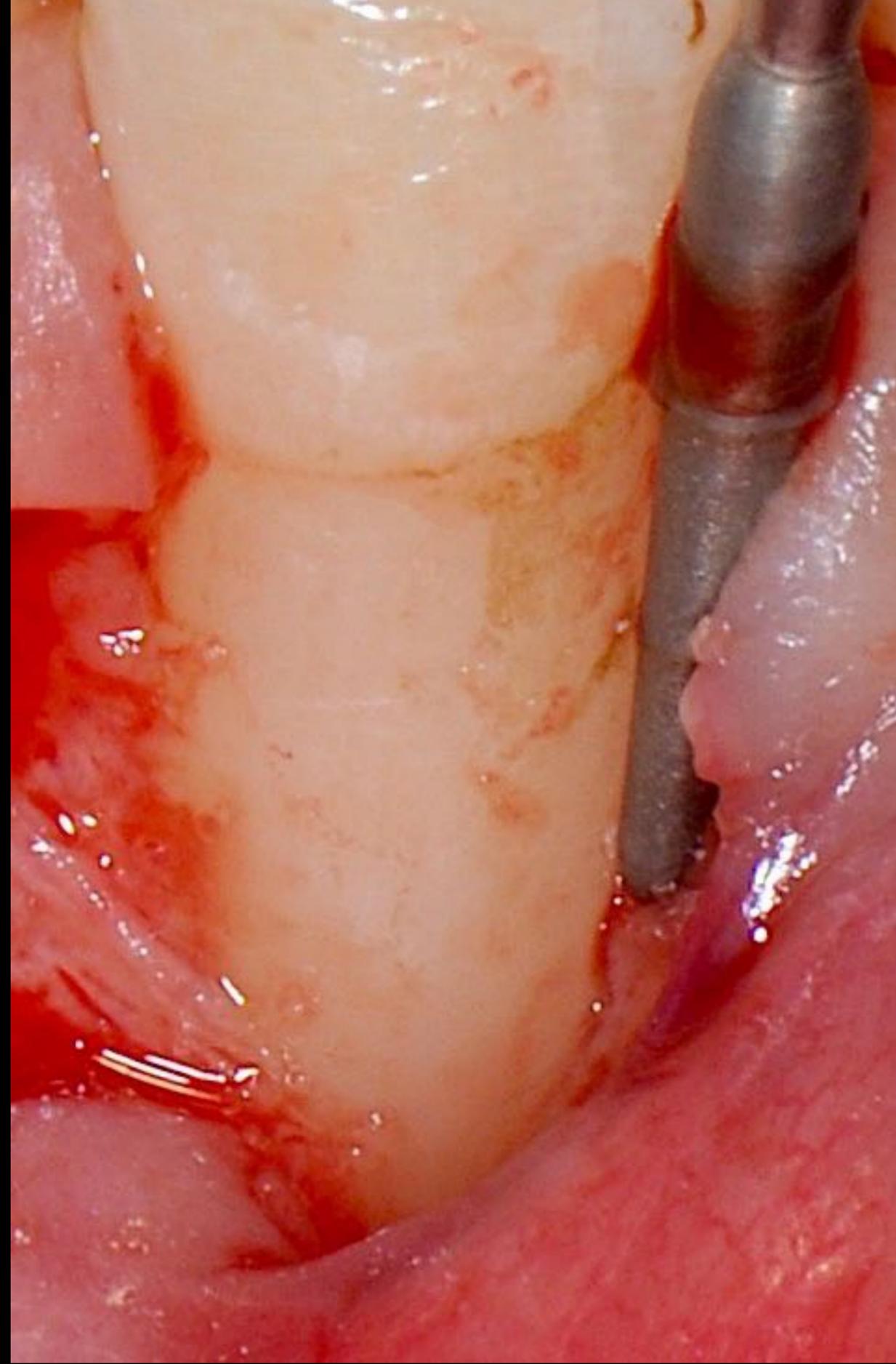
Описание слайда 83

Очищенная поверхность корня зуба.



Описание слайда 84

Полировка поверхности корня обратно конусным бором из специального Перио сета.



Описание слайда 85

Финишная полировка бором рецензии десны.



МОНОФИЛ

монокитъ полипропиленовая
нерассасывающаяся синяя

USP **6/0** metric **0,7** **75** см

HS-15



2021-04

STERILE EO



ЛИНТЕКС

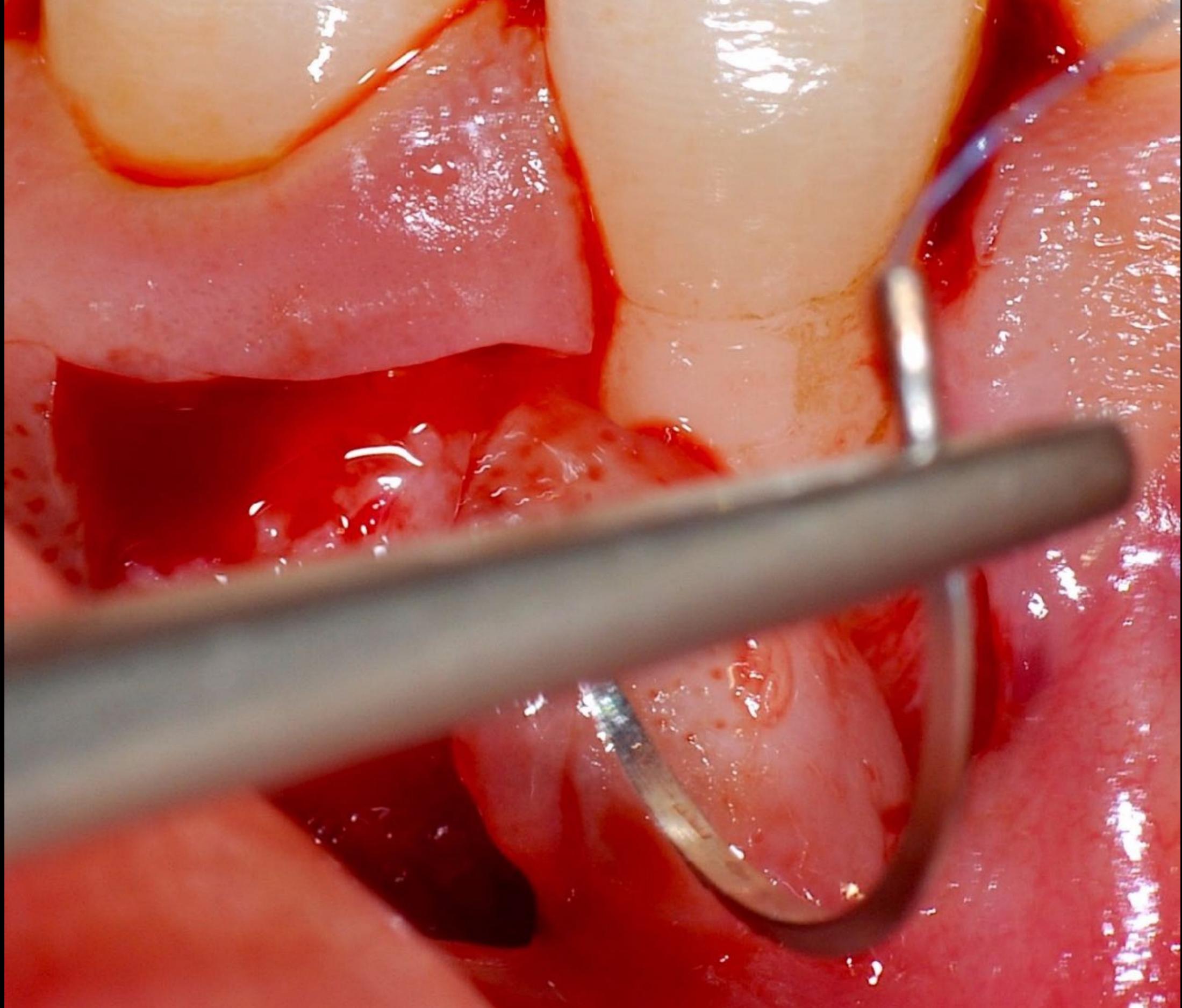
Россия, Санкт-Петербург

ТУ 9398-003-56257679-2006

IPY № ФСР 2008/02208 от 09.04.2015 г.

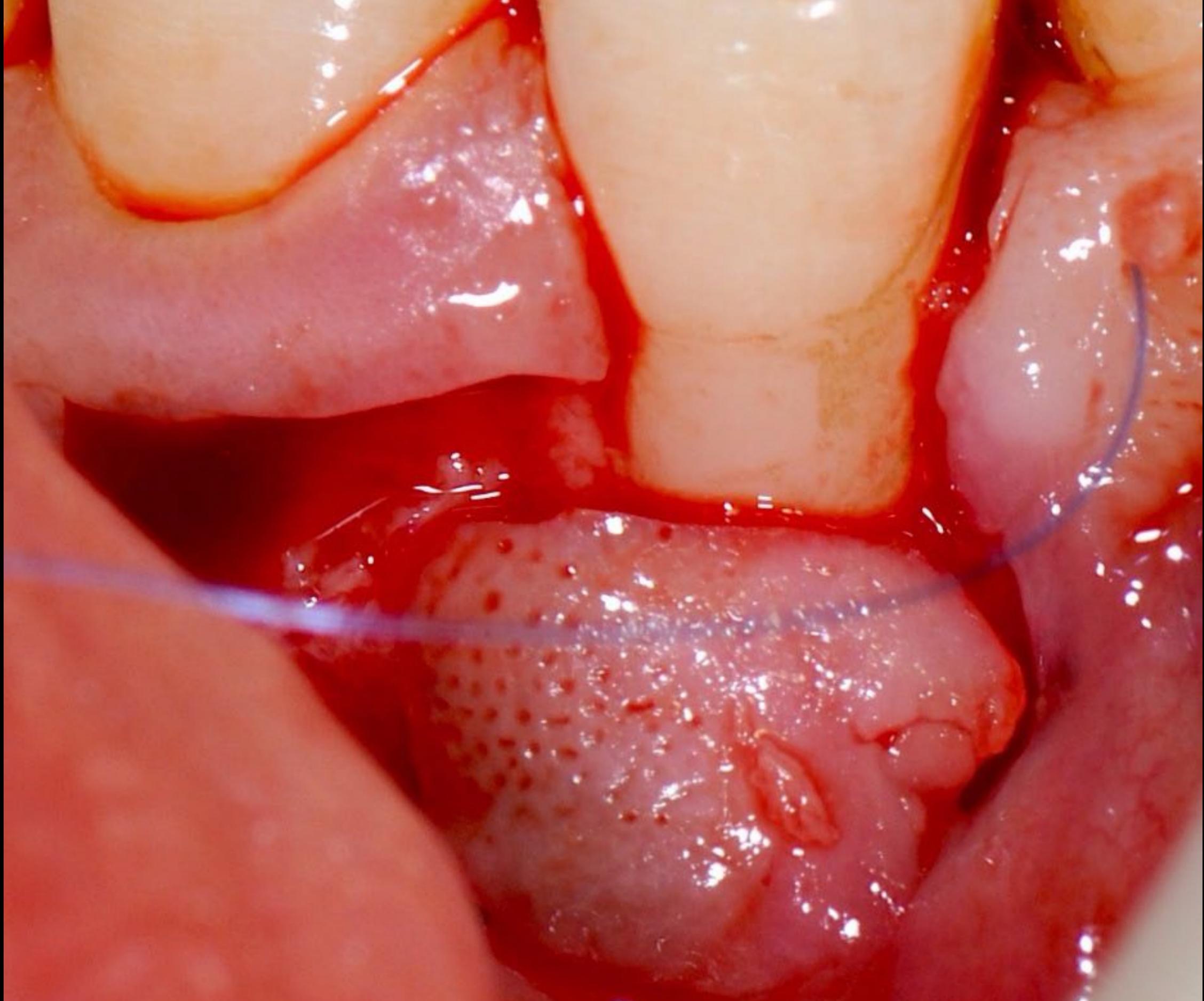
Описание слайда 86

Выбор шовного материала. Монофил мононить 6.0 с обратно-режущей иглой.



Описание слайда 87

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



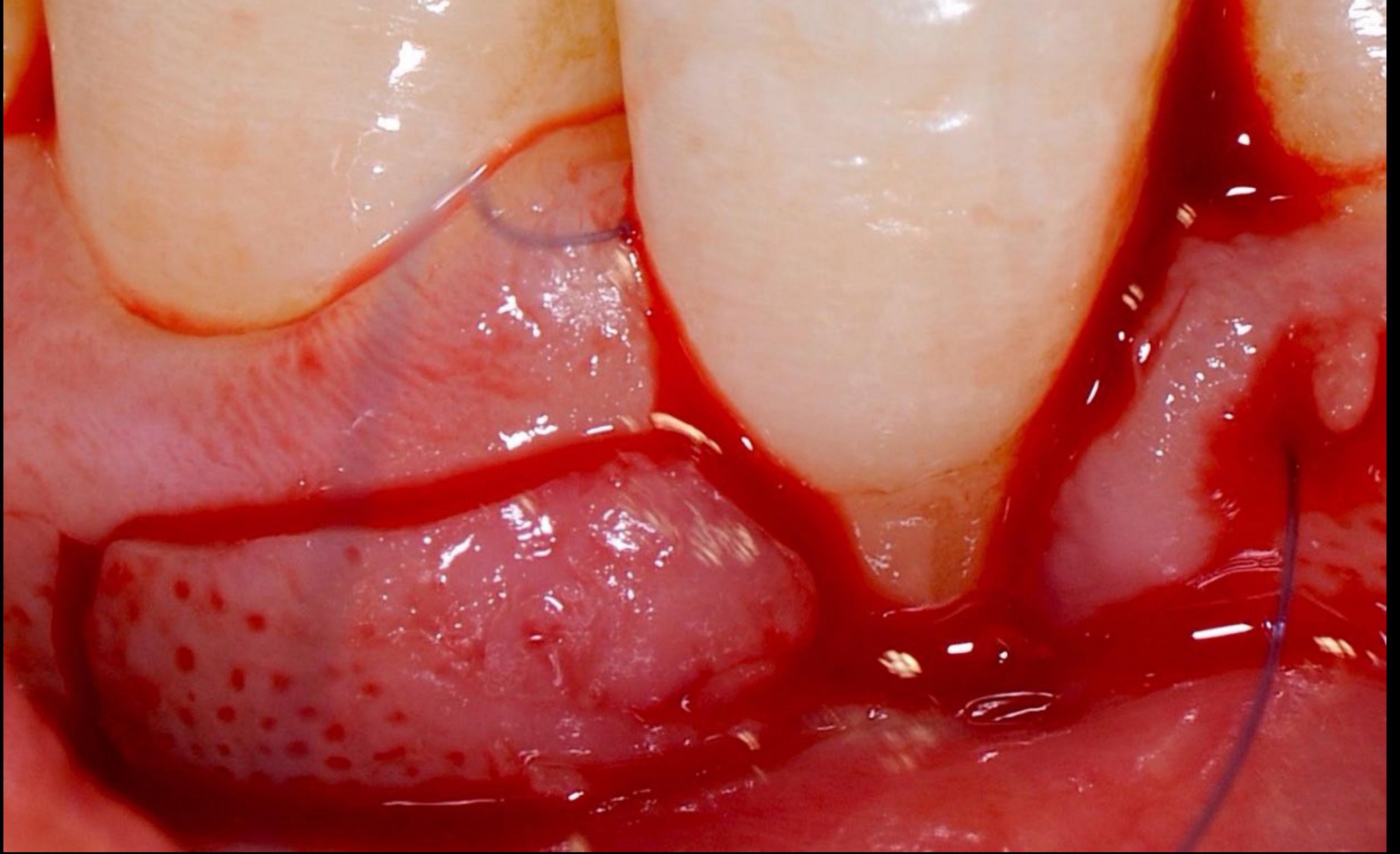
Описание слайда 88

Фиксация перемещенного СНЛ в новом положении швами.



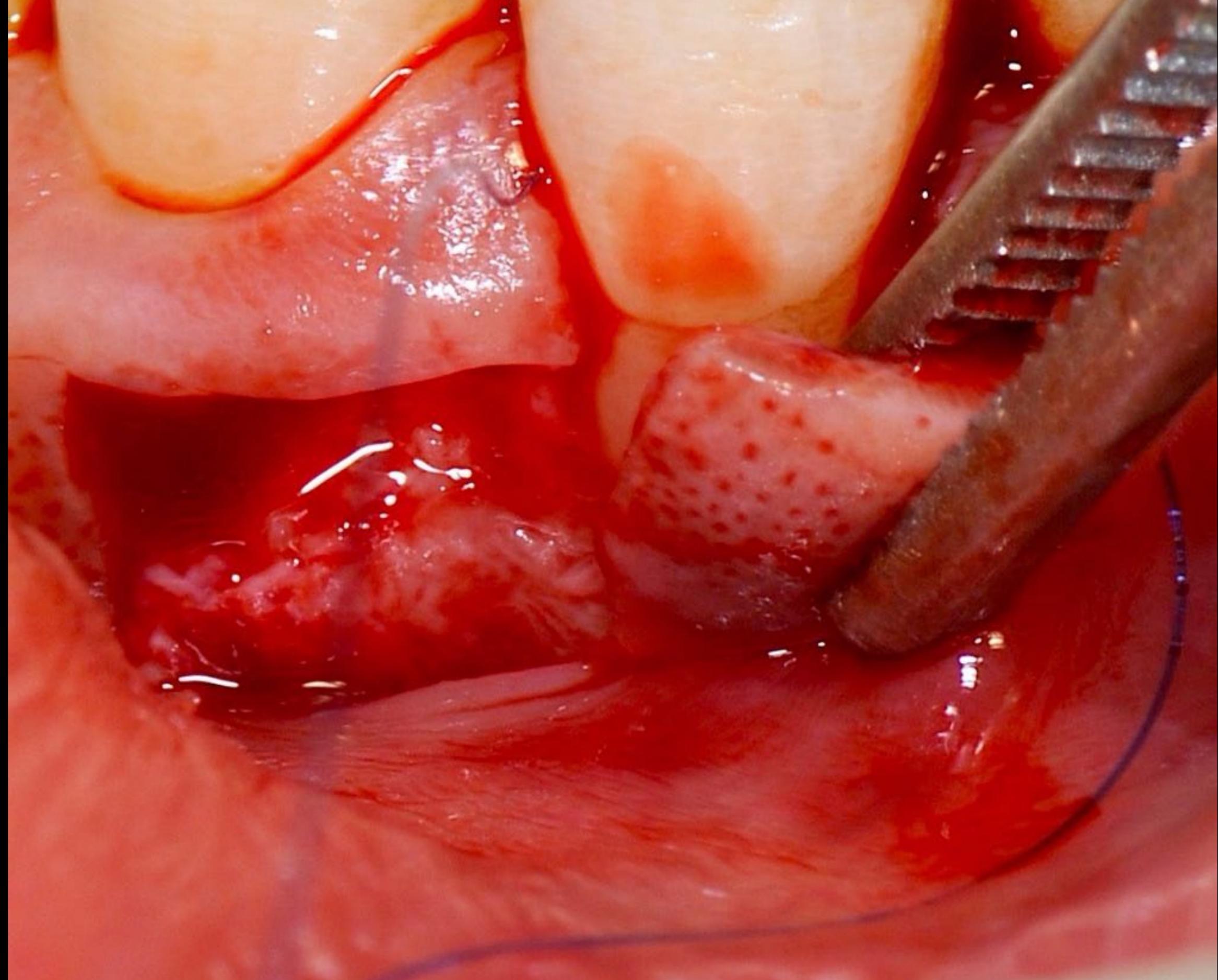
Описание слайда 89

Ушивание продолжение. Выкол орально.



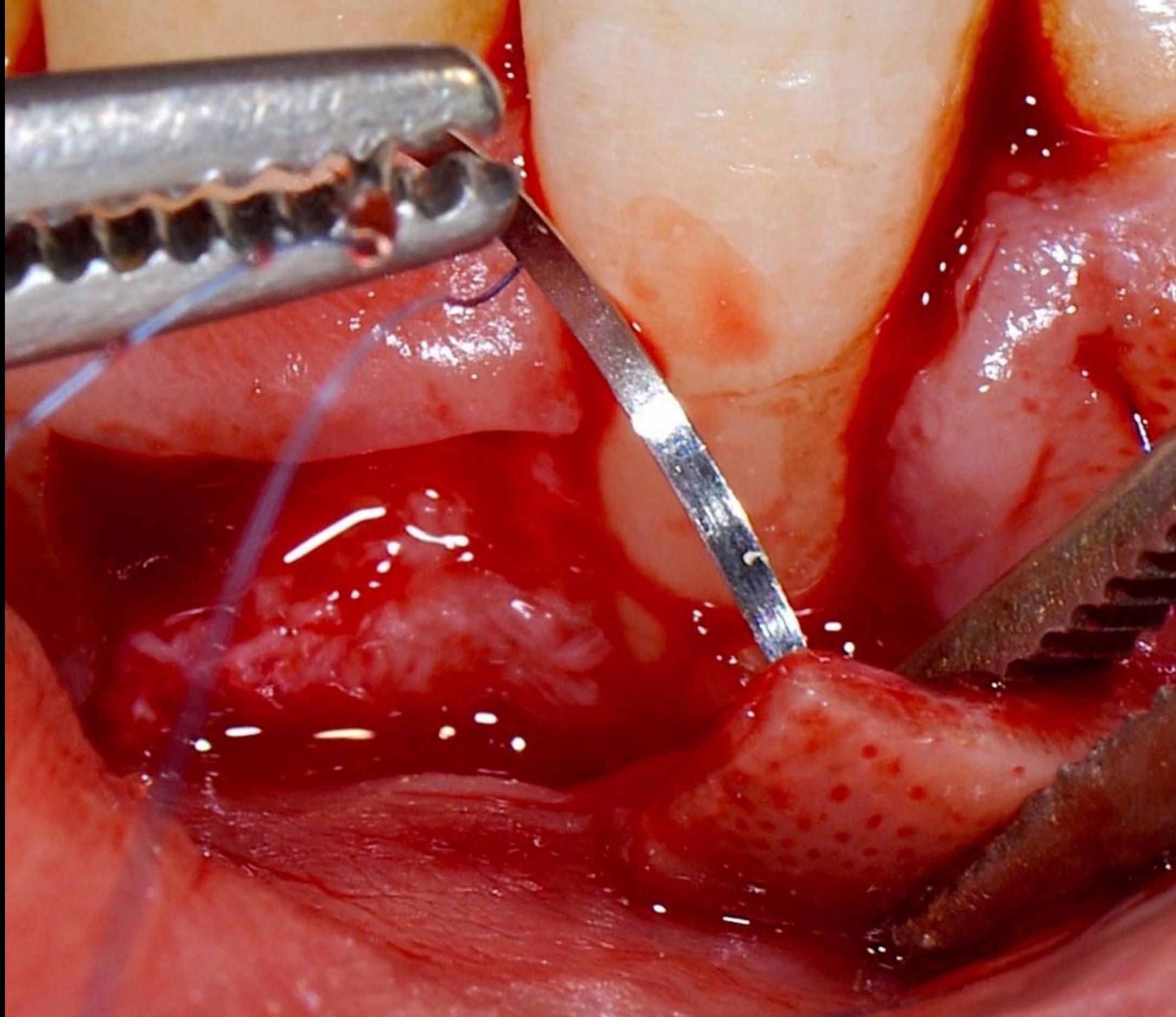
Описание слайда 90

Фиксация двойным обвивным кисетным швом.



