

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

Часть 1

Мария Александровна Носова

Алексей Шаров

2021 год

Описание слайда 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 объёма десны перед ортодонтическим лечением.
9. Осложнения.
10. Использование ТМО Лиопласт.

Описание слайда 2

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	Конституция (Черноруцки и М.В., 1927)	Тип кости (Lechkolm и Zarb, 1983)	Объем кости	Объем десны (биотип)	Точки крепления мышц	Форма зубного ряда	Форма/размер зубов	Межальвеолярное расстояние	Гигиенические индексы
Значения и статусы	Гиперстения	1	Первичная дегисценция	Очень толстый (более 3 мм)	Определяются по анатомическому атласу, при тонком биотипе пальпирование м Зубы: 13,14, 23, 24, 33, 43; от 44-го до 34-го зубов высокое прикрепление слизисто-мышечных тяжей	Эллипсоидная, с незначительным сужением в области преоляров на верхней челюсти; во фронтальных участках верхней и нижней челюстей окклюзия в протруссии	Зубы крупные, вытянутые по форме	Межальвеолярный контакт в норме, прикус ортогнатический	IG - 1,2 (HYG)
	Нормстения	2	Вторичная дегисценция	Толстый (2-3 мм)					PI – 6
	Астения	3	Атрофия в пределах нормы	Средний (1-2 мм)					GI – 0
	Атрофия	4	Исключающая операцию атрофия	Тонкий (менее 1 мм)					PBI – 0
Комментарий (зачем это учитывать или на что влияет?)	Влияет на склонность к атрофии и процессы регенерации	Влияет на выбор плана зубосохраняющих операций	Влияет на прогнозируемую атрофию кости и десны	Влияет на выбор протокола операции и пластика материала	Влияют на натяжение слизисто-мышечных тяжей и слизисто-надкостничного лоскута	Влияет на фиксацию пластического материала и ротацию слизисто-надкостничного лоскута	Влияет на необходимый размер пластического материала и выбор метода одонтопластики	Влияет на наличие суперконтактов и определяет послеоперационную перегрузку по прикусу	Влияет на послеоперационное состояние, риск воспаления, отдаленный результат

Описание слайда 3

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. Объём костной ткани. Первичная дегисценция. Вторичная дегисценция, Атрофия в пределах нормы. Атрофия, которая исключает возможность оперативного лечения. 4. Объём десны или так называемый биотип десны. Общепринятая 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.

Описание слайда 3.2

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 тяжей. 6. Форма зубного ряда. Также будет иметь значение при планировании операций, особенно для устранения множественных рецензий 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 объём, 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.