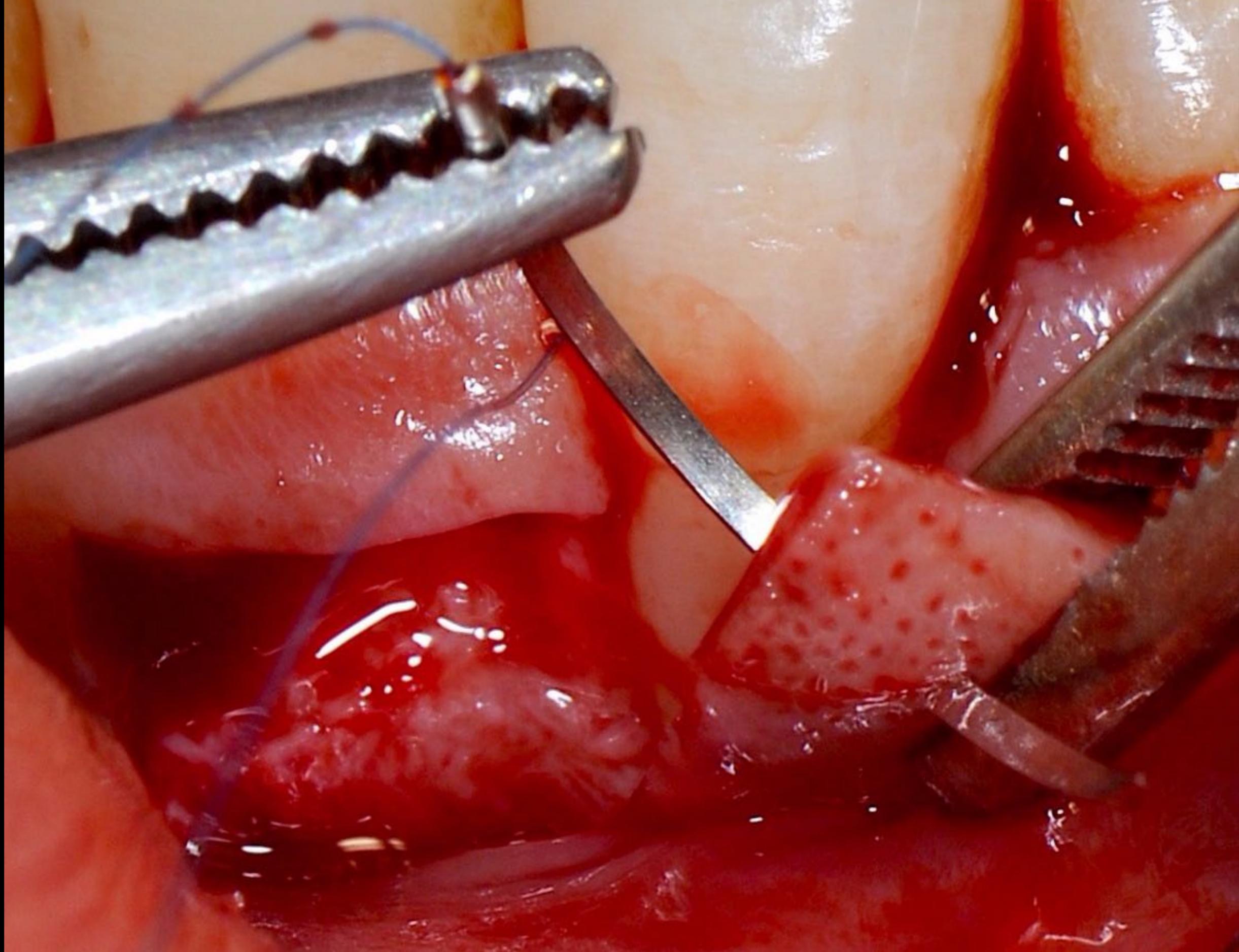
Описание слайда 91

Фиксация пинцетом СНЛ в новом положении.



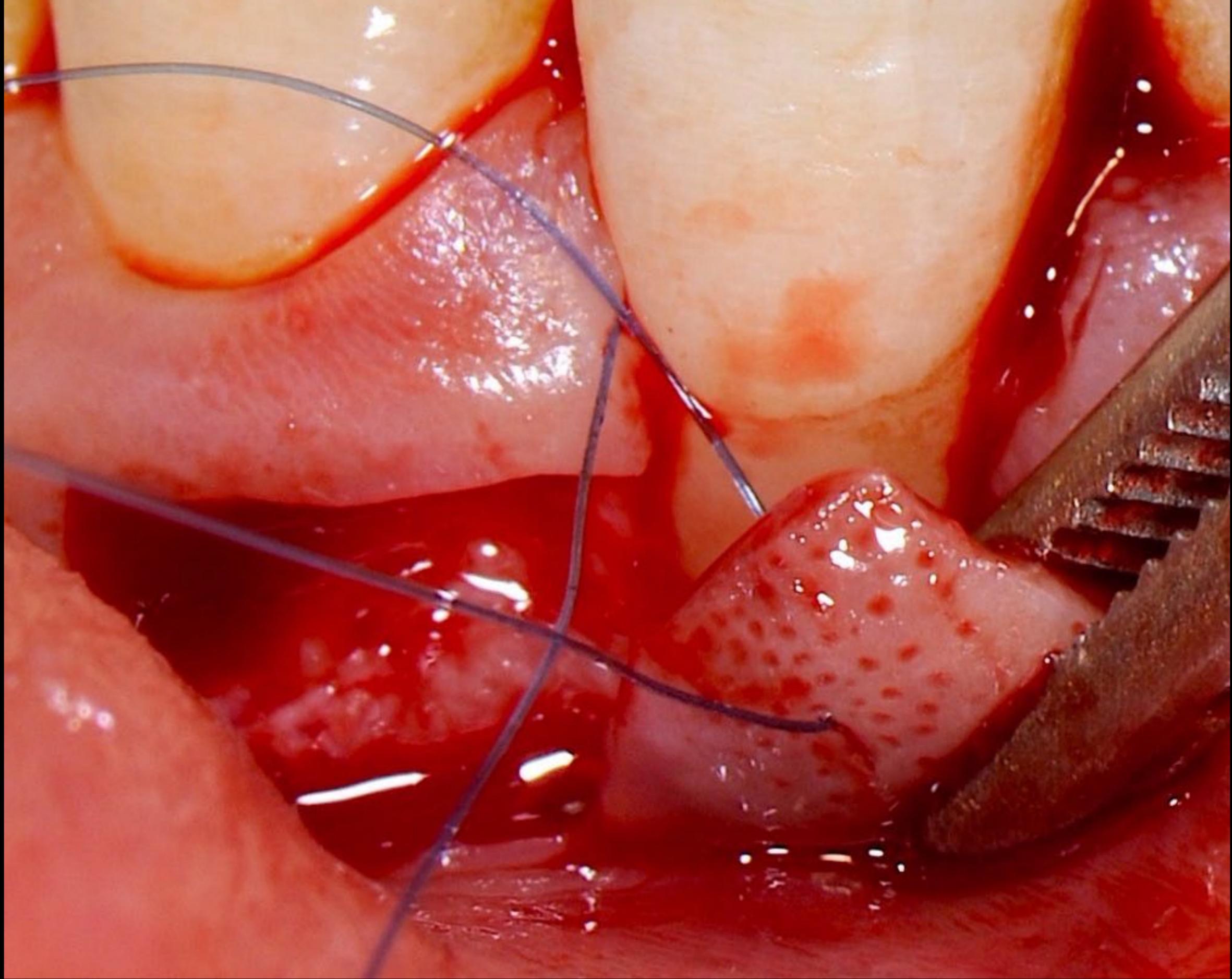
Описание слайда 92

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



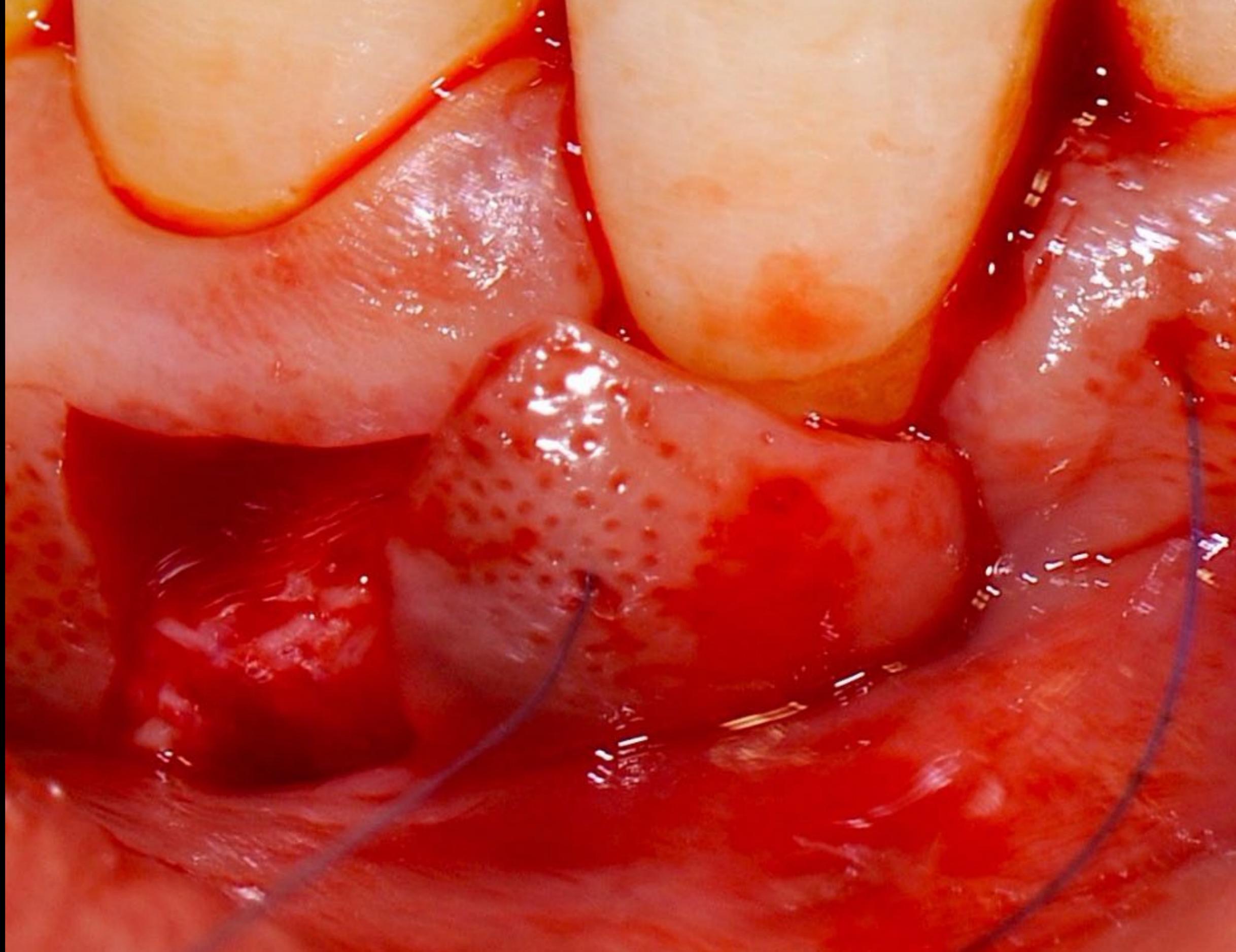
Описание слайда 93

Выкол в основании хирургического сосочка в области СНЛ.



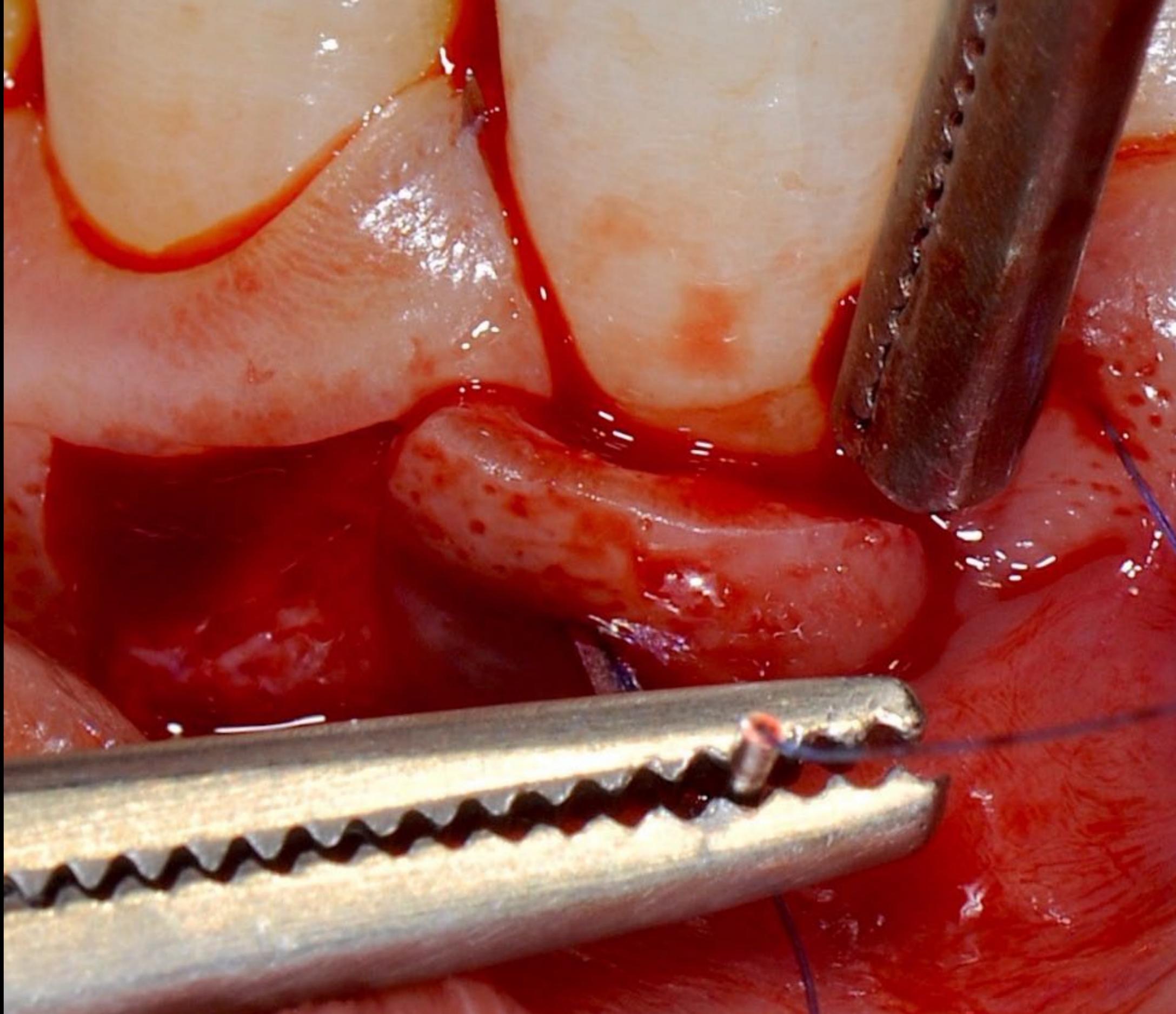
Описание слайда 94

Ушивание СНЛ, прдолжение.



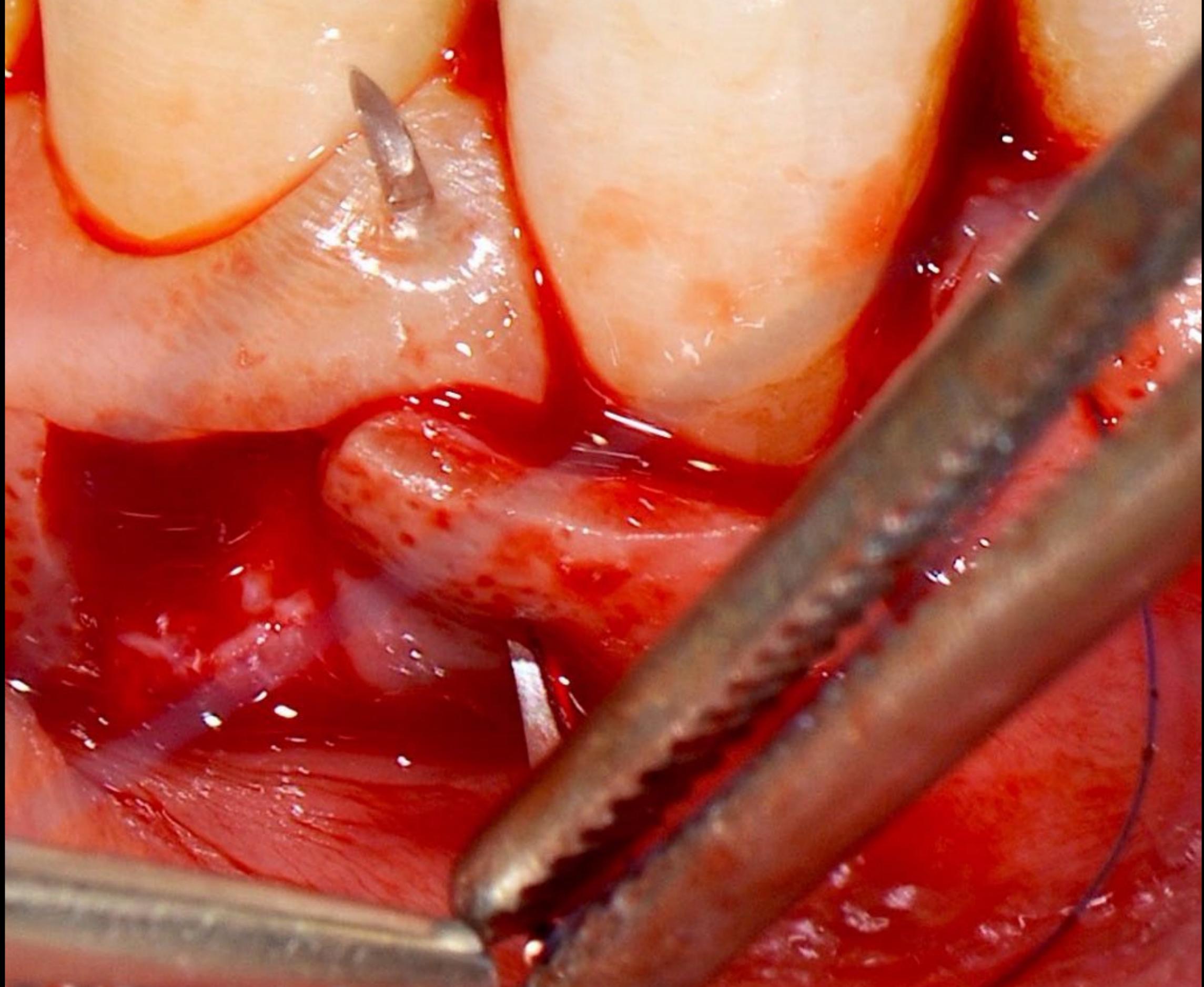
Описание слайда 95

Фиксация СНЛ двойным обвивным кисетным швом в новом положении.



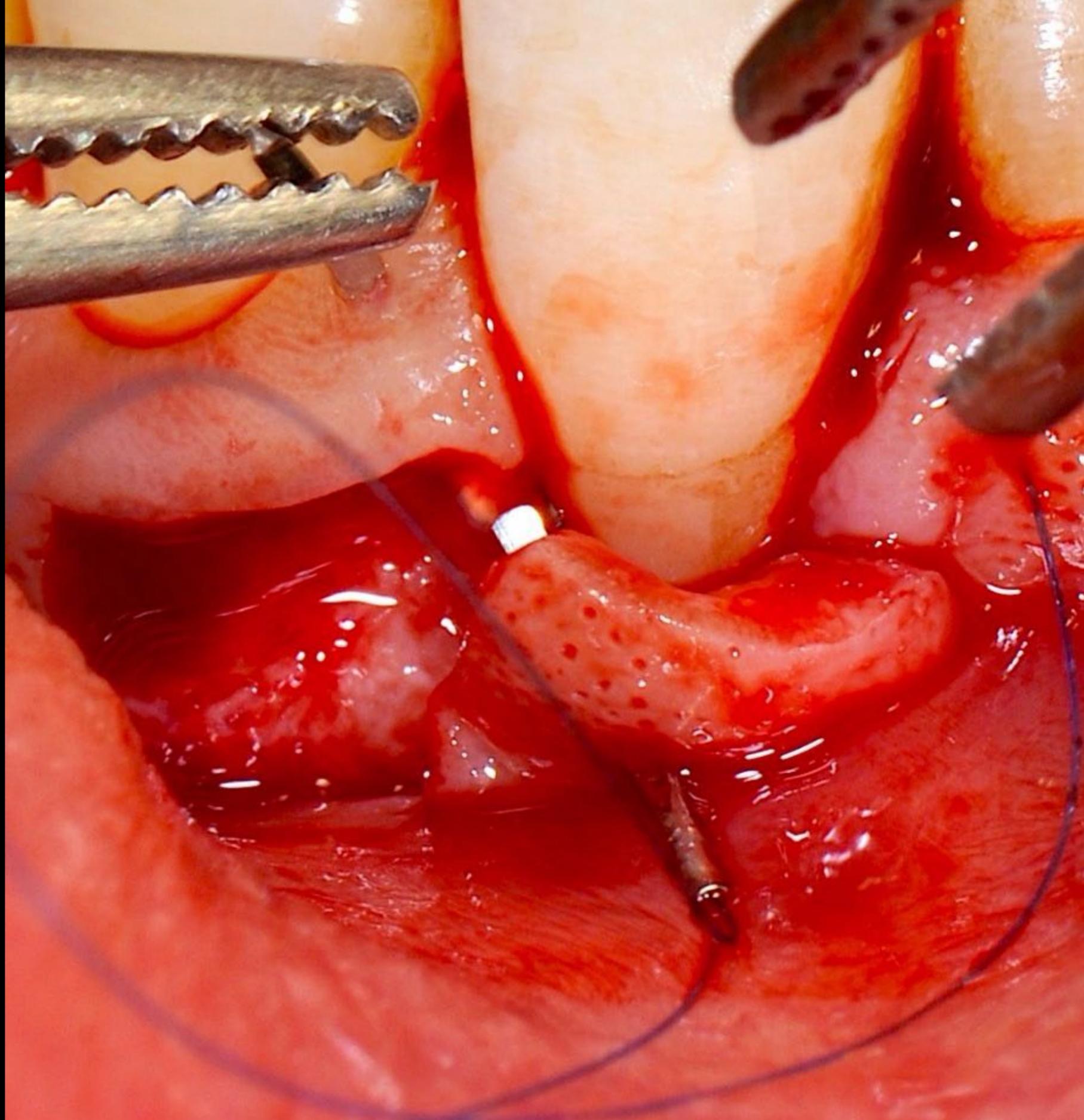
Описание слайда 96

Фиксация СНЛ двойным обвивным кисетным швом в новом положении.



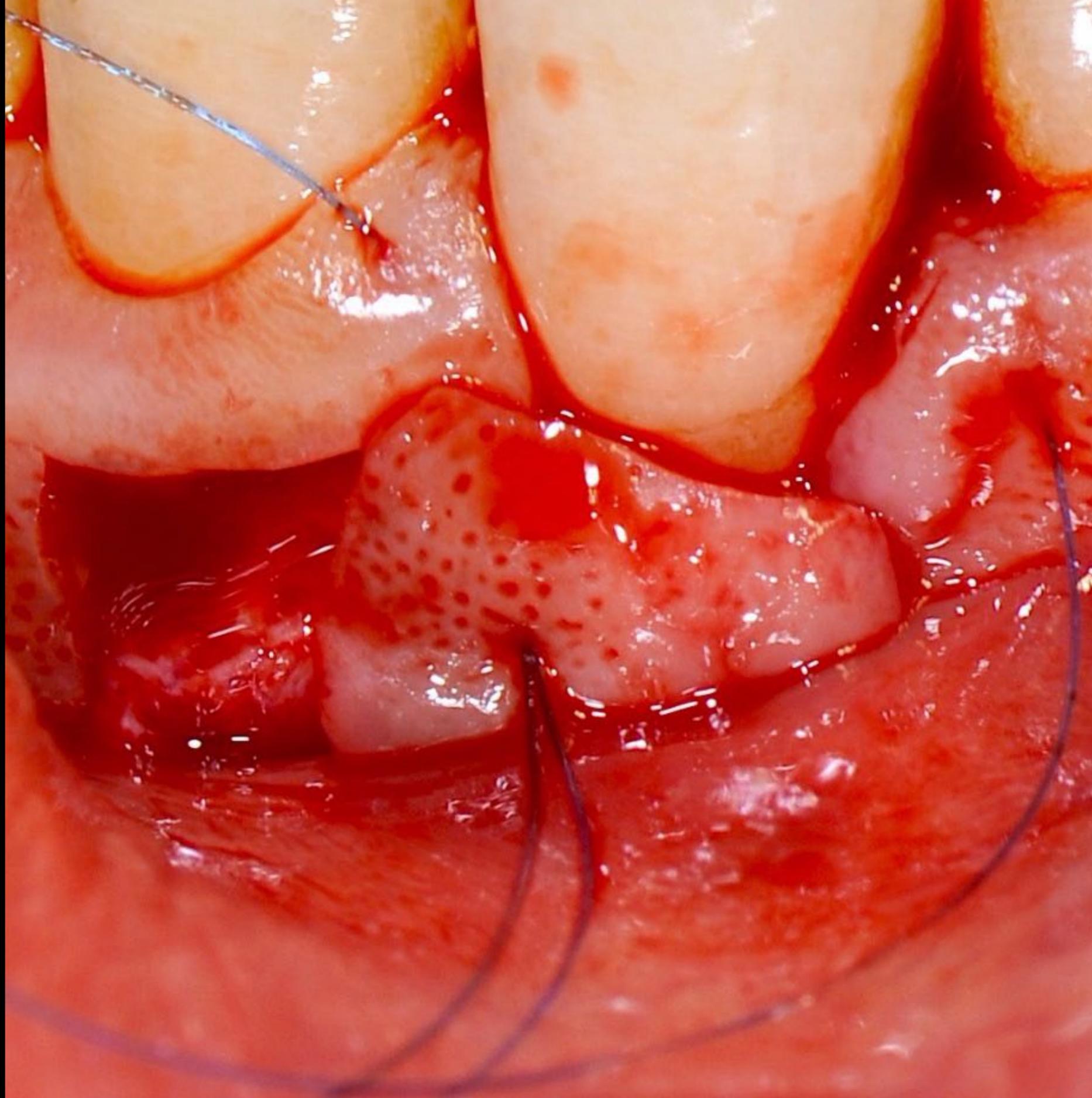
Описание слайда 97

Выкол иглой в области анатомического сосочка.



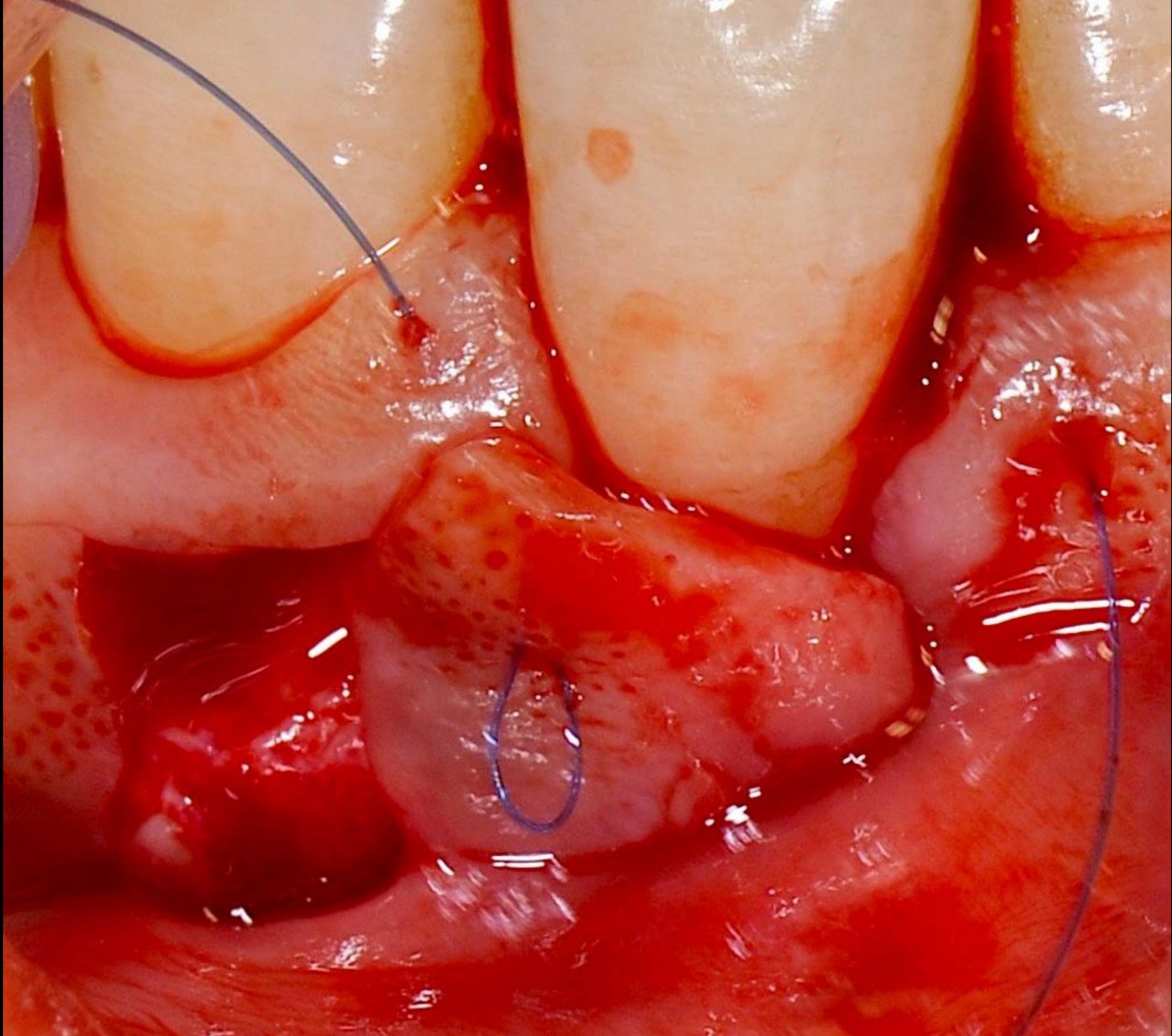
Описание слайда 98

Фиксация СНЛ швом в новом положении.



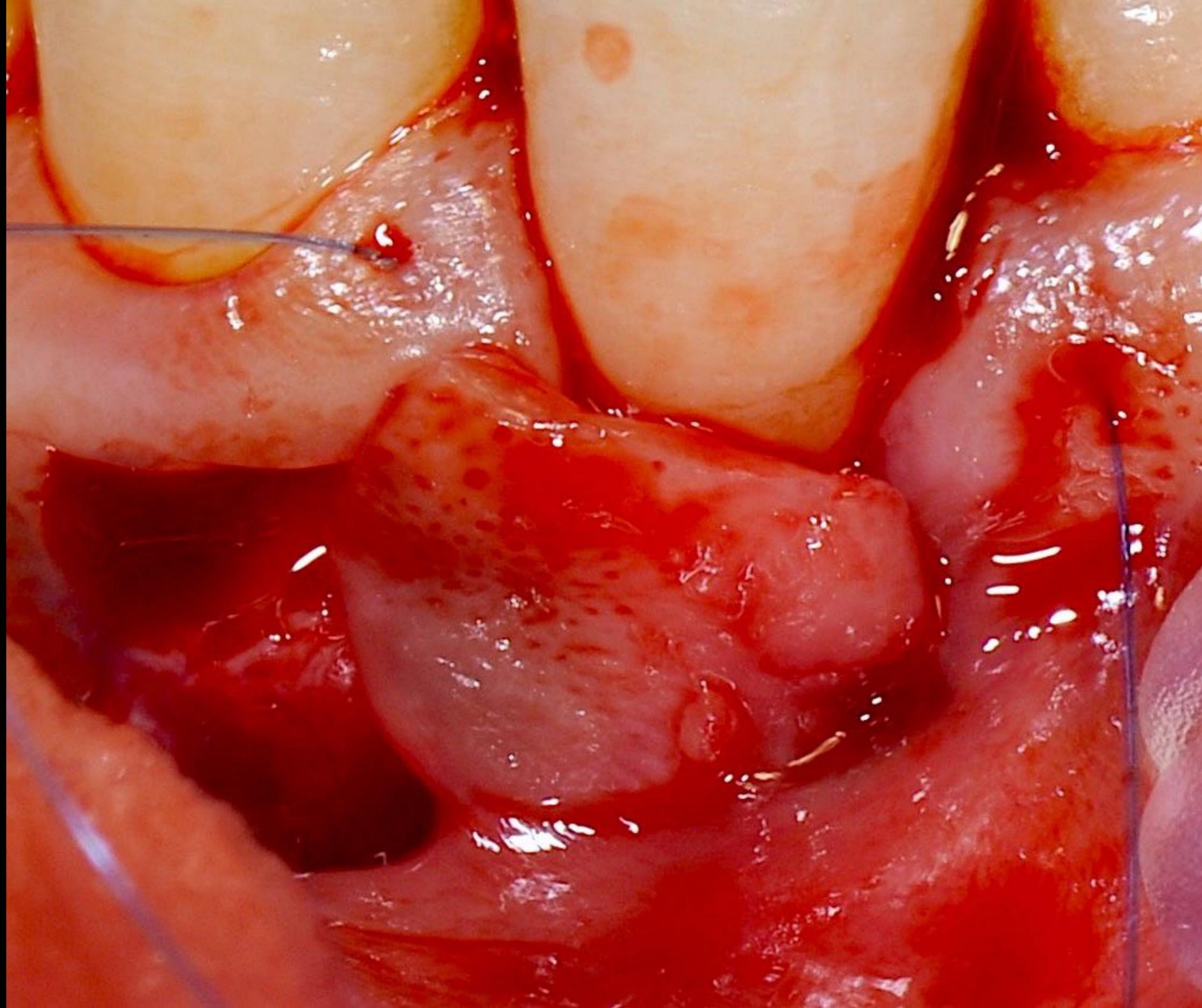
Описание слайда 99

Фиксация СНЛ швом в новом положении.



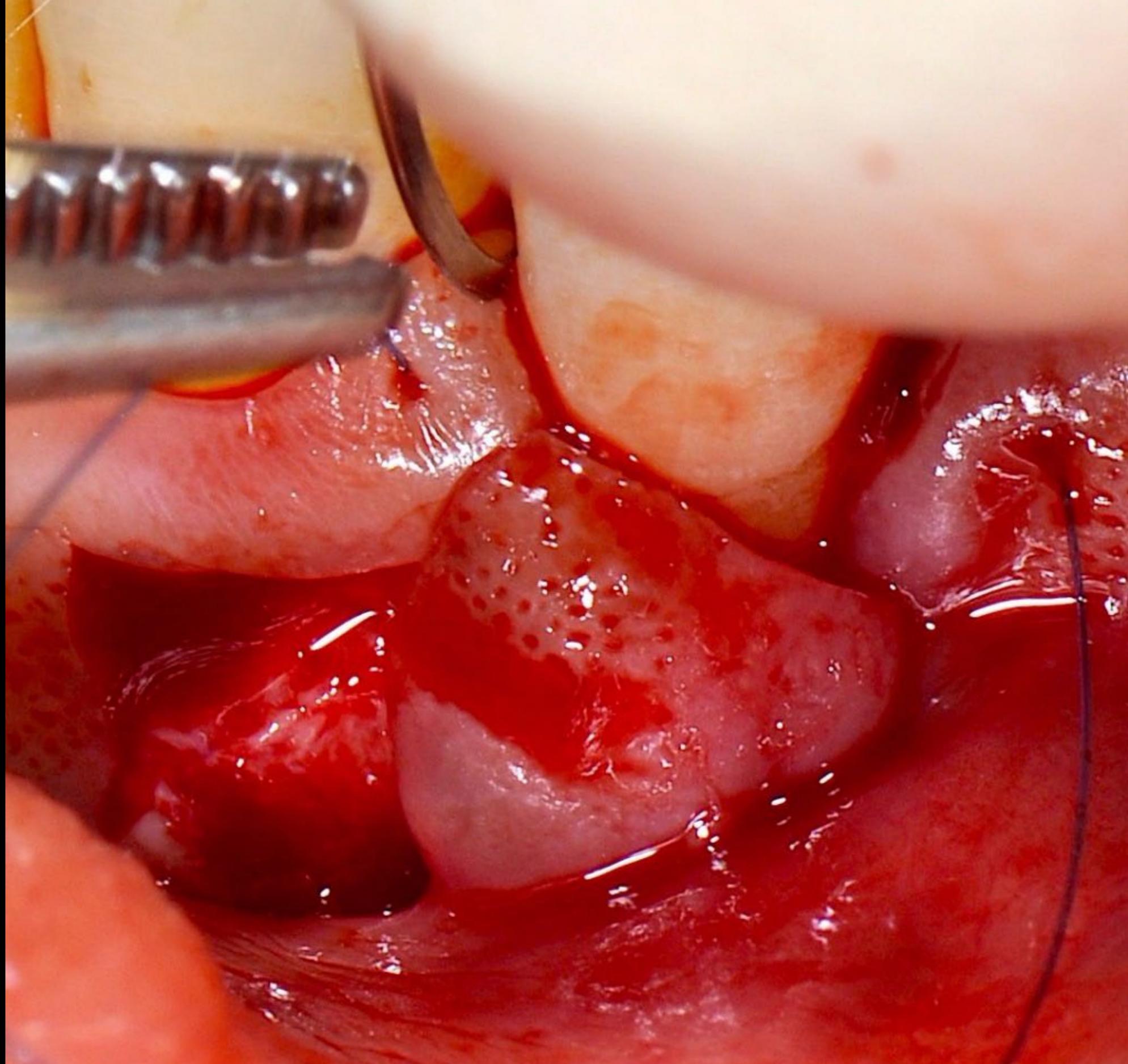
Описание слайда 100

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



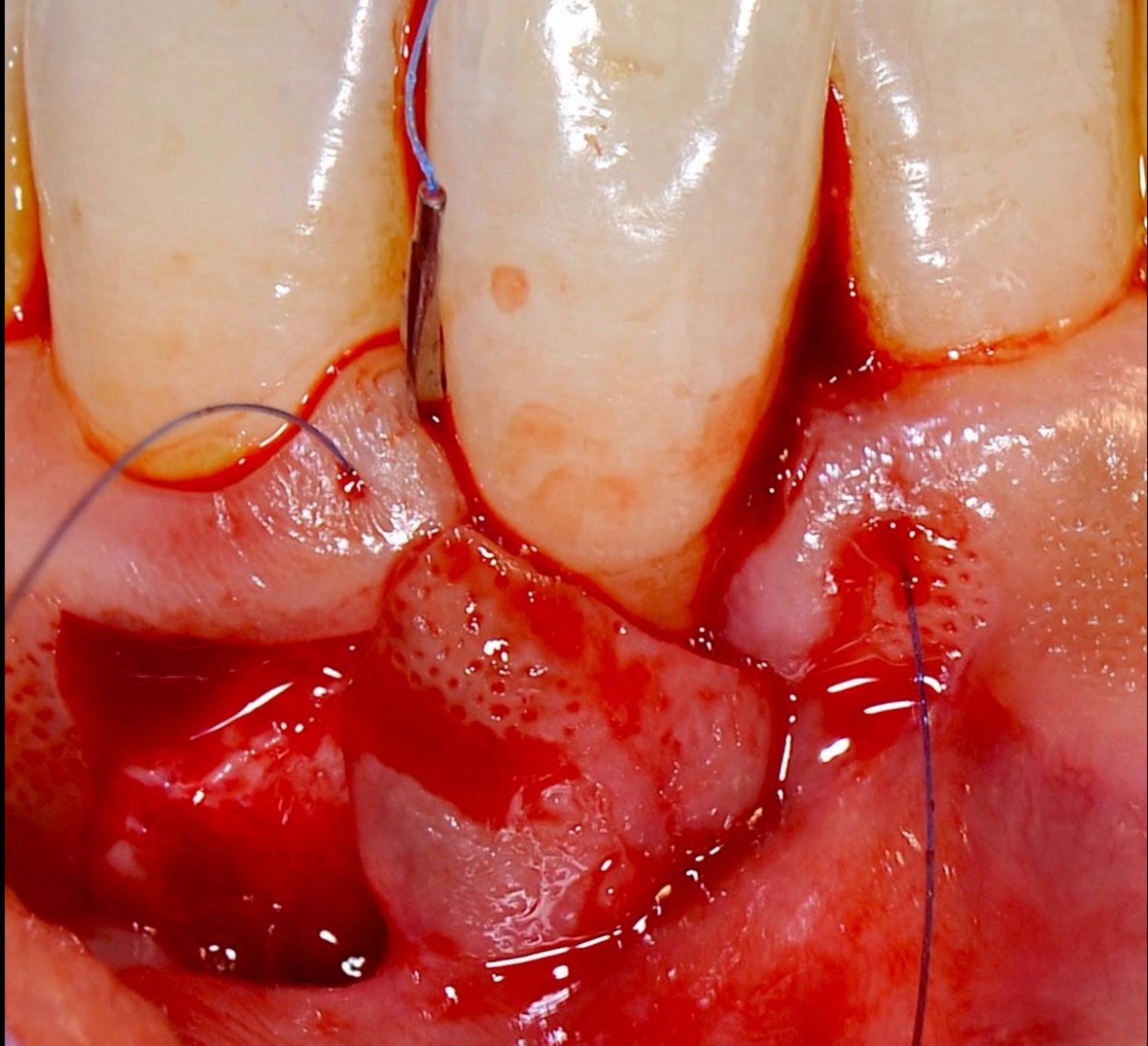
Описание слайда 101

Утягивание перемещенного СНЛ в новом положении.



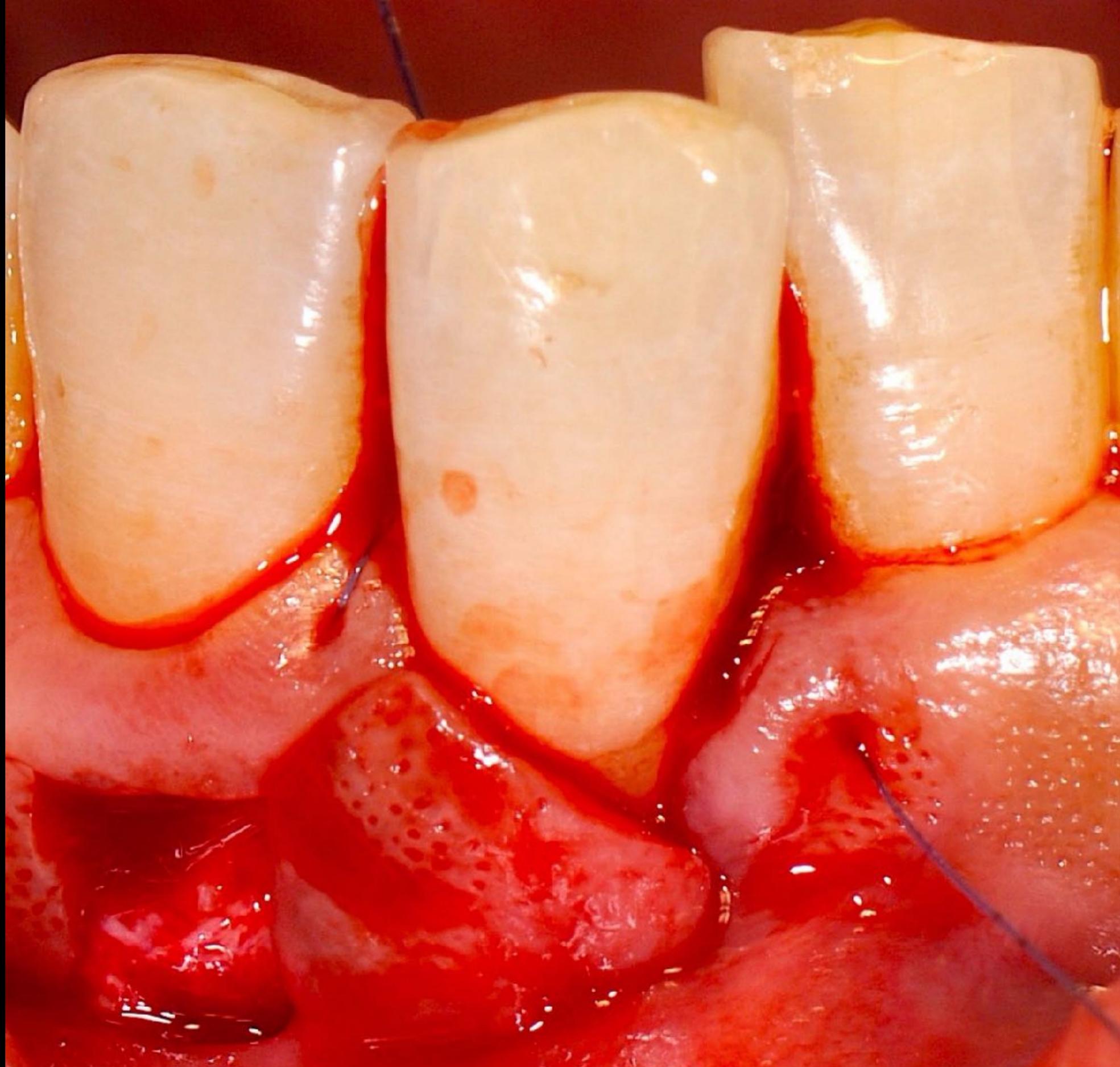
Описание слайда 102

Утягивание перемещенного СНЛ в новом положении.



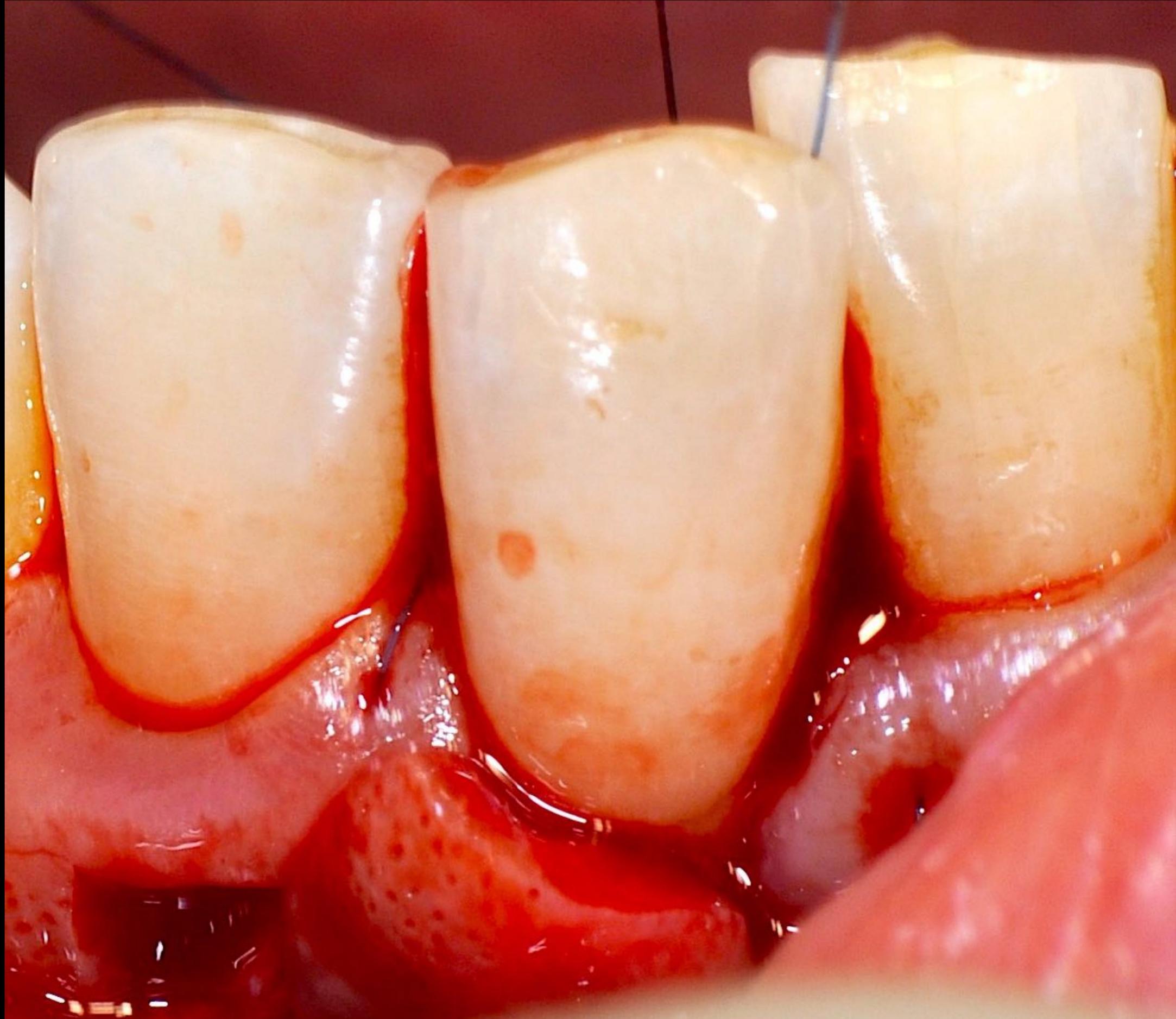
Описание слайда 103

Перемещение и фиксация СНЛ в новом положении.



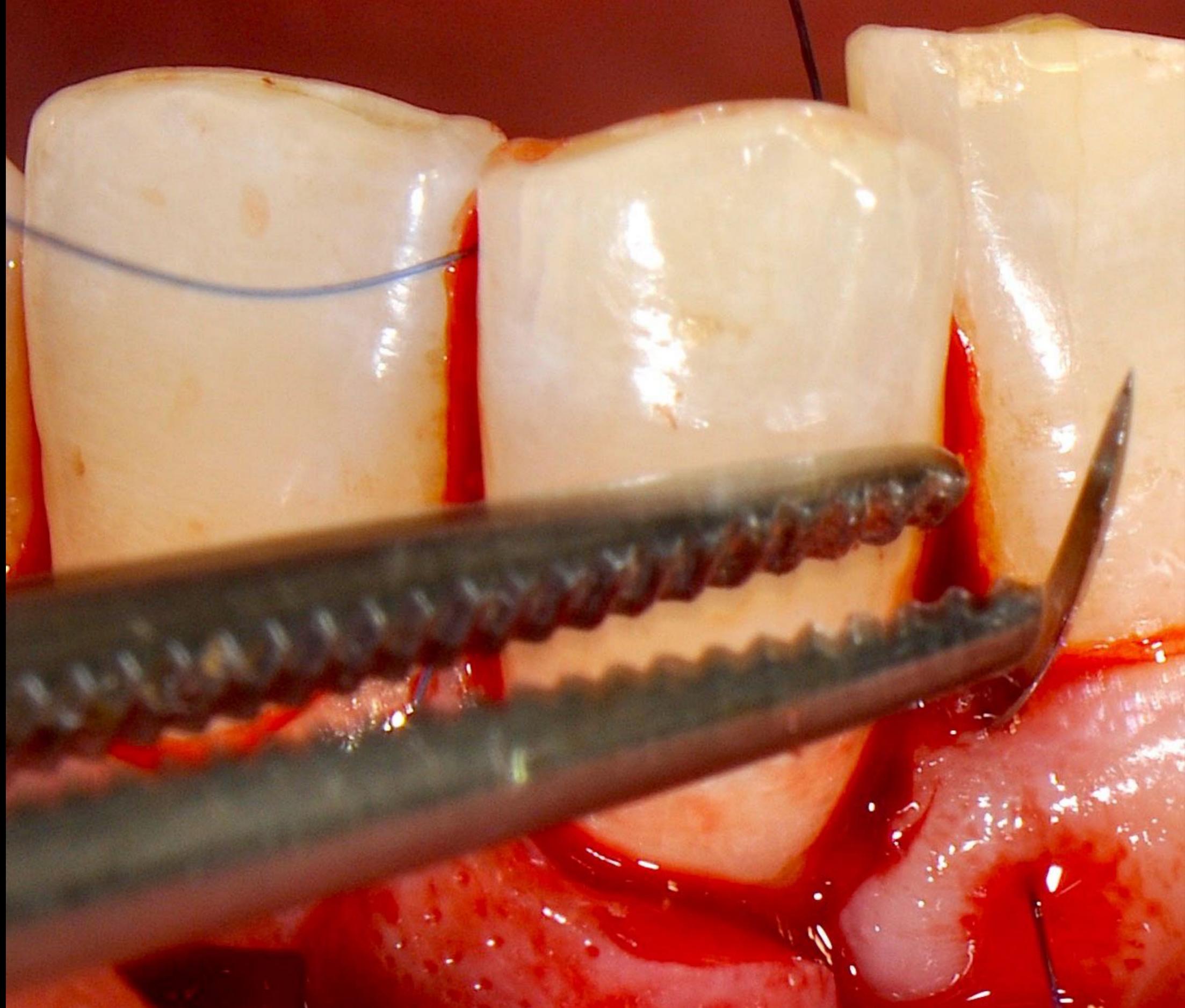
Описание слайда 104

Фиксация СНЛ латерально перемещенным двойным обвивным швом.



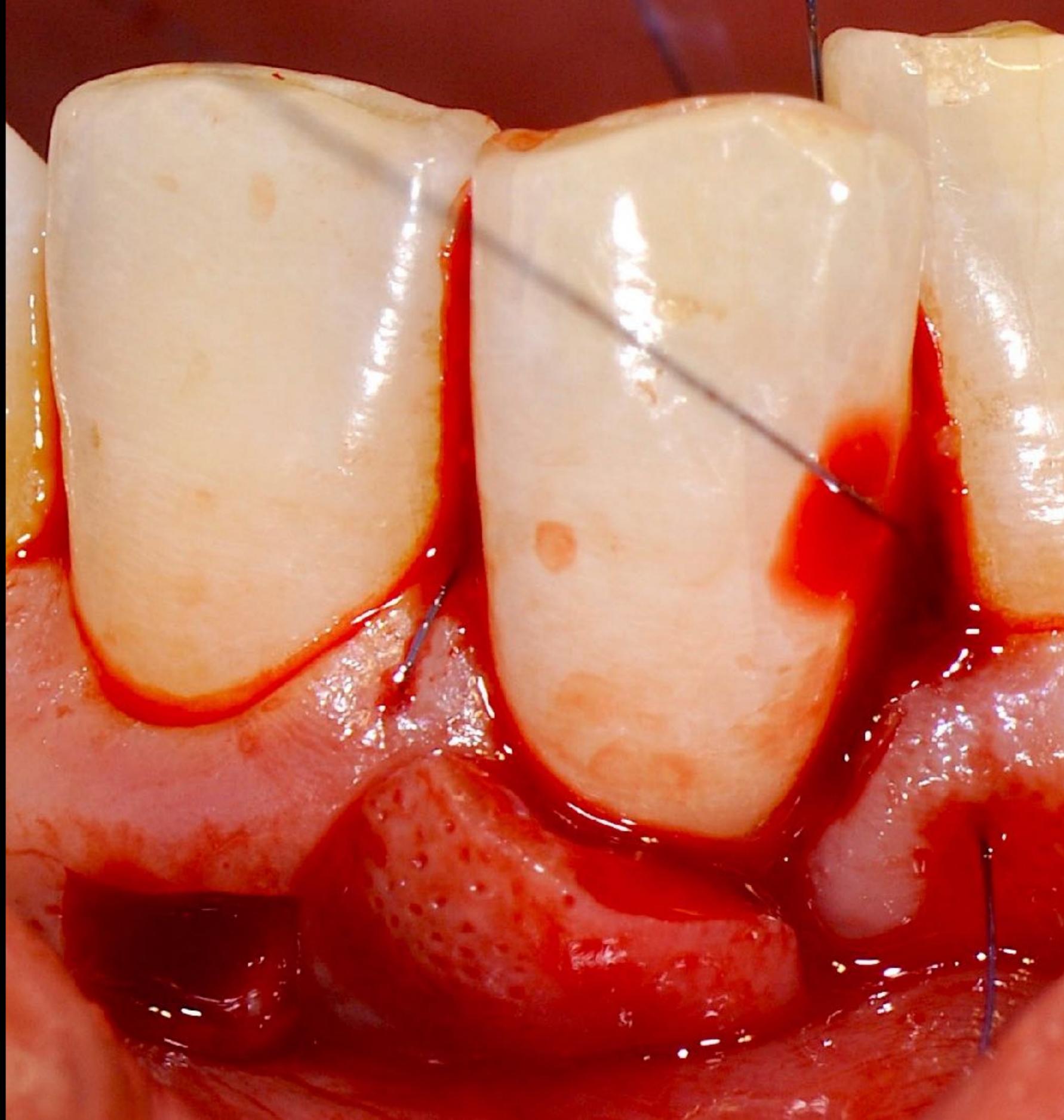
Описание слайда 105

Фиксация СНЛ латерально перемещенным двойным обвивным швом.



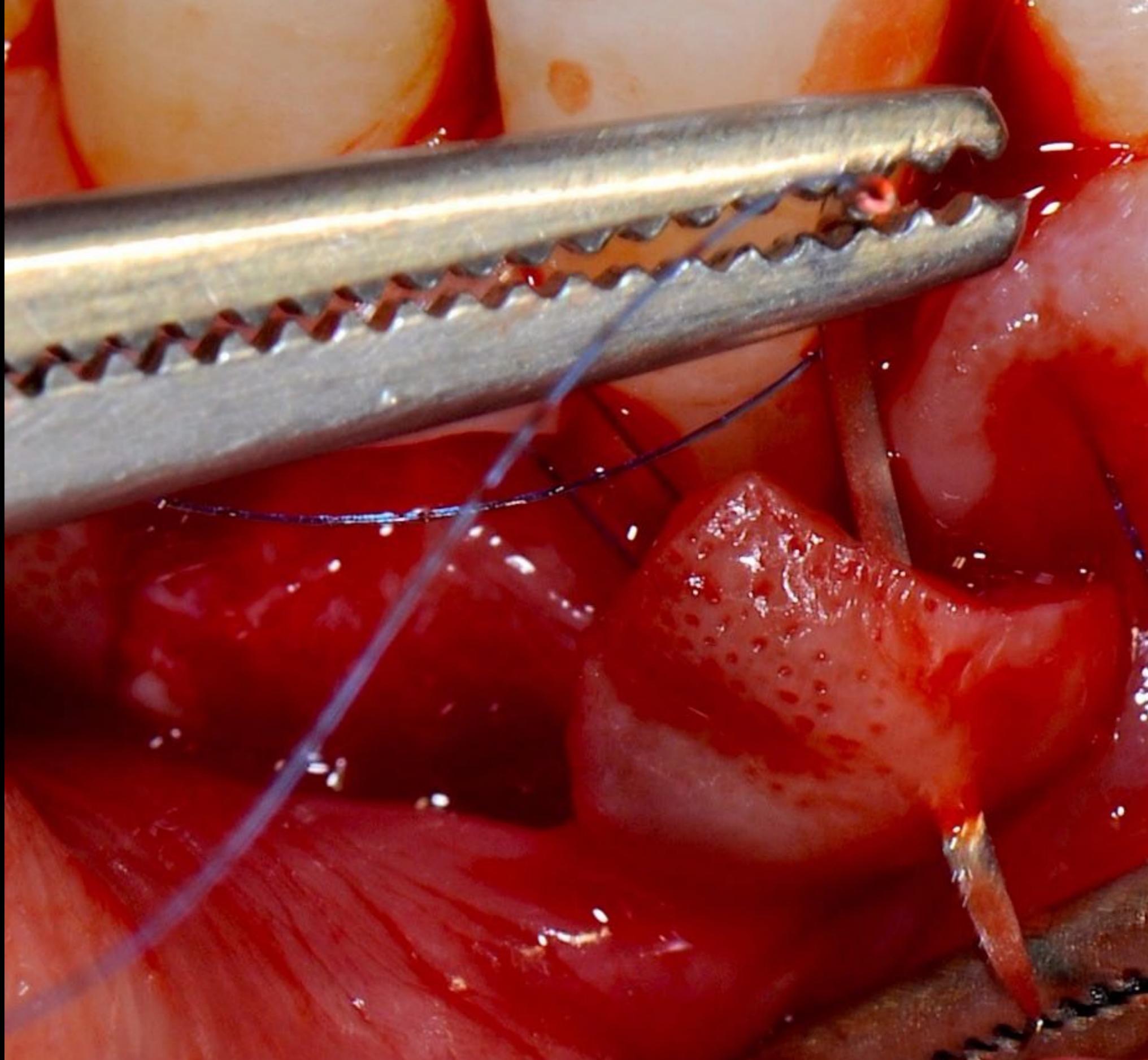
Описание слайда 106

Проведение иглы в межзубном промежутке для окончательной фиксации СНЛ.



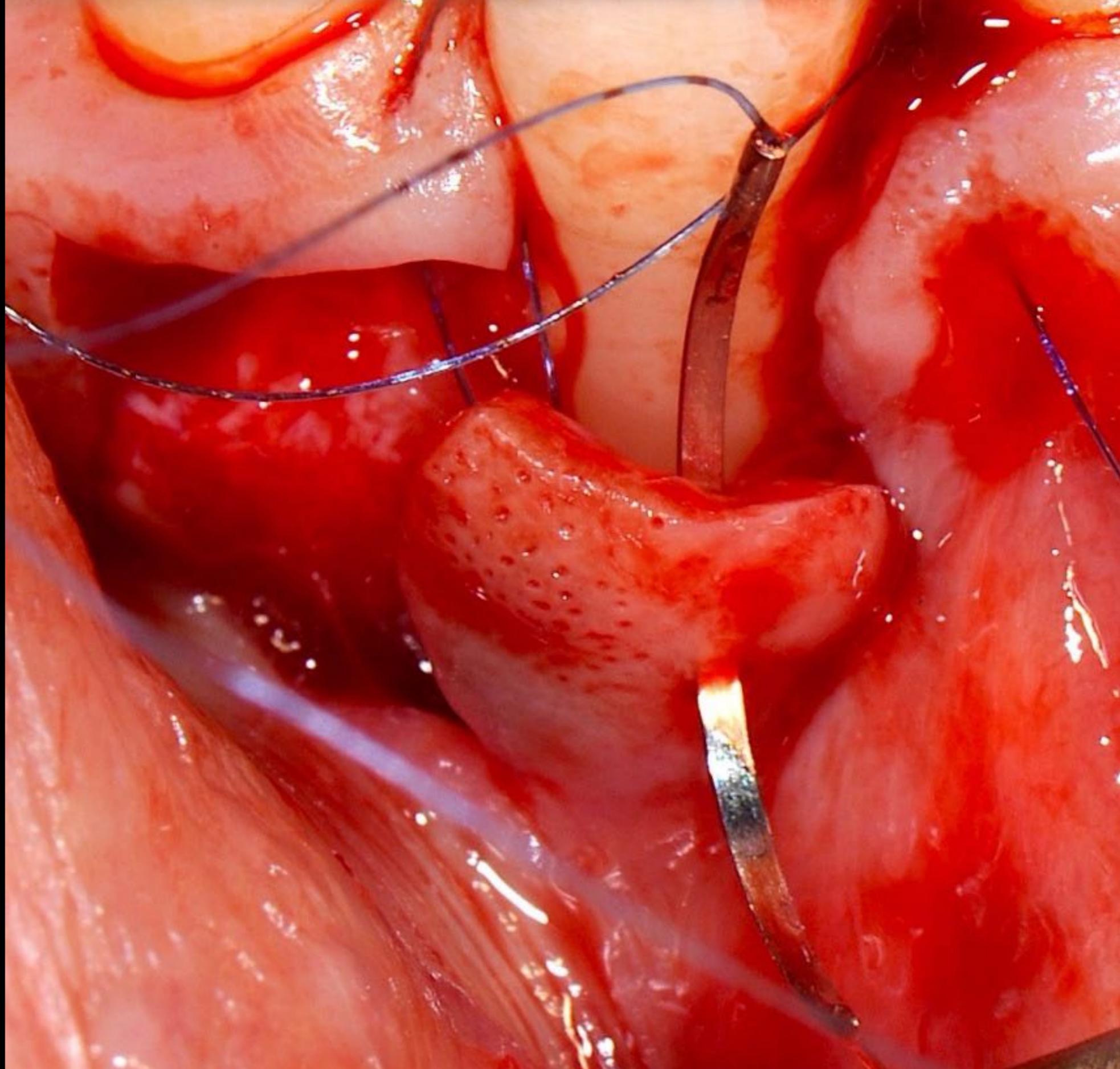
Описание слайда 107

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



Описание слайда 108

Прокол в основании хирургического сосочка в области СНЛ



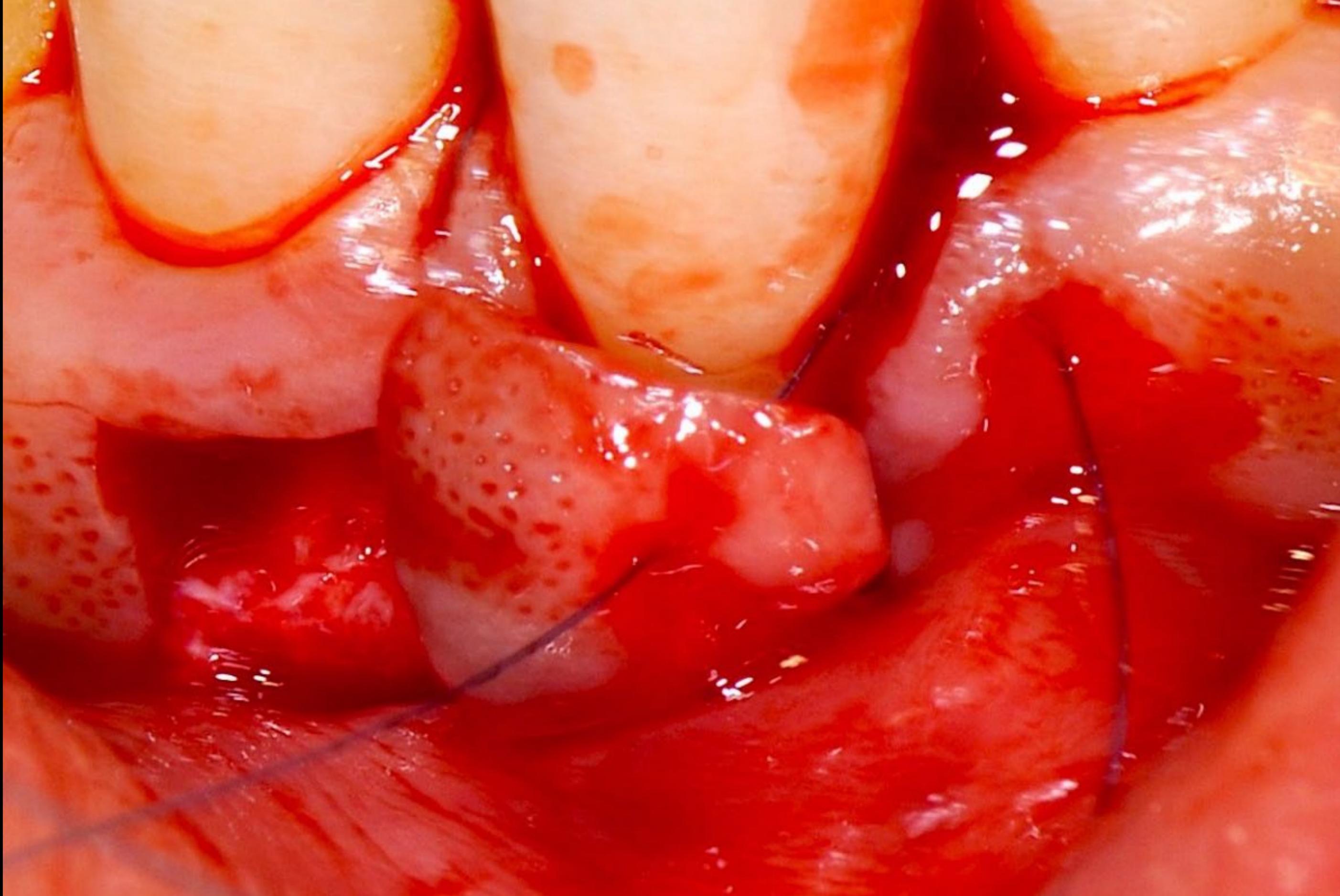
Описание слайда 109

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



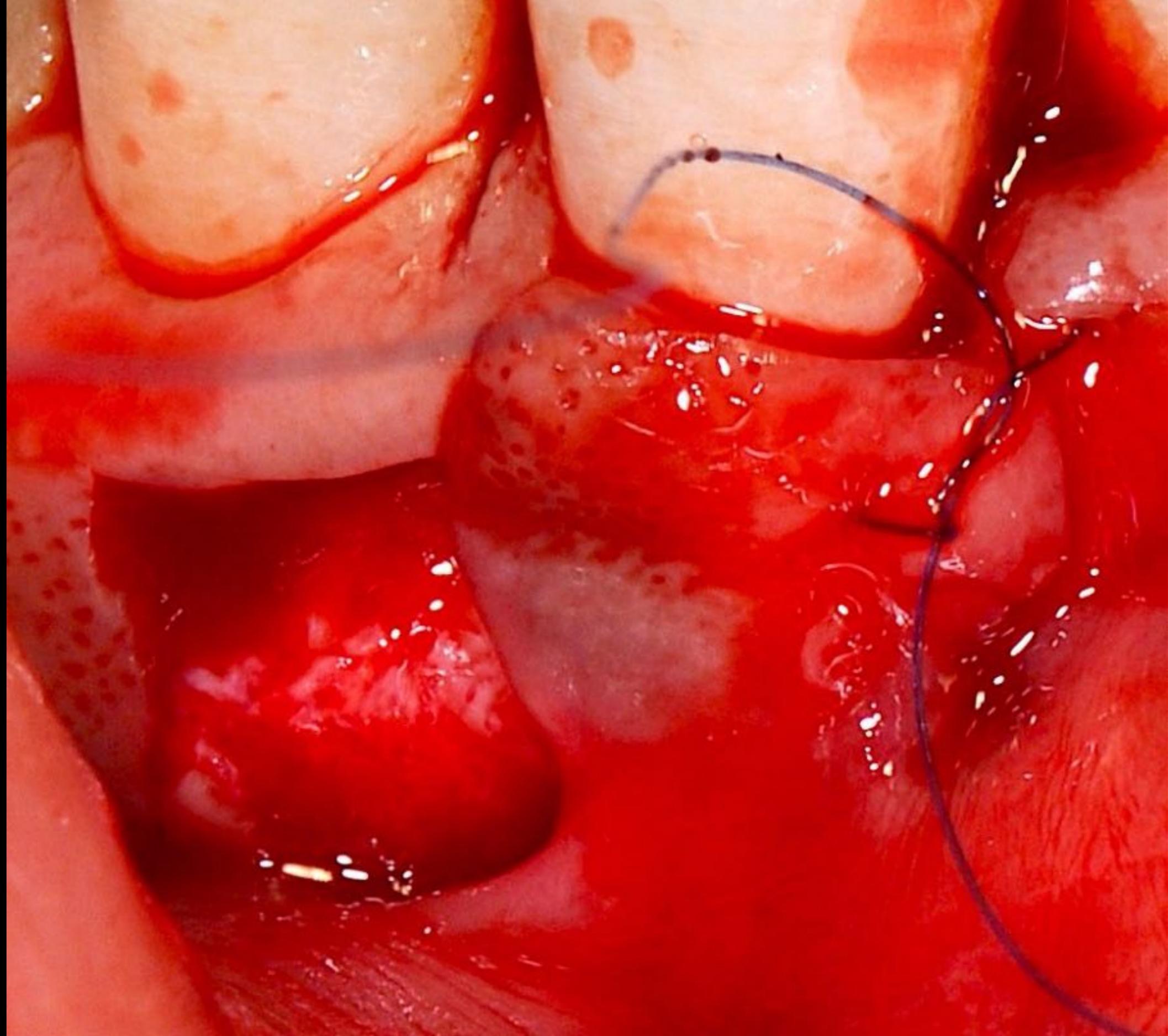
Описание слайда 110

Утягивание СНЛ на швах.



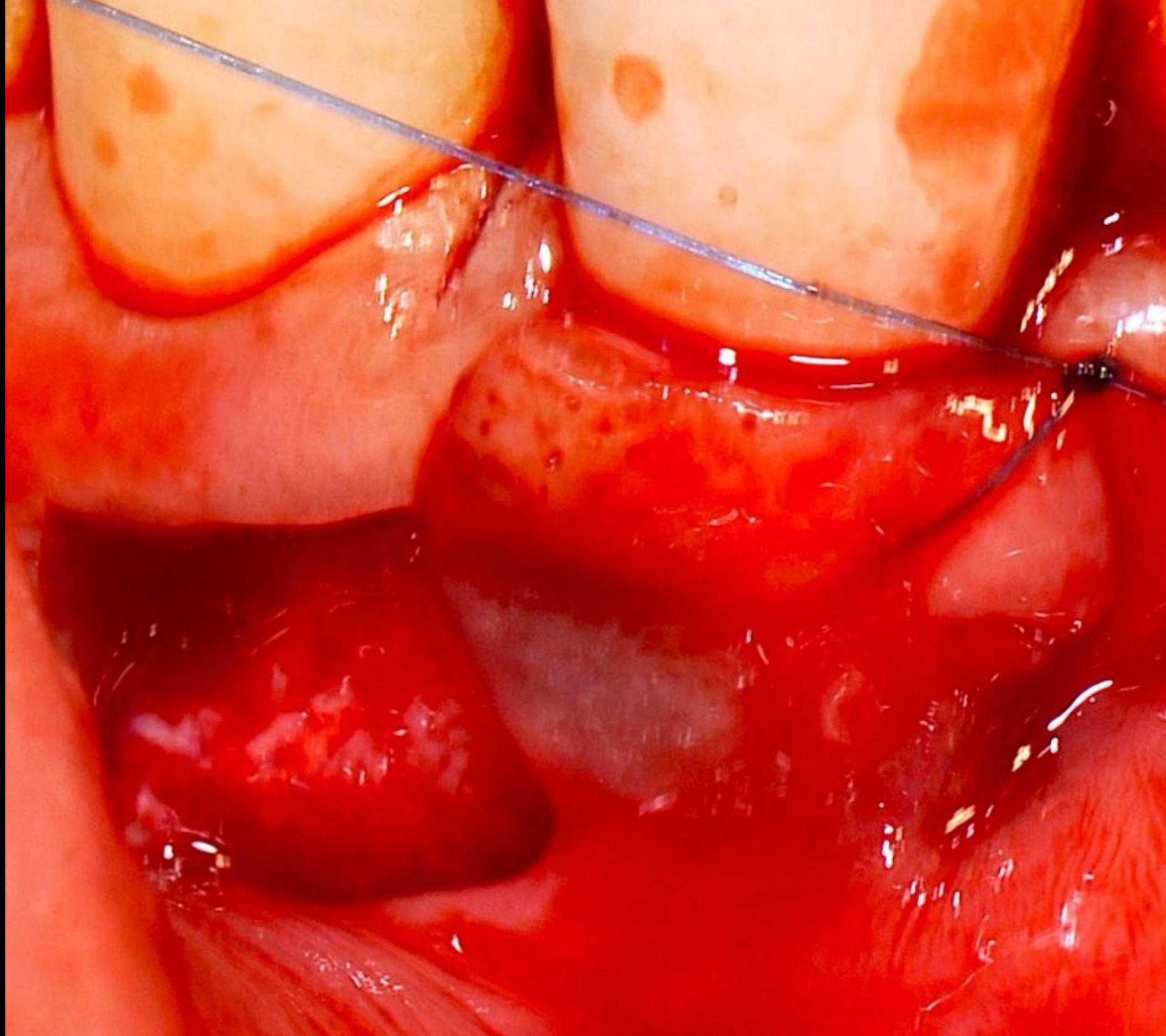
Описание слайда 111

Утягивание СНЛ на швах.



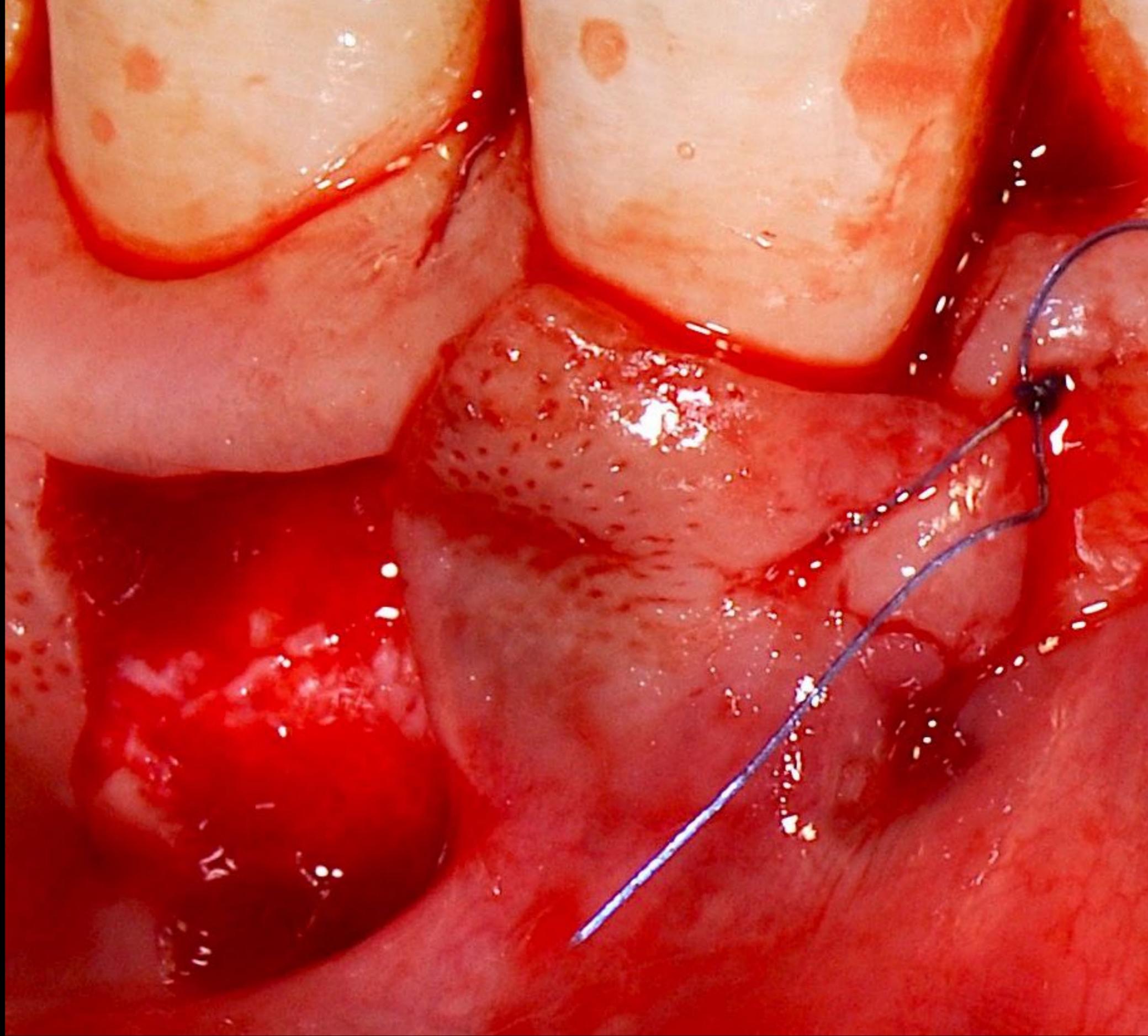
Описание слайда 112

Завязывание узлов в области СНЛ.



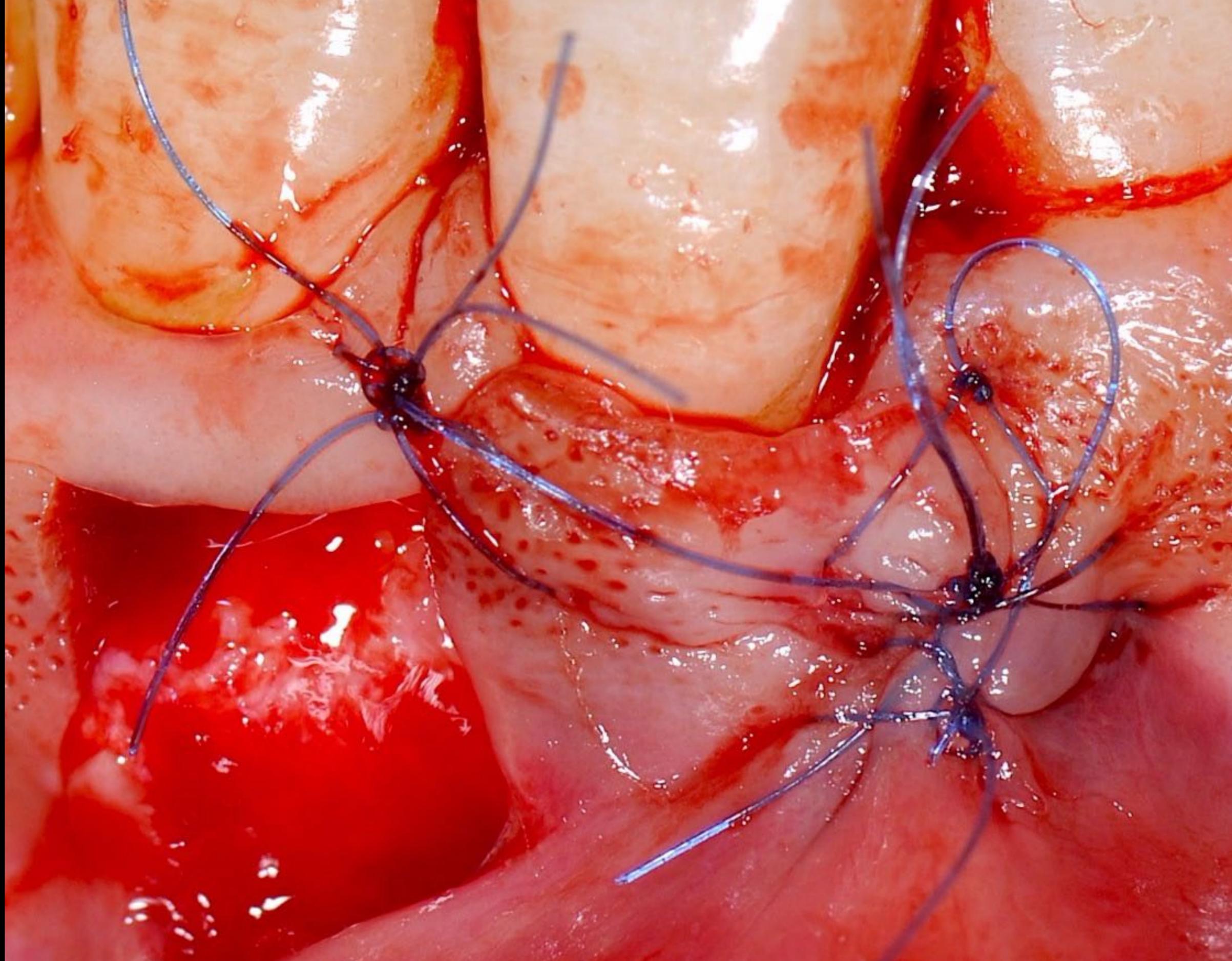
Описание слайда 113

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



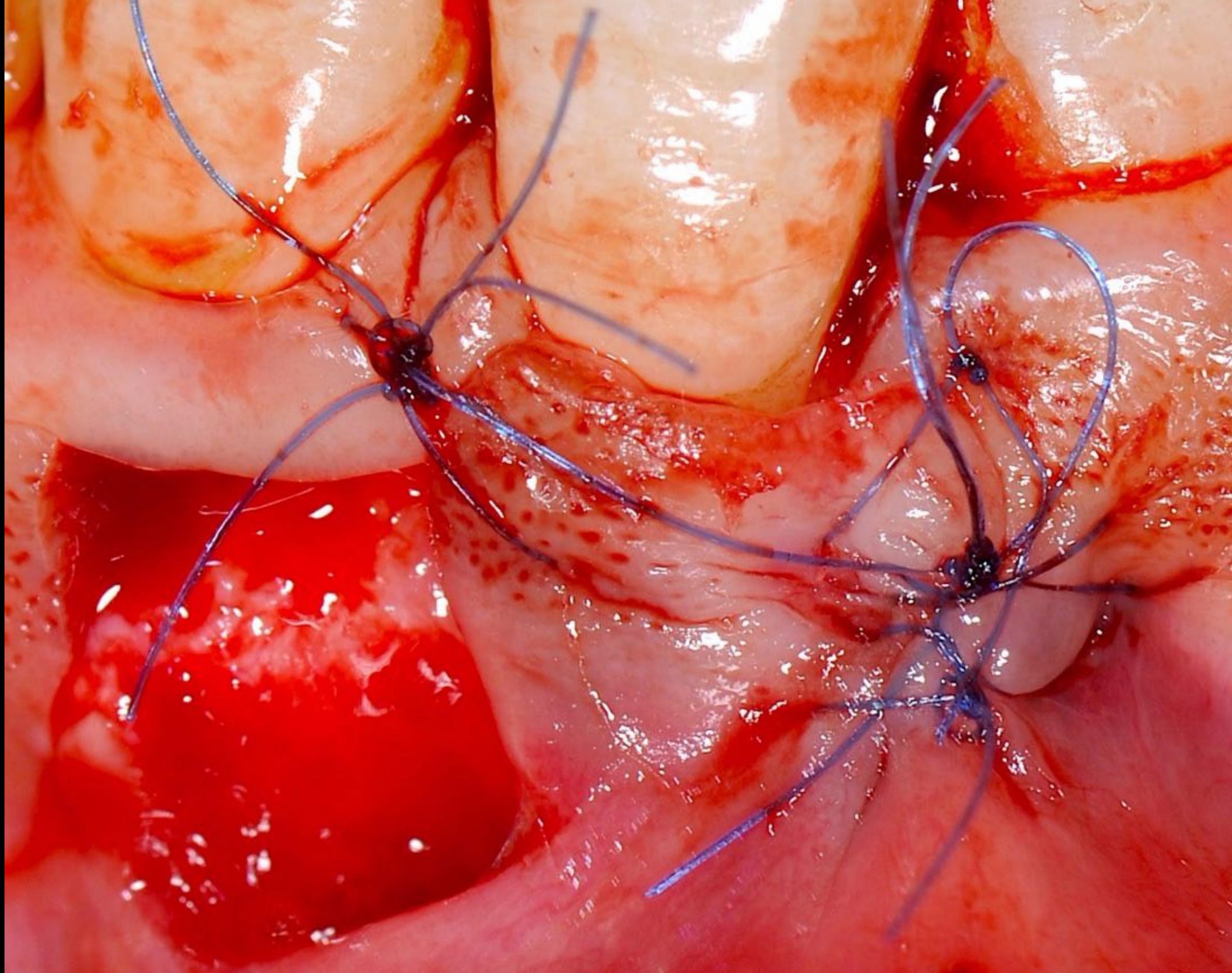
Описание слайда 114

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



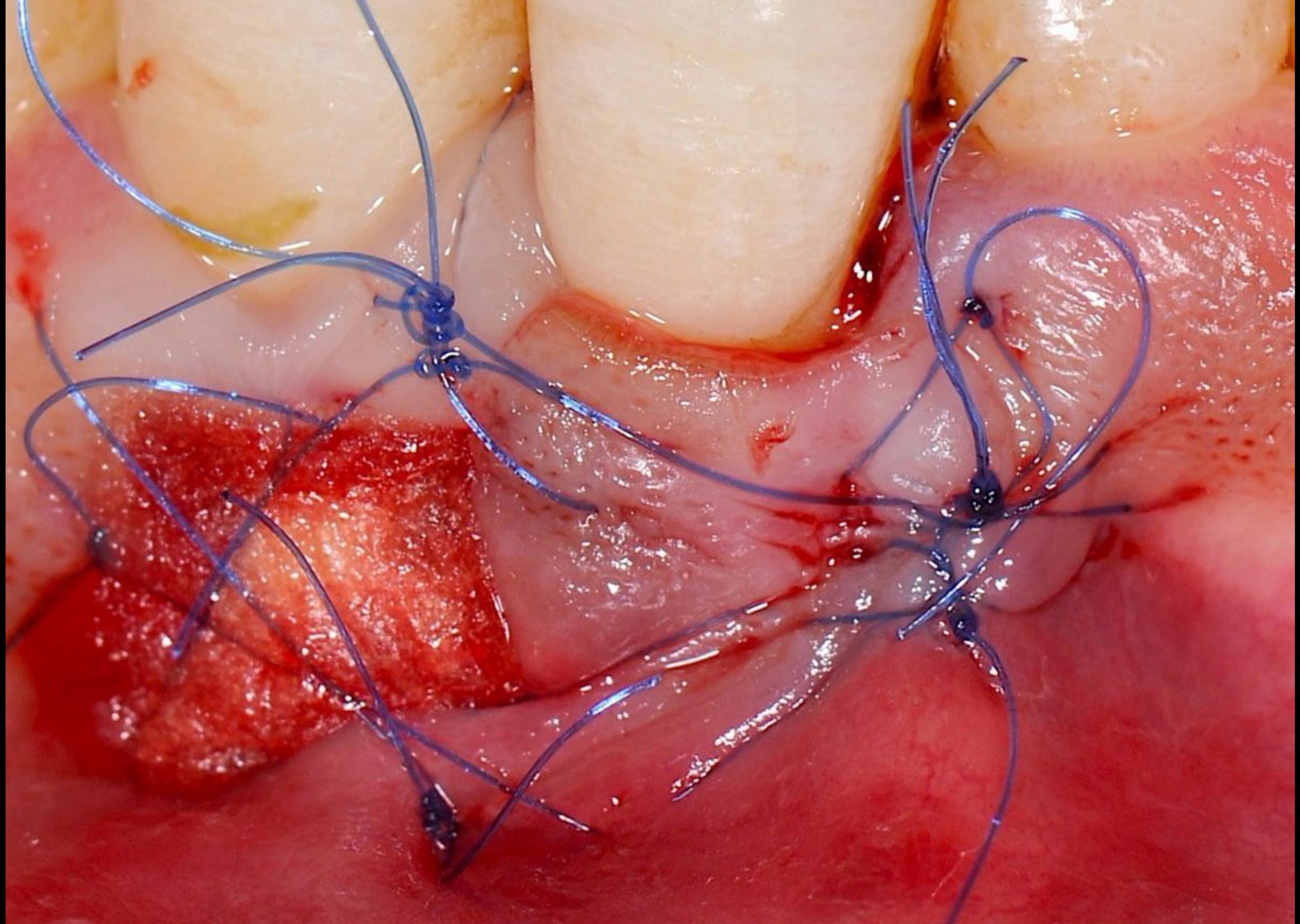
Описание слайда 115

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



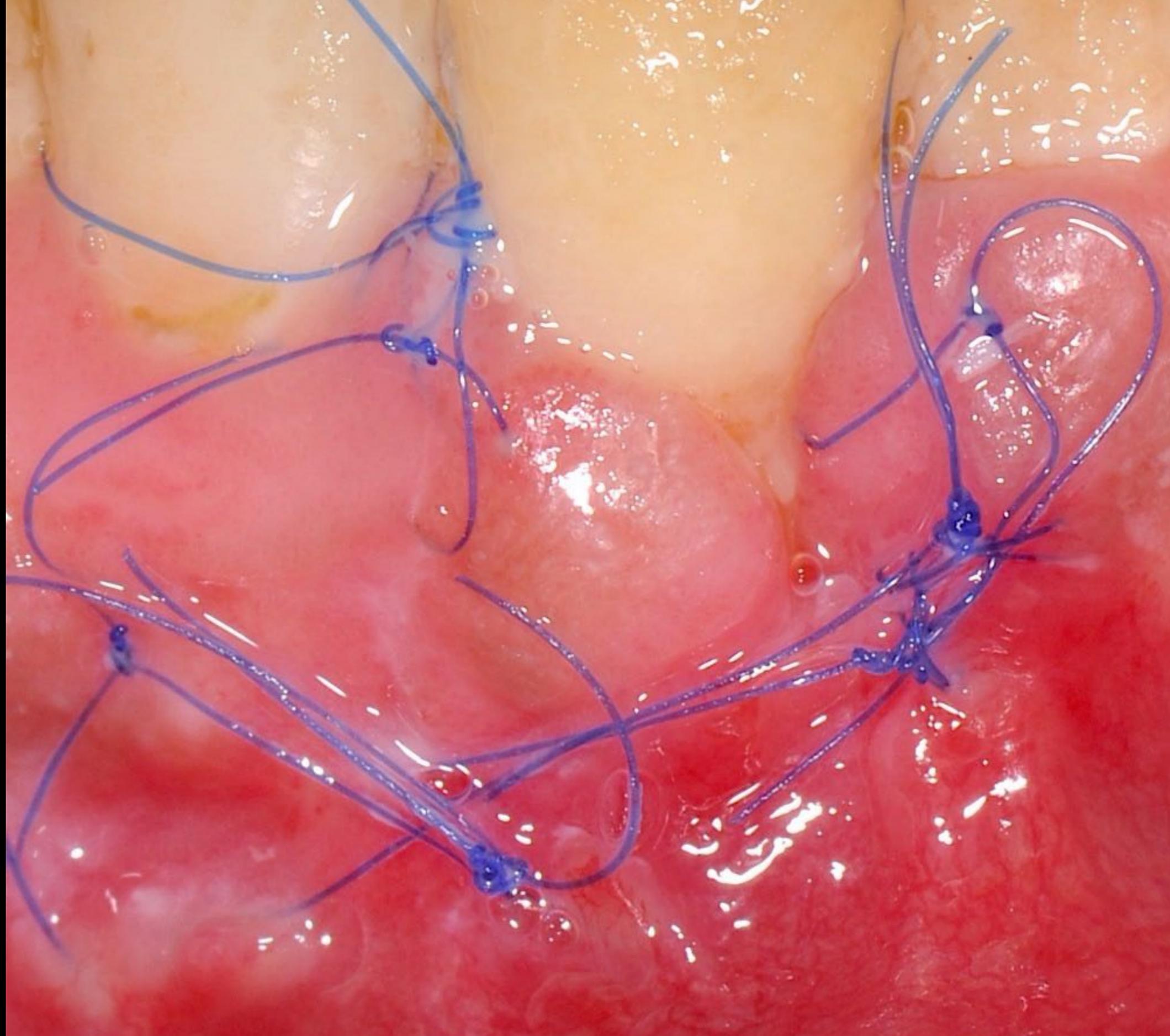
Описание слайда 116

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



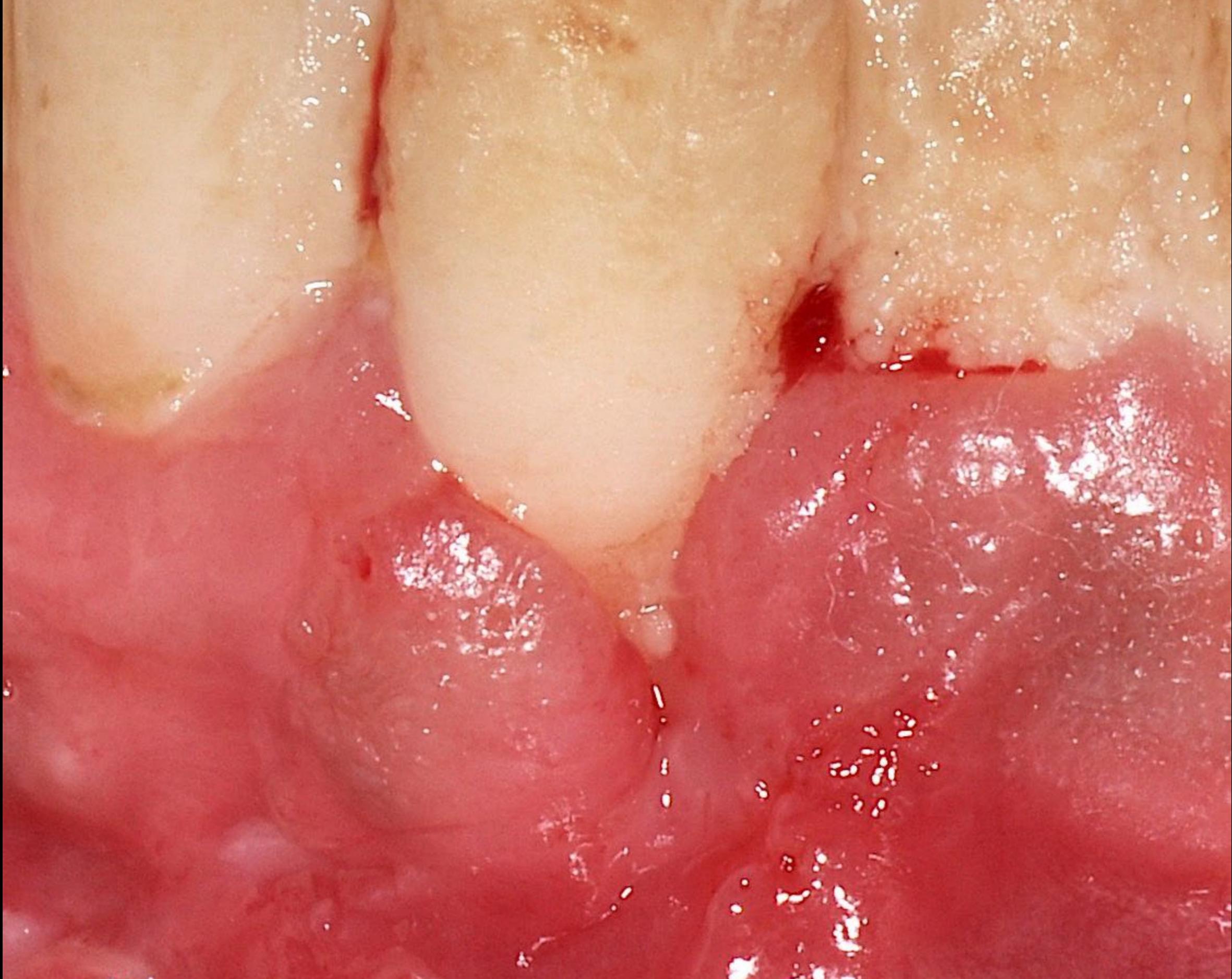
Описание слайда 117

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



Описание слайда 118

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 курильщик и поэтому произошла флотация СНЛ с напряжением.



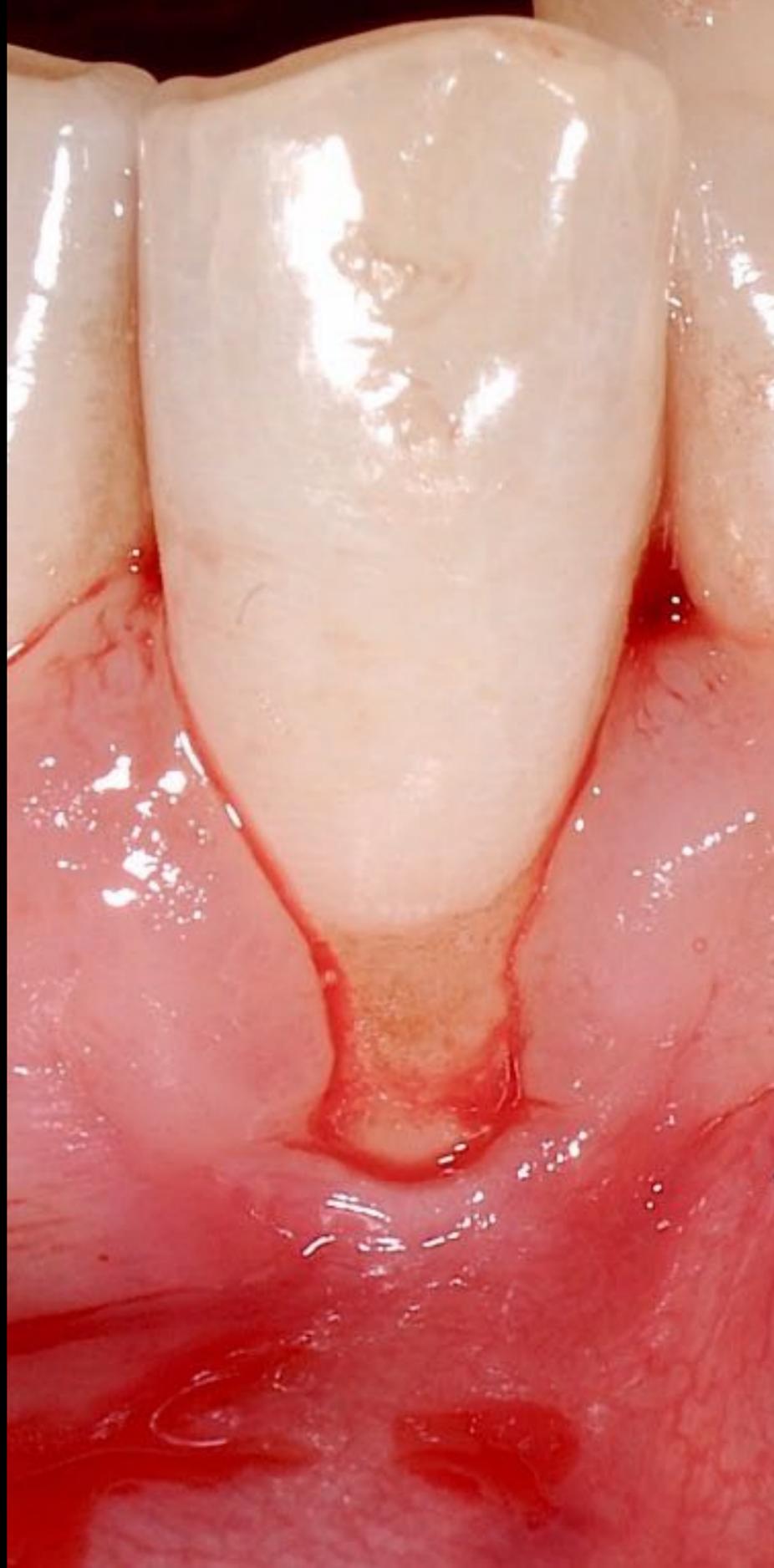
Описание слайда 119

Состояние тканей после снятия швов.



Описание слайда 120

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



Описание слайда 121

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 зубом решены.

Сочетание коронального
смещения с латеральным

Описание слайда 122

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



Описание слайда 123

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



Описание слайда 124

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



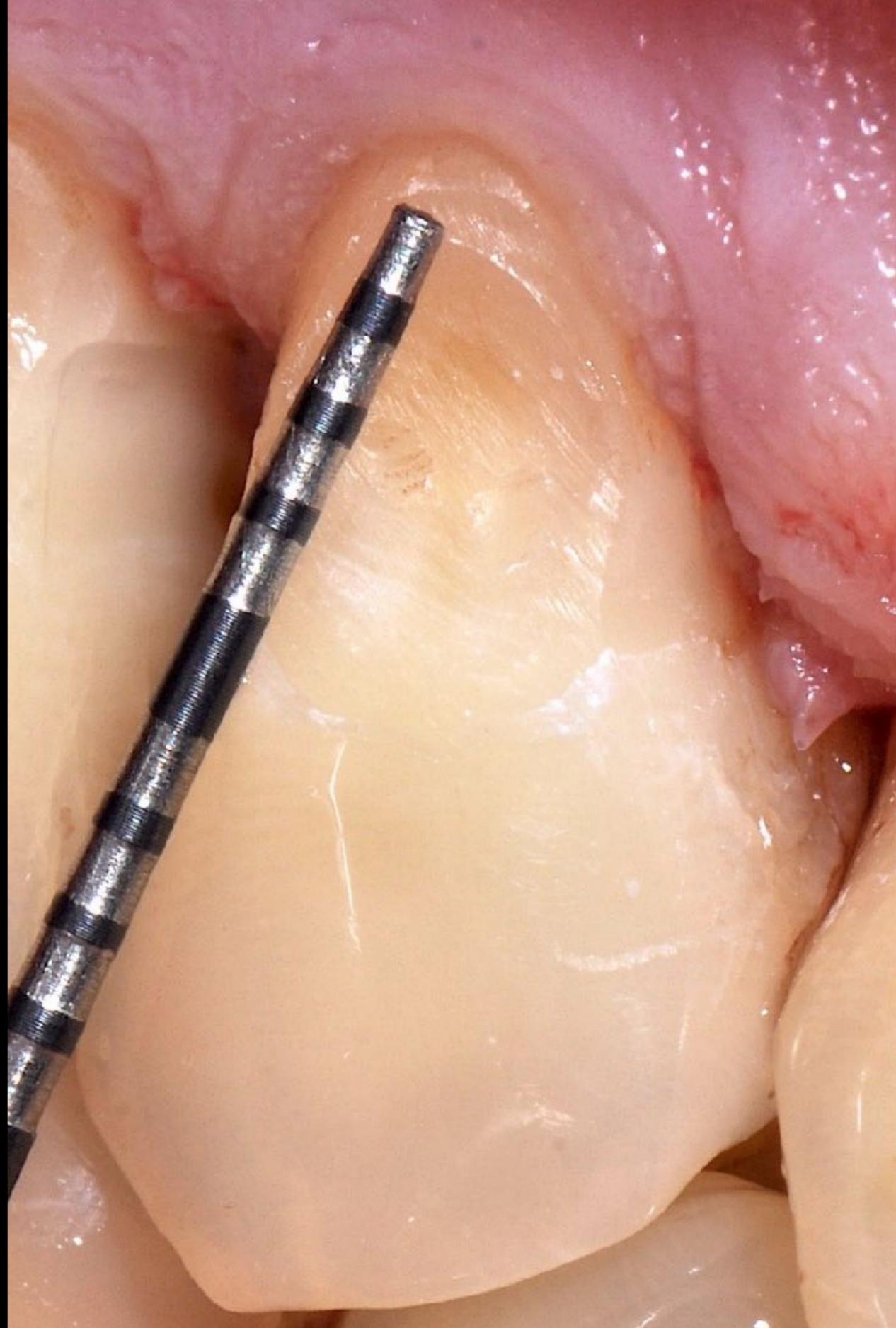
Описание слайда 125

Измерение ГР в области 16 зуба.



Описание слайда 126

Измерение ГР в области 15 зуба.



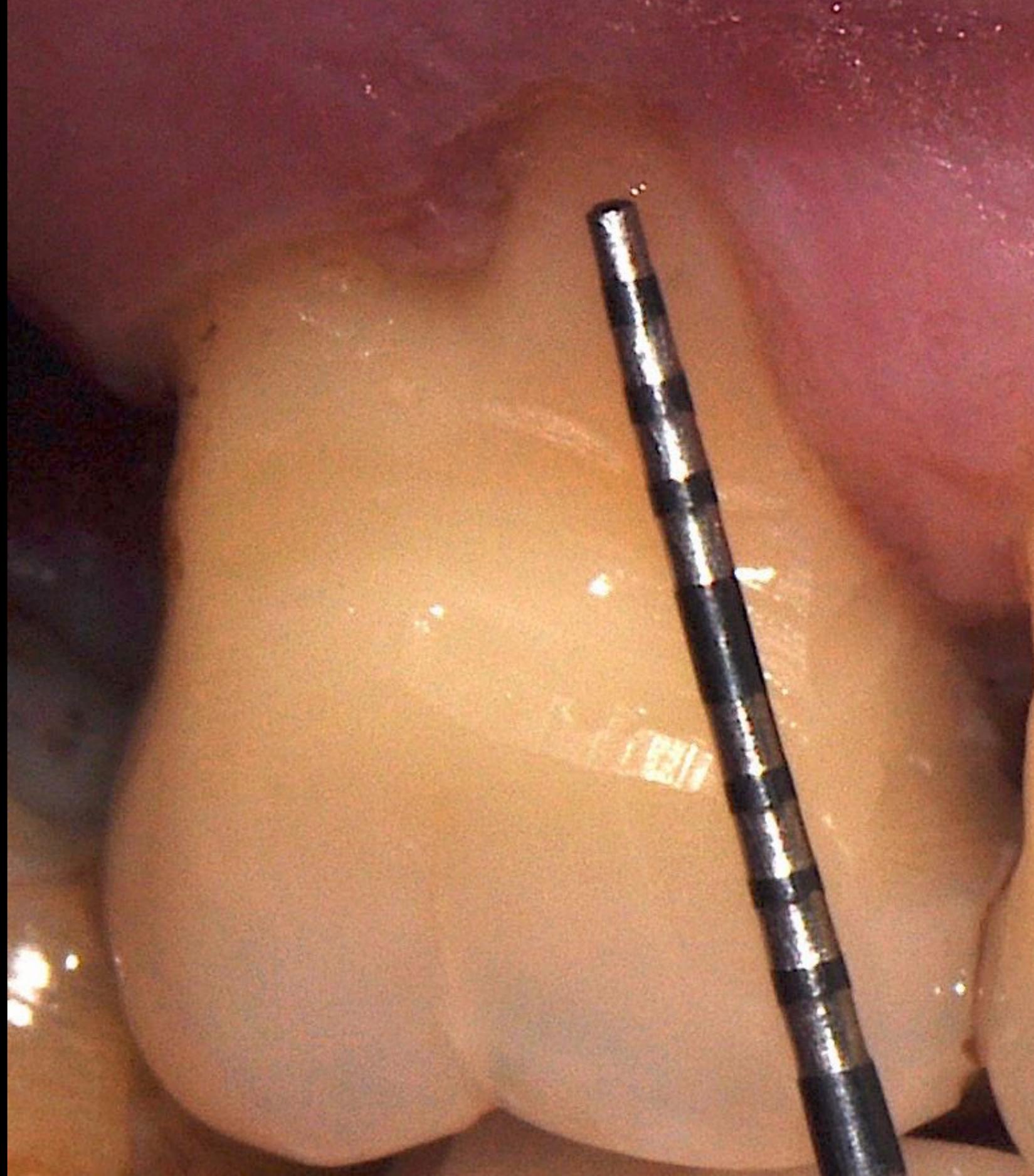
Описание слайда 127

Измерение ГР в области 14 зуба.



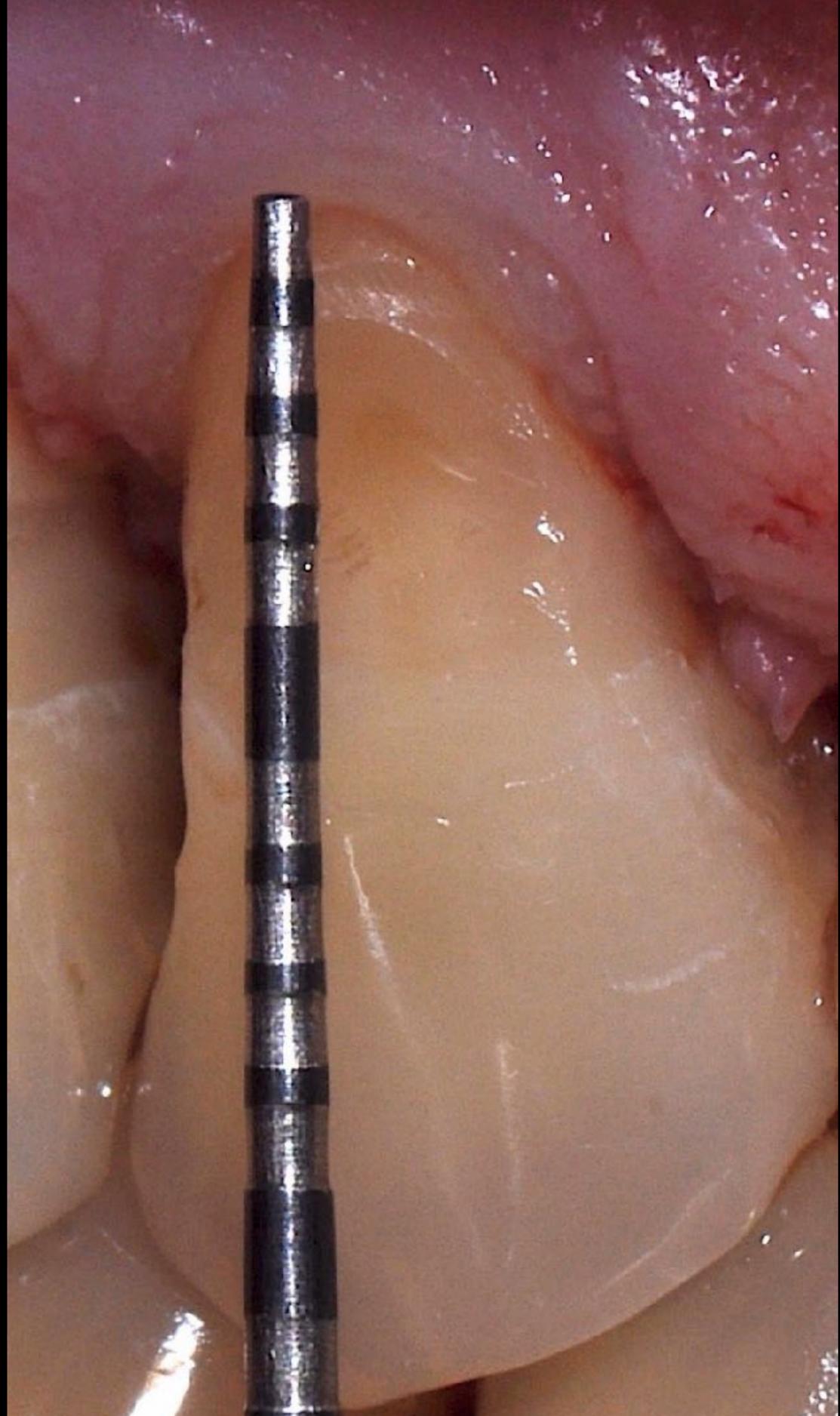
Описание слайда 128

Измерение ГР в области 13 зуба.



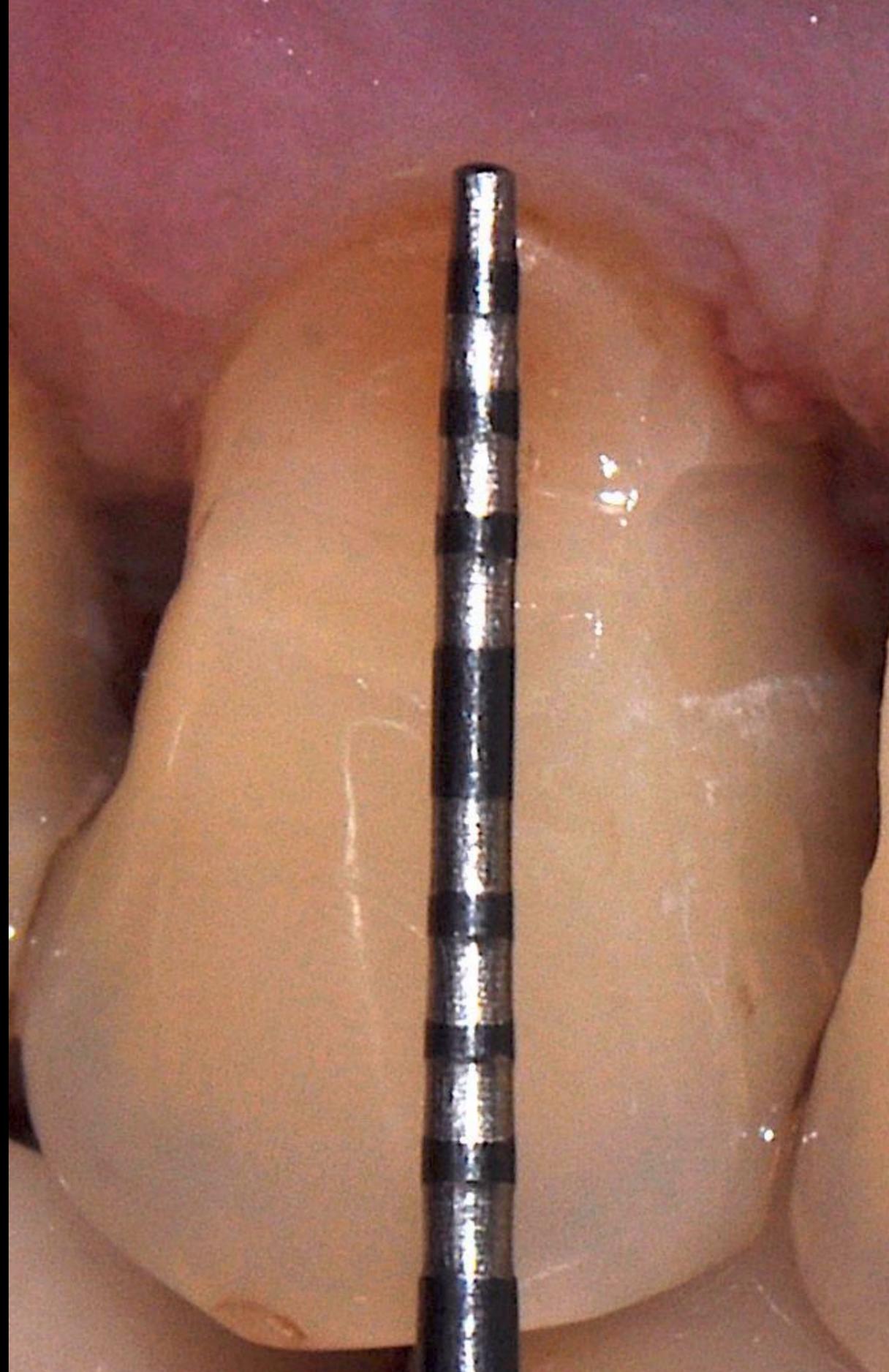
Описание слайда 129

Измерение РРД 16 зуба.



Описание слайда 130

Измерение РРД 15 зуба.



Описание слайда 131

Измерение РРД 13 зуба.



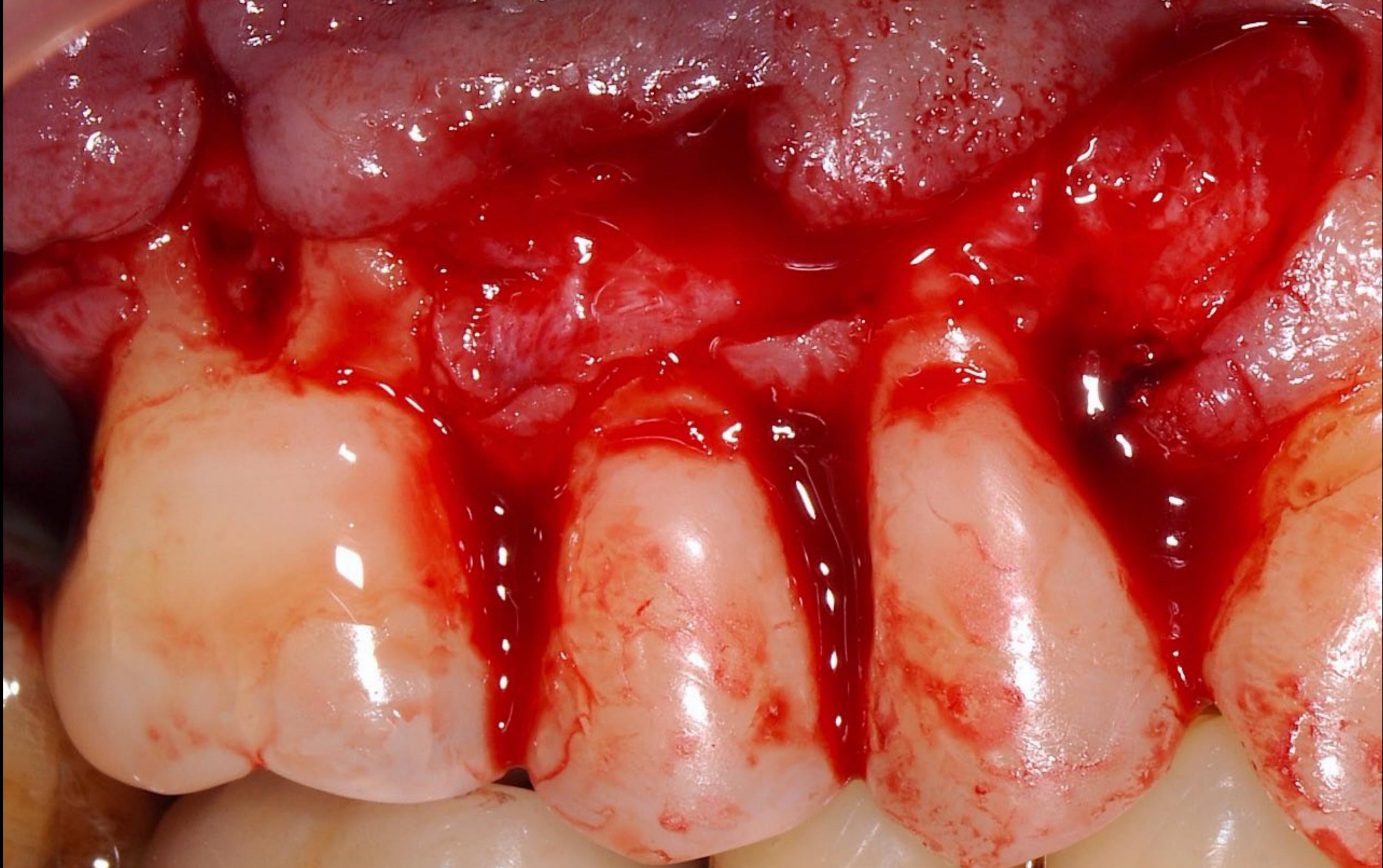
Описание слайда 132

Дизайн СНЛ.



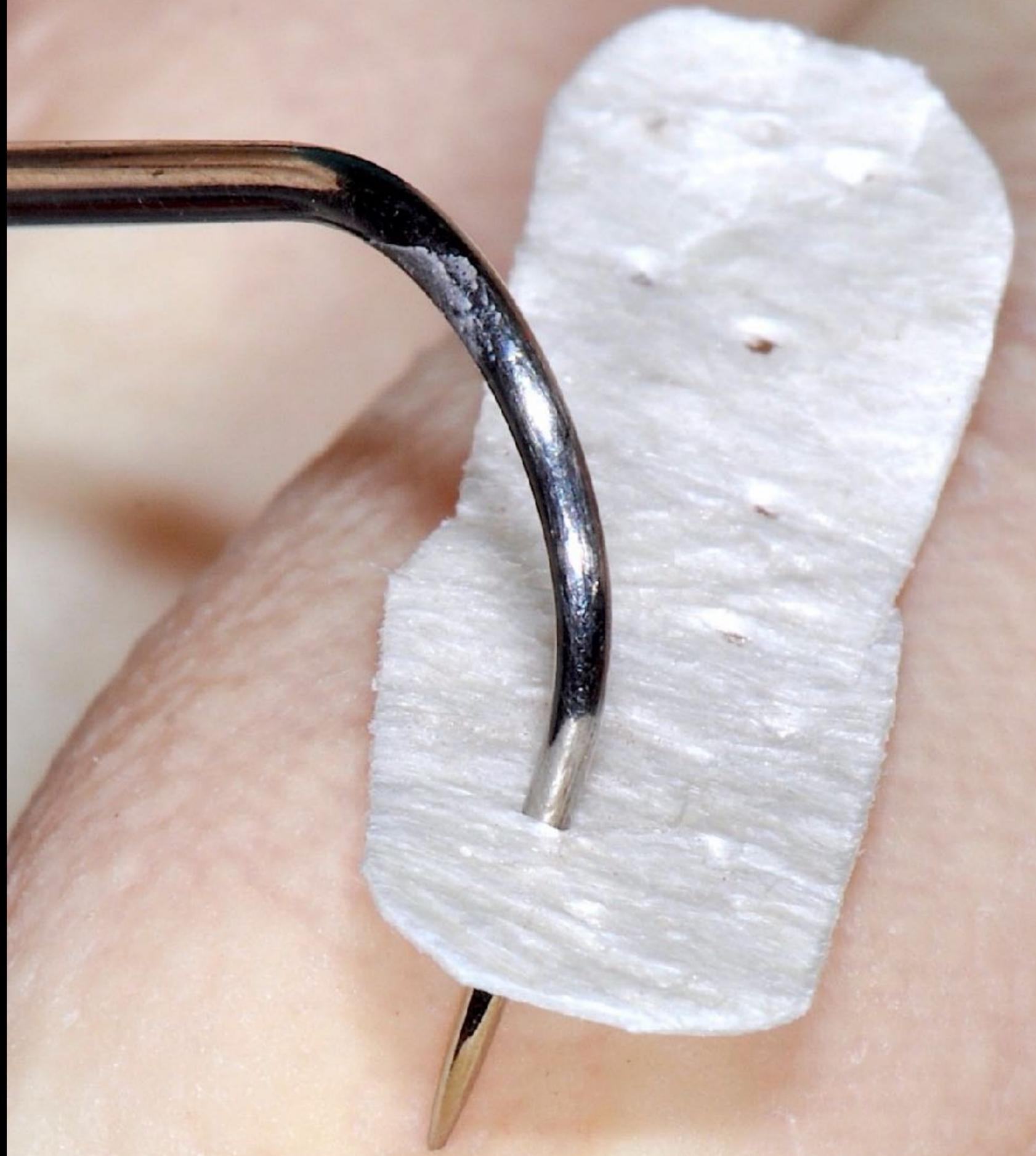
Описание слайда 133

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



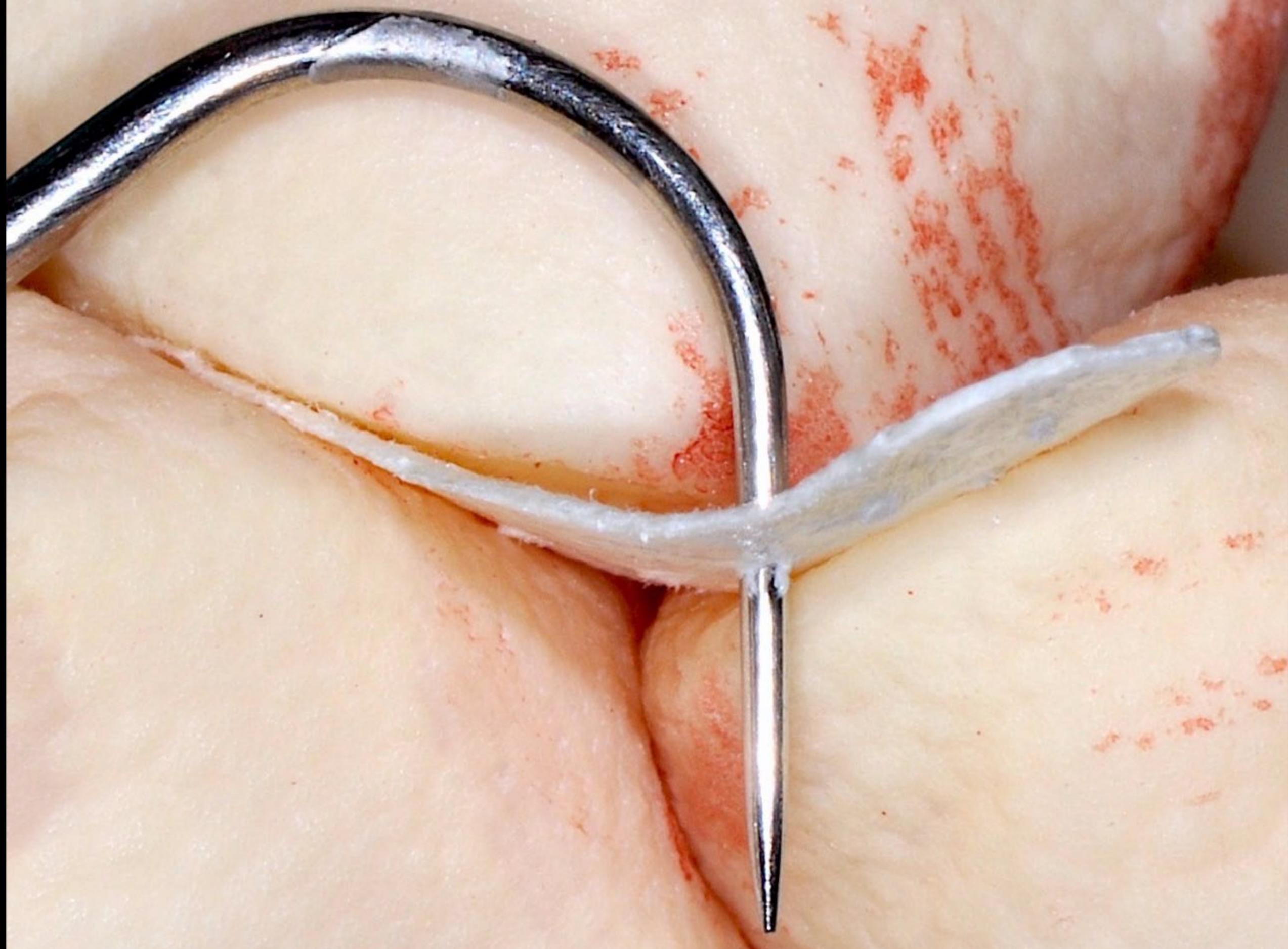
Описание слайда 134

Виден кусочек будущего латерально смещенного лоскута.



Описание слайда 135

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



Описание слайда 136

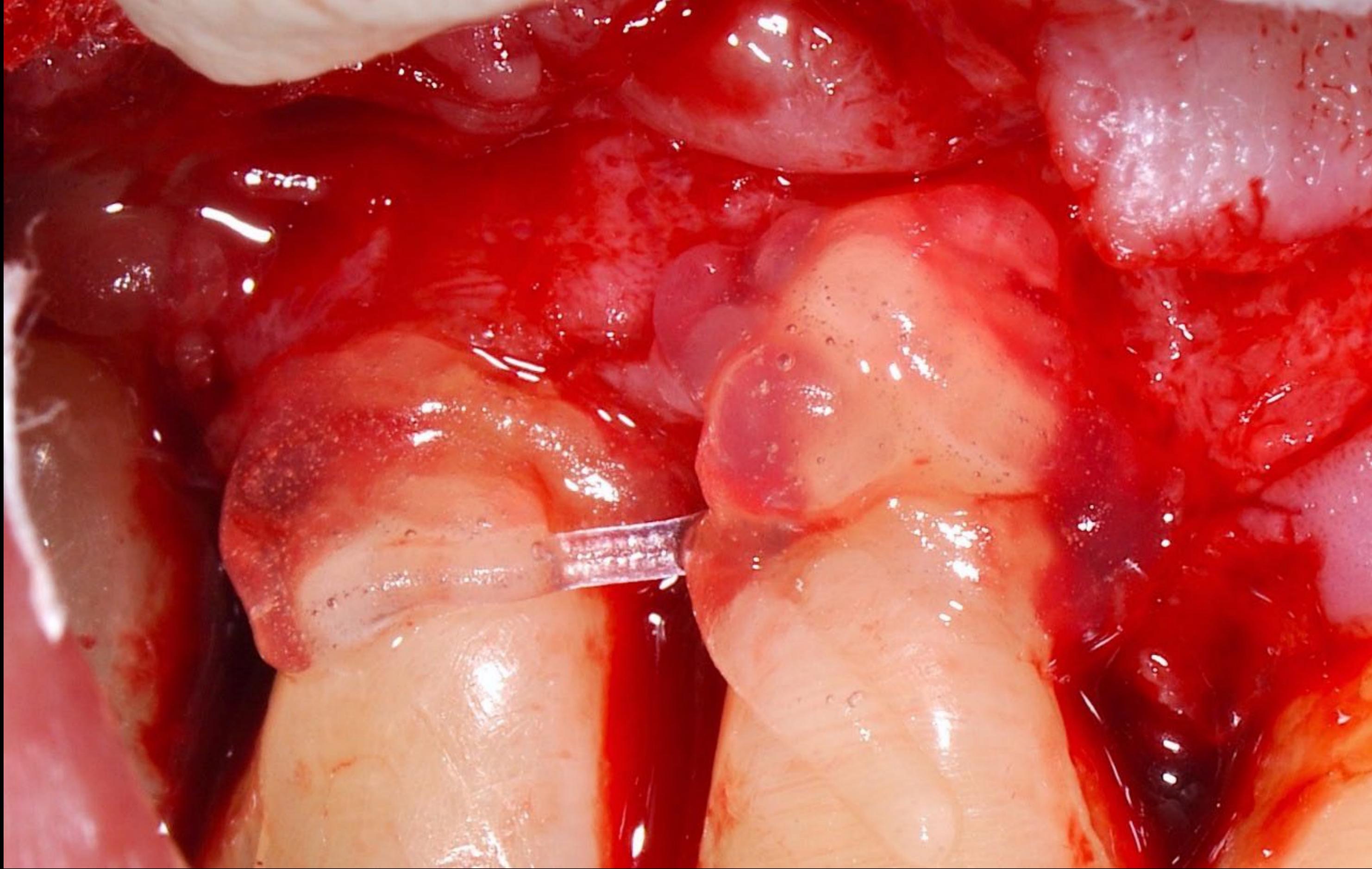
Перфорации на расстоянии 4-5 мм. Толщина - 0,1-0,2 мм.

Лиофилизированный материал легко готовится в сухом виде.



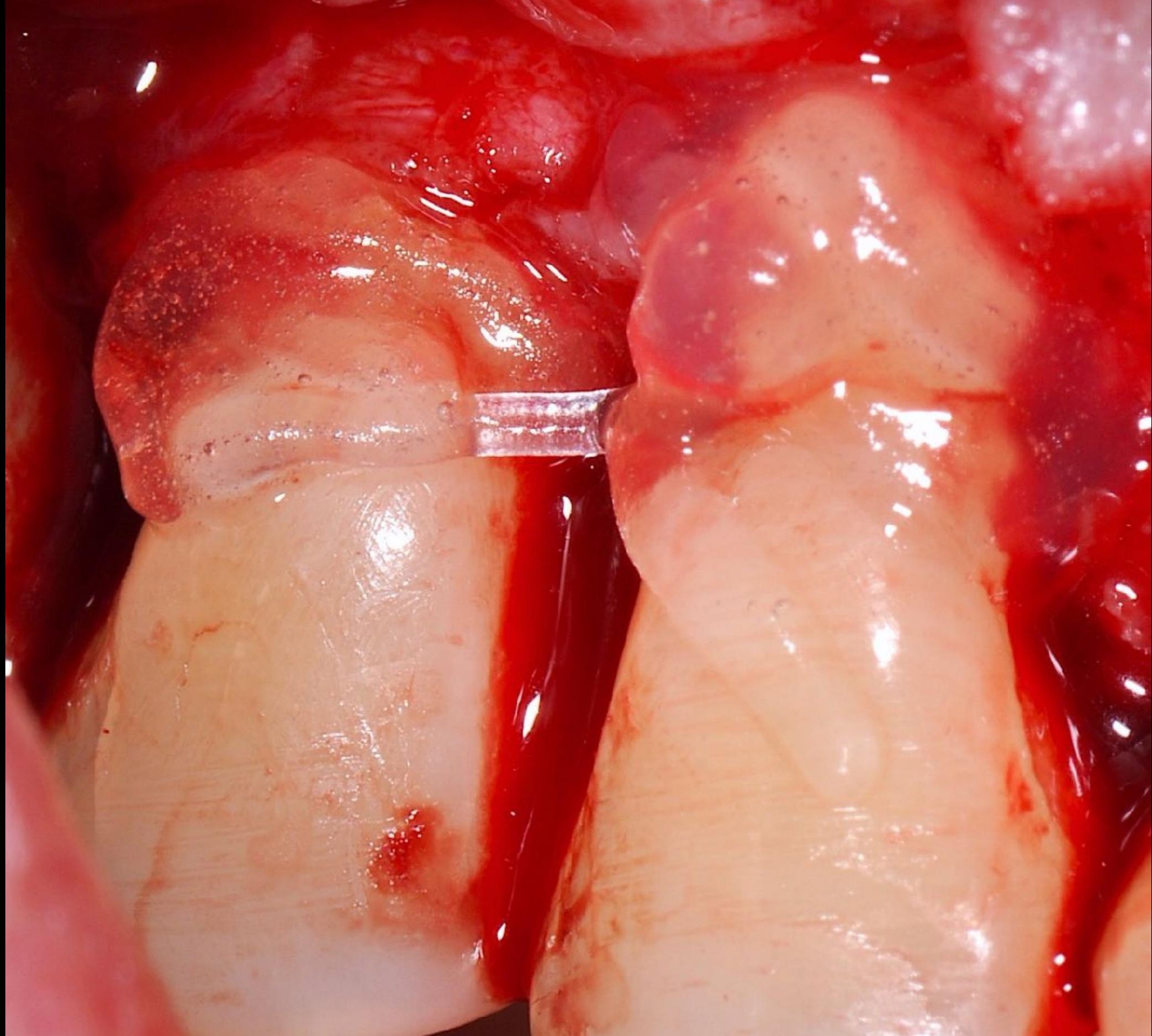
Описание слайда 137

Подготовленный трансплантат из ТМО для муко-гингивальной пластики.



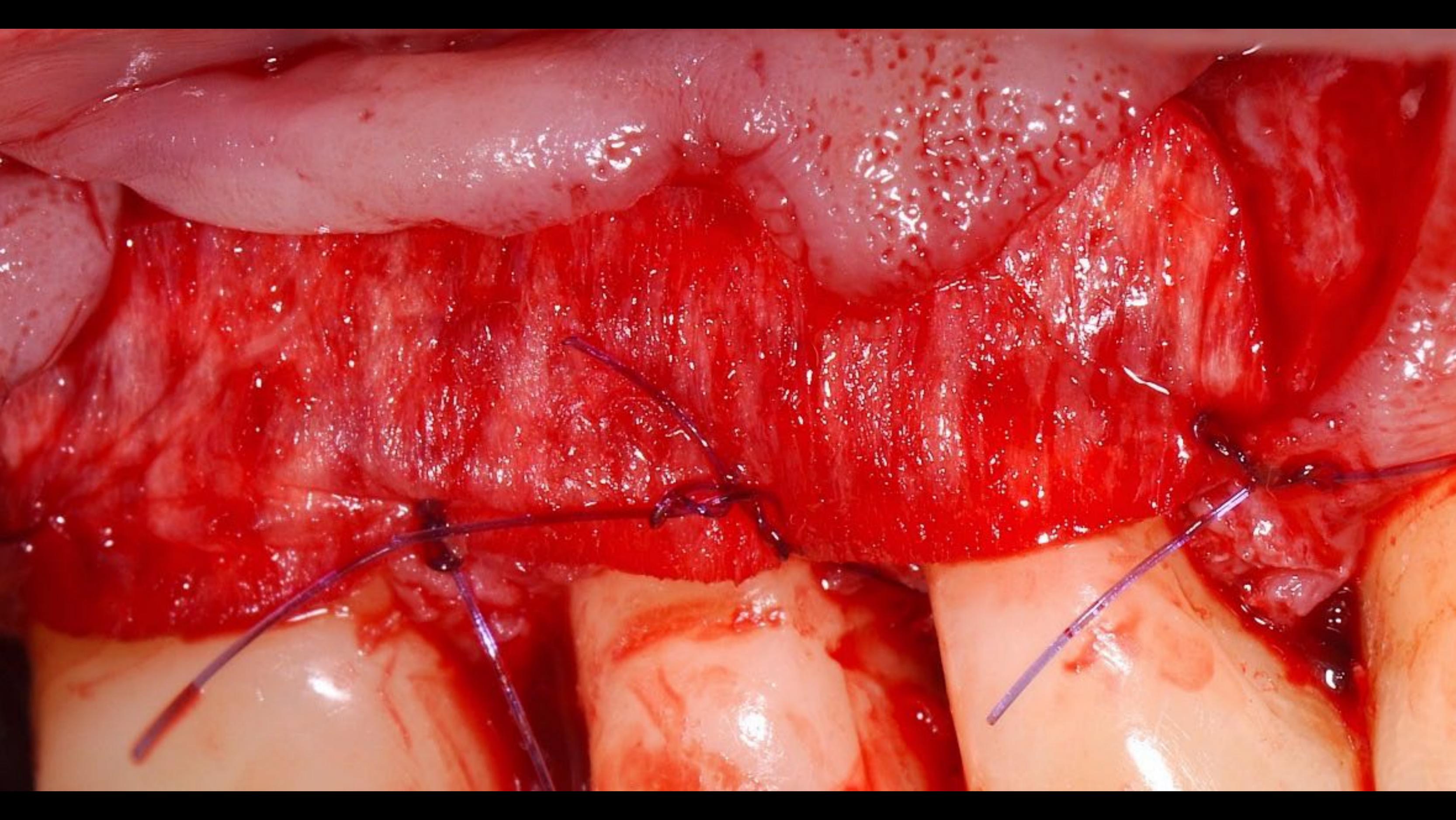
Описание слайда 138

Этап обработки поверхностей корней в области 16-15-14 с применением 17% ЭДТА, 2 минуты.



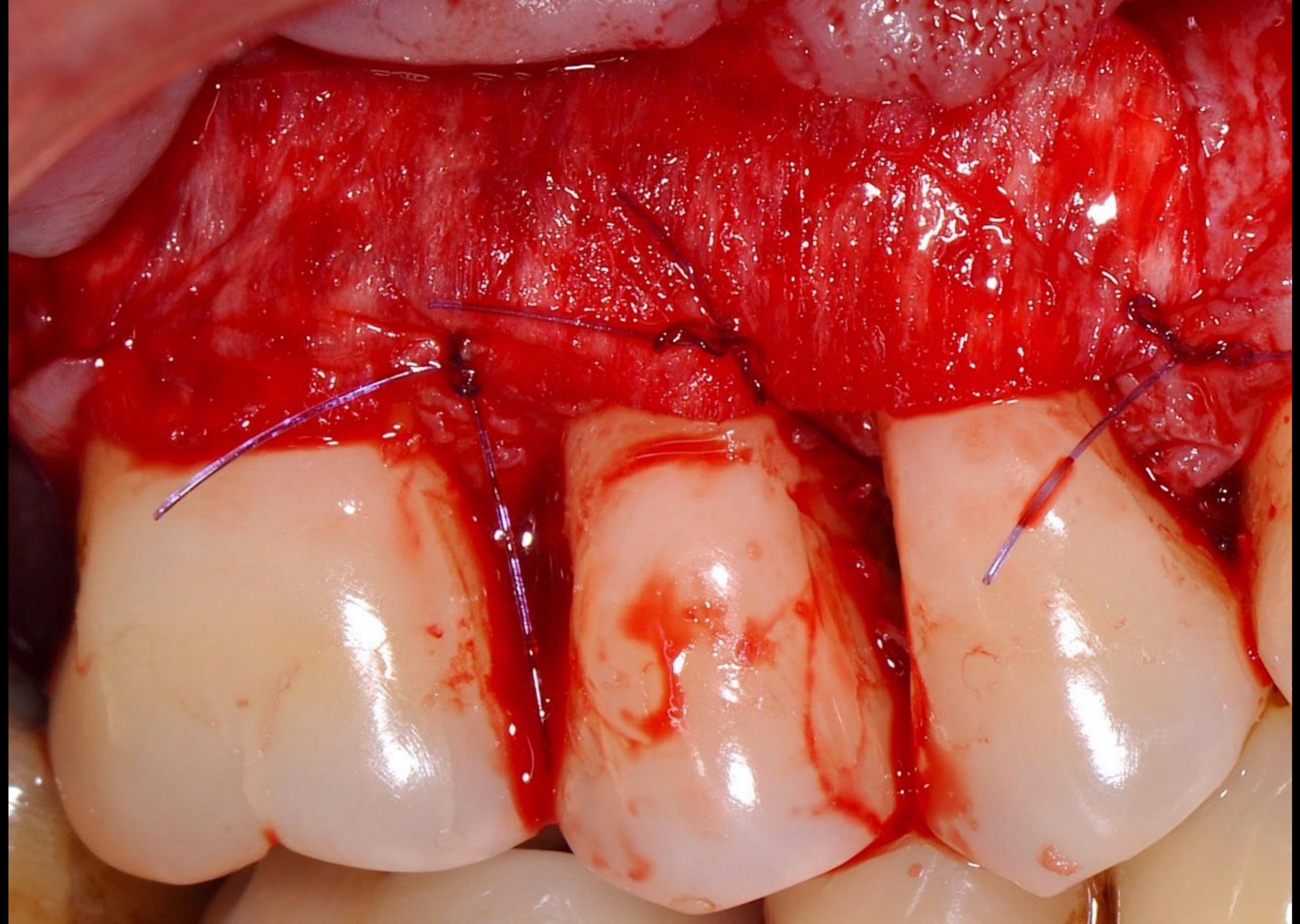
Описание слайда 139

Нанесение ЭДТА геля для буферизации бесклеточного цемента корня зуба.



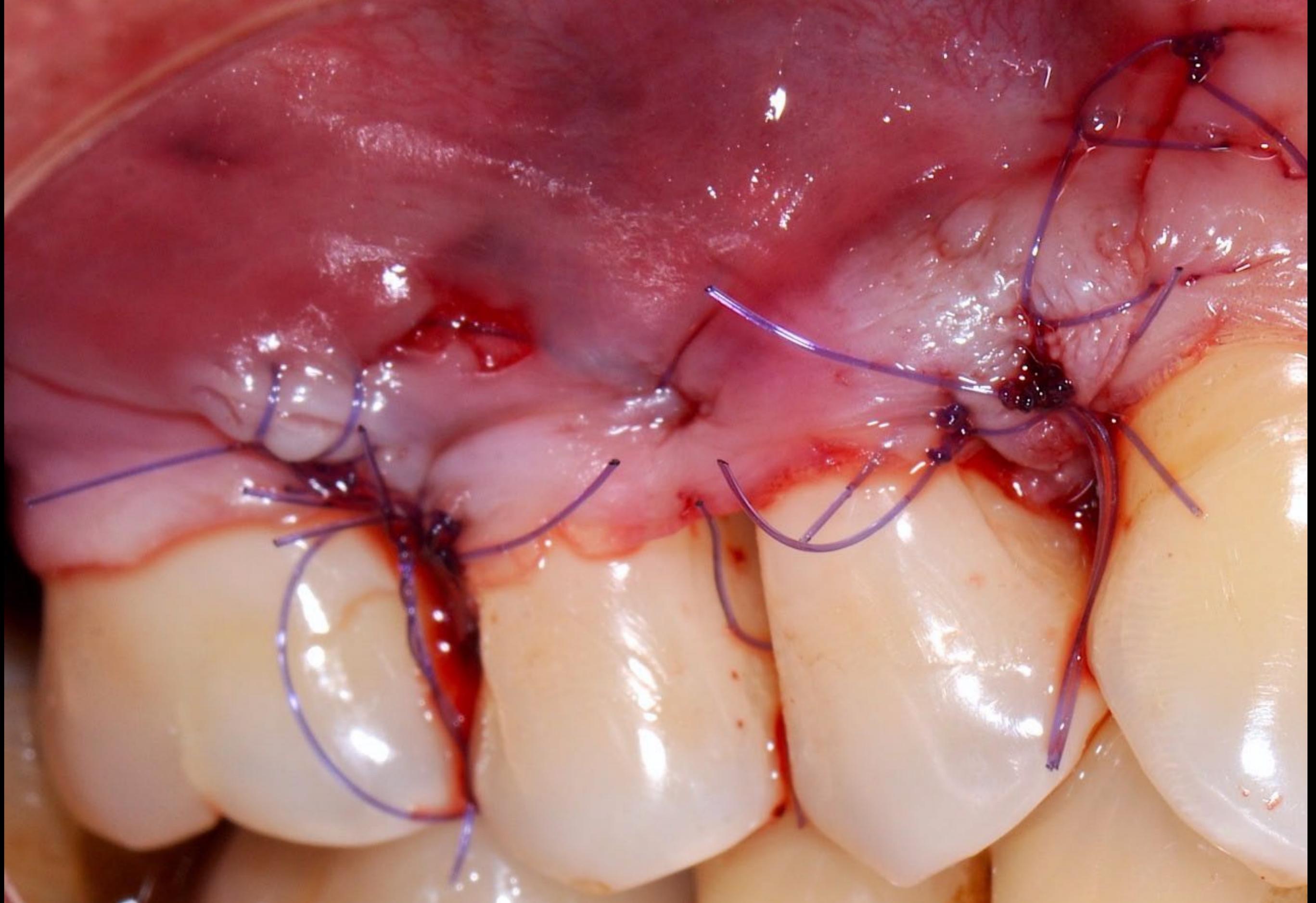
Описание слайда 140

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



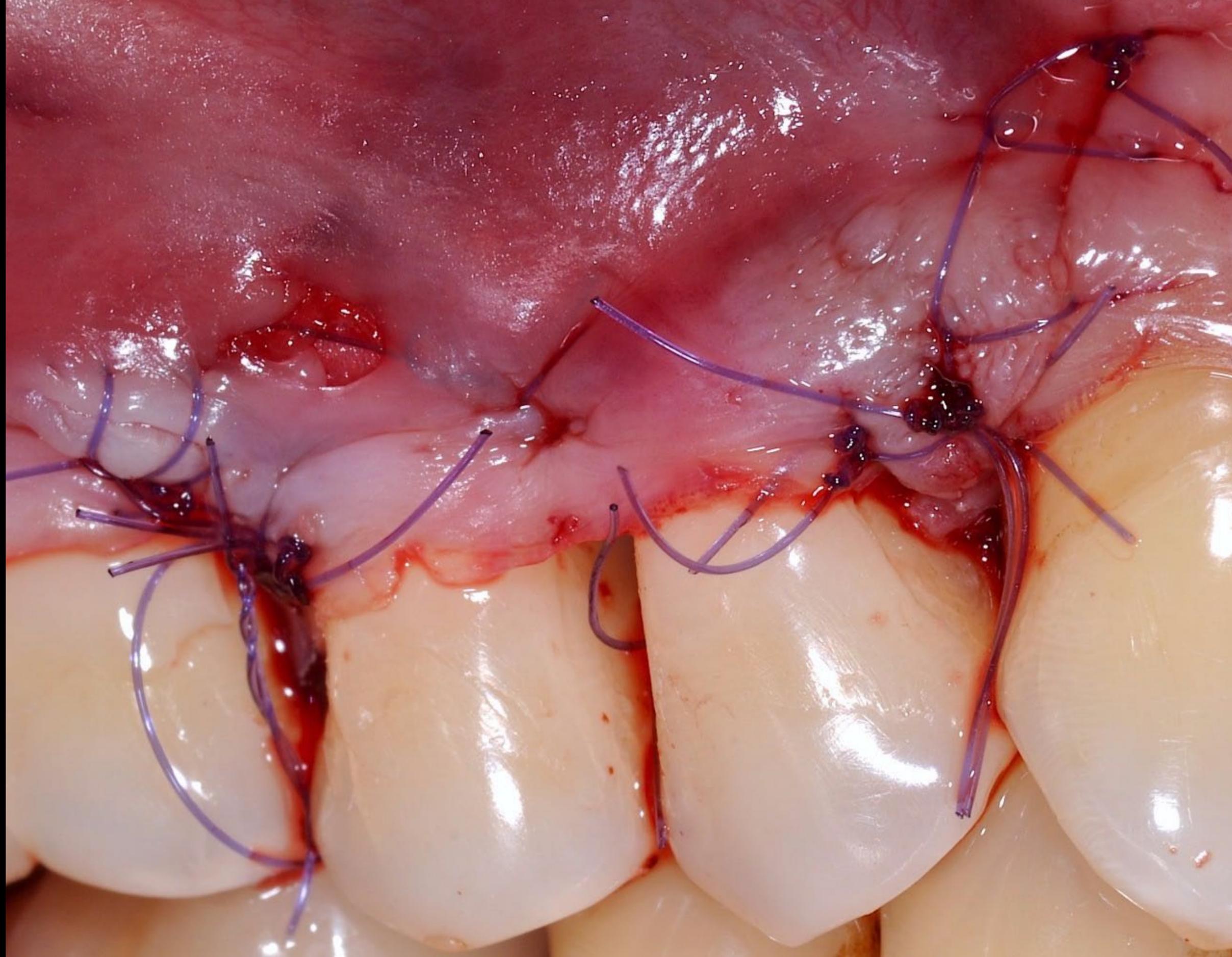
Описание слайда 141

Пропитанная кровью регидратированная ТМО, зафиксированная в области зубов.



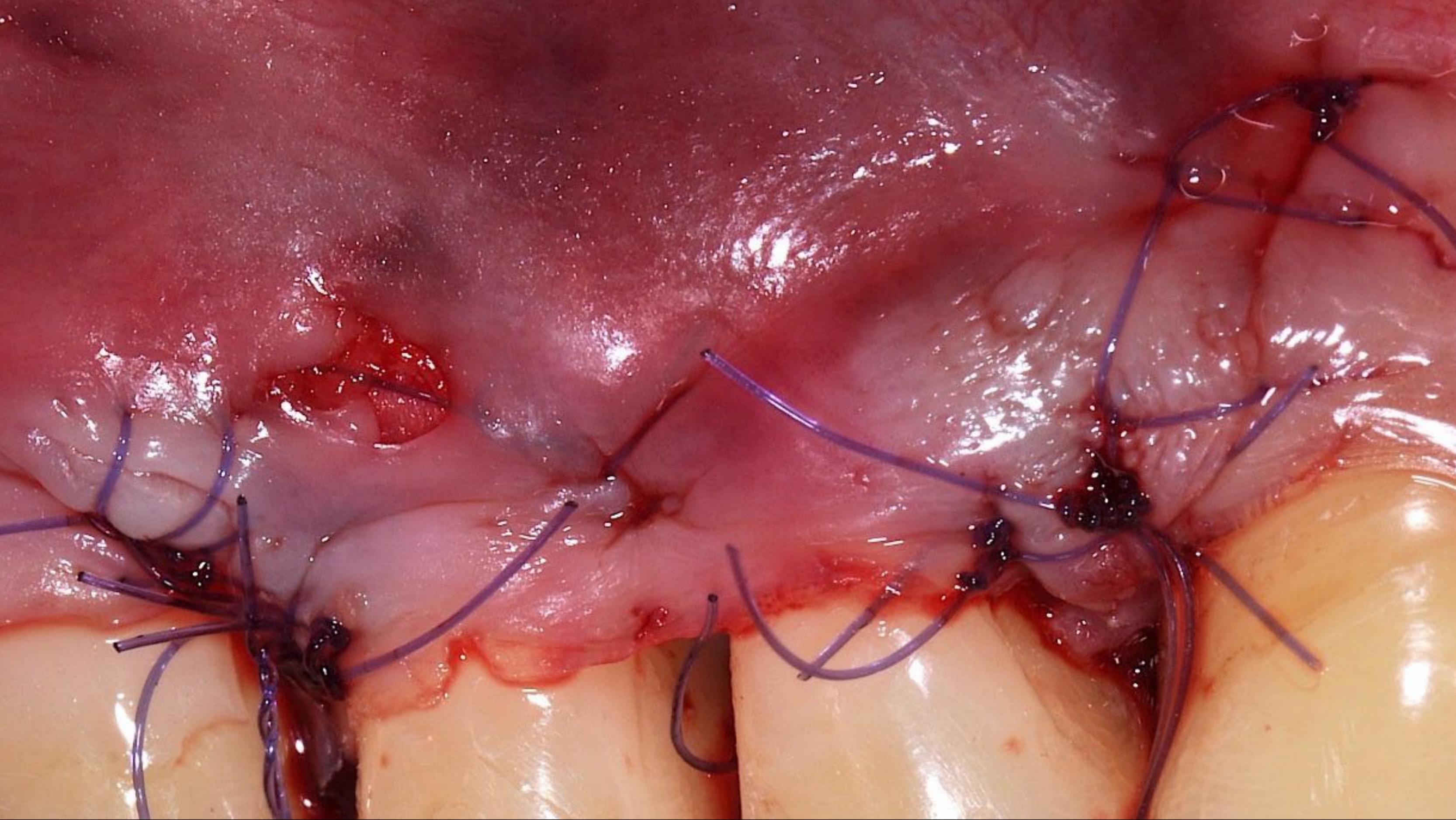
Описание слайда 142

Фиксированный СНЛ. В области 14-15 корональное перемещение, а 16 - латеральное и корональное с ушиваем вертикального латерального разреза.



Описание слайда 143

Окончательная фиксация СНЛ. Произошла перфорация из-за тонкого биотипа десны.



Описание слайда 144

Детальное изучение швов в области фиксированного СНЛ.



Описание слайда 145

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



Описание слайда 146

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



Описание слайда 147

Состояние тканей пародонта на этапе снятия швов.



Описание слайда 148

Обратите внимание на флотацию СНЛ в области зуба 16.



Описание слайда 149

Обратите внимание на состоятельность швов. Отсутствие полной эпителизации.



Описание слайда 150

Флотация десны в области 16.



Описание слайда 151

Видно, что недостаточная мобилизация, поэтому СНЛ отъехал
наверх.



Описание слайда 152

Сравнение исходной картины и картины через 14 дней.



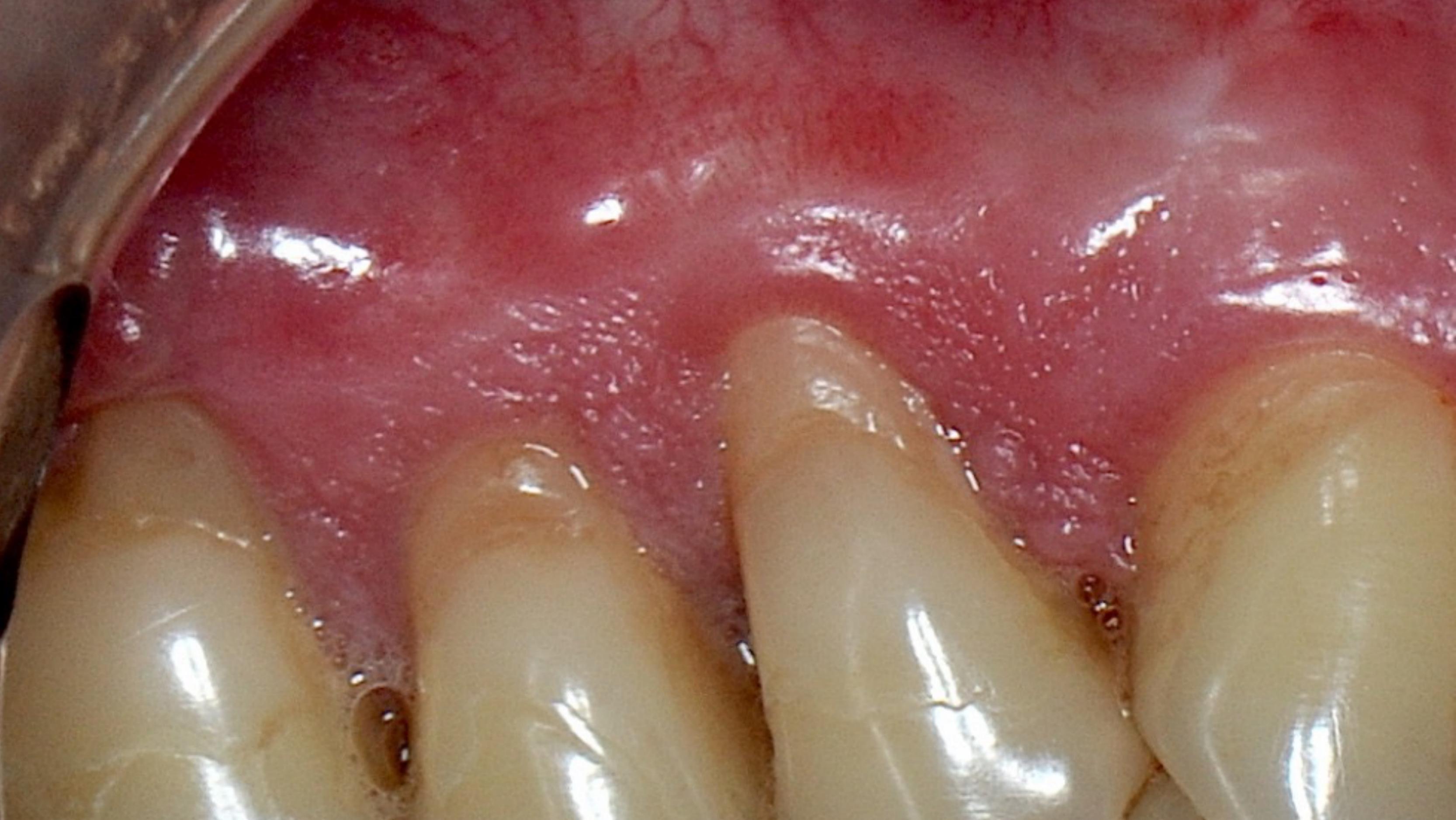
Описание слайда 153

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.



Описание слайда 154

Состояние тканей пародонта через 6 месяцев после операции. Флотации нет. ЗДК плотные, 1,5-2 мм зондирование. Увеличение МЗС.



Описание слайда 155

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



Описание слайда 156

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



Описание слайда 157

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



Описание слайда 158

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



Описание слайда 159

Измерение РРД 16 зуба.



Описание слайда 160

Измерение РРД 15 зуба.



Описание слайда 161

Измерение РРД 14 зуба.



Описание слайда 162

Измерение РРД 13 зуба.



Описание слайда 163

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.



Описание слайда 164

Измерение РРД 16 зуба через 3,5 года.



Описание слайда 165

Измерение РРД 15 зуба через 3,5 года.



Описание слайда 166

Измерение РРД 14 зуба через 3,5 года.