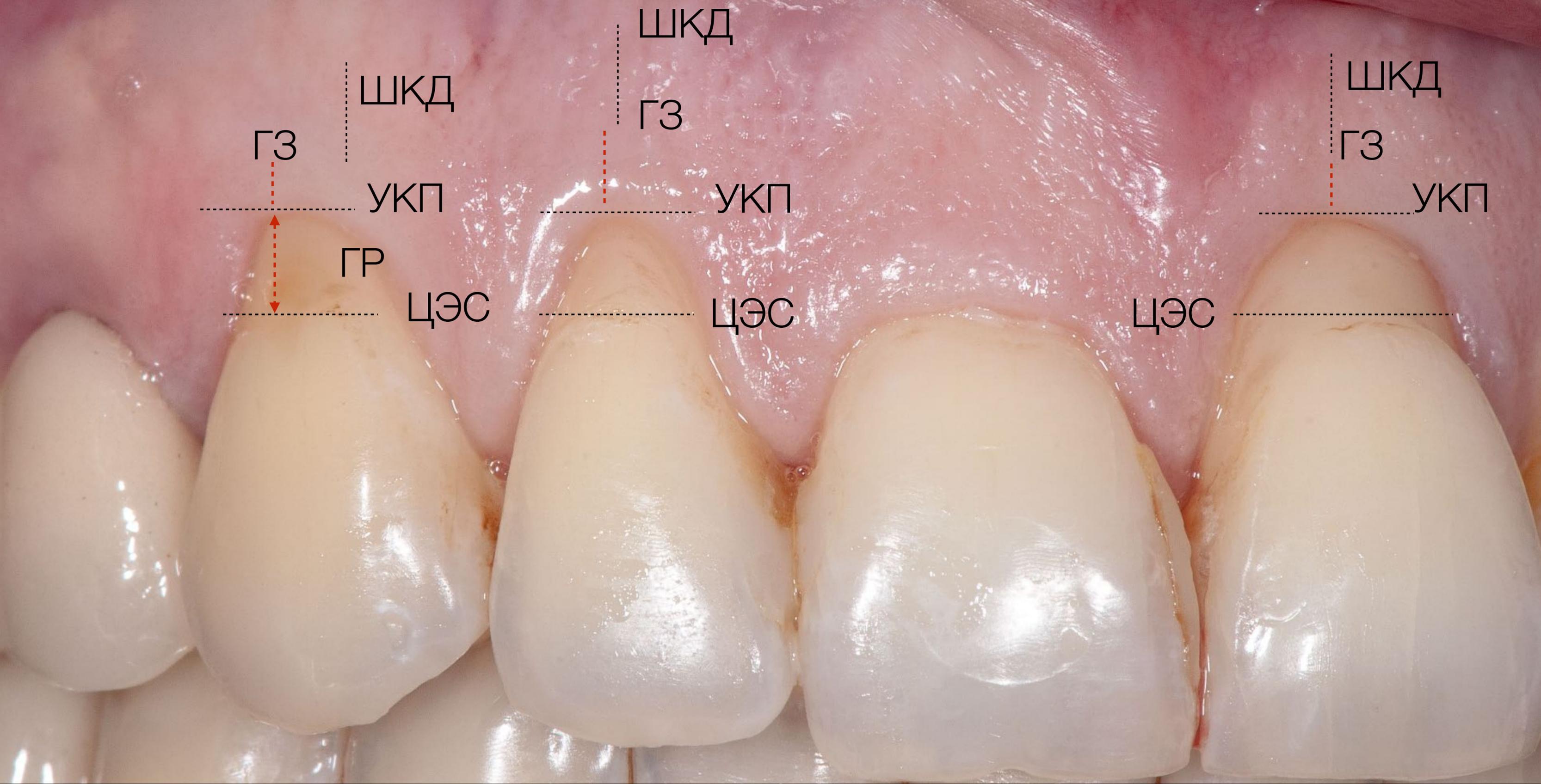
Сокращения

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

Описание слайда 4

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 деэпителизированный 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.

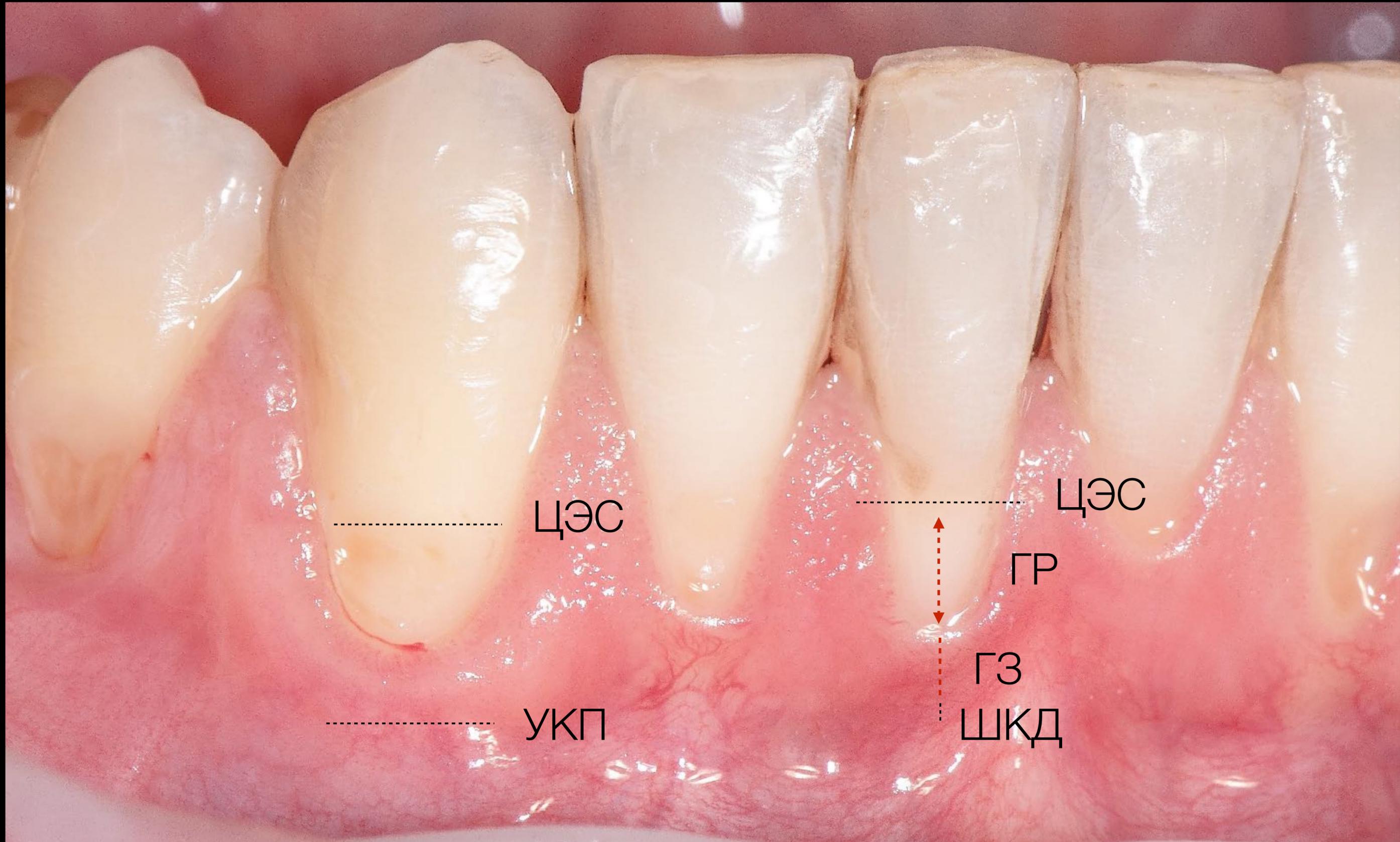
Классификация рецессий по Миллеру (1983)



Описание слайда 5

Классификация рецессий дань 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.

Классификация рецессий по Миллеру (1983)



Описание слайда 6

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.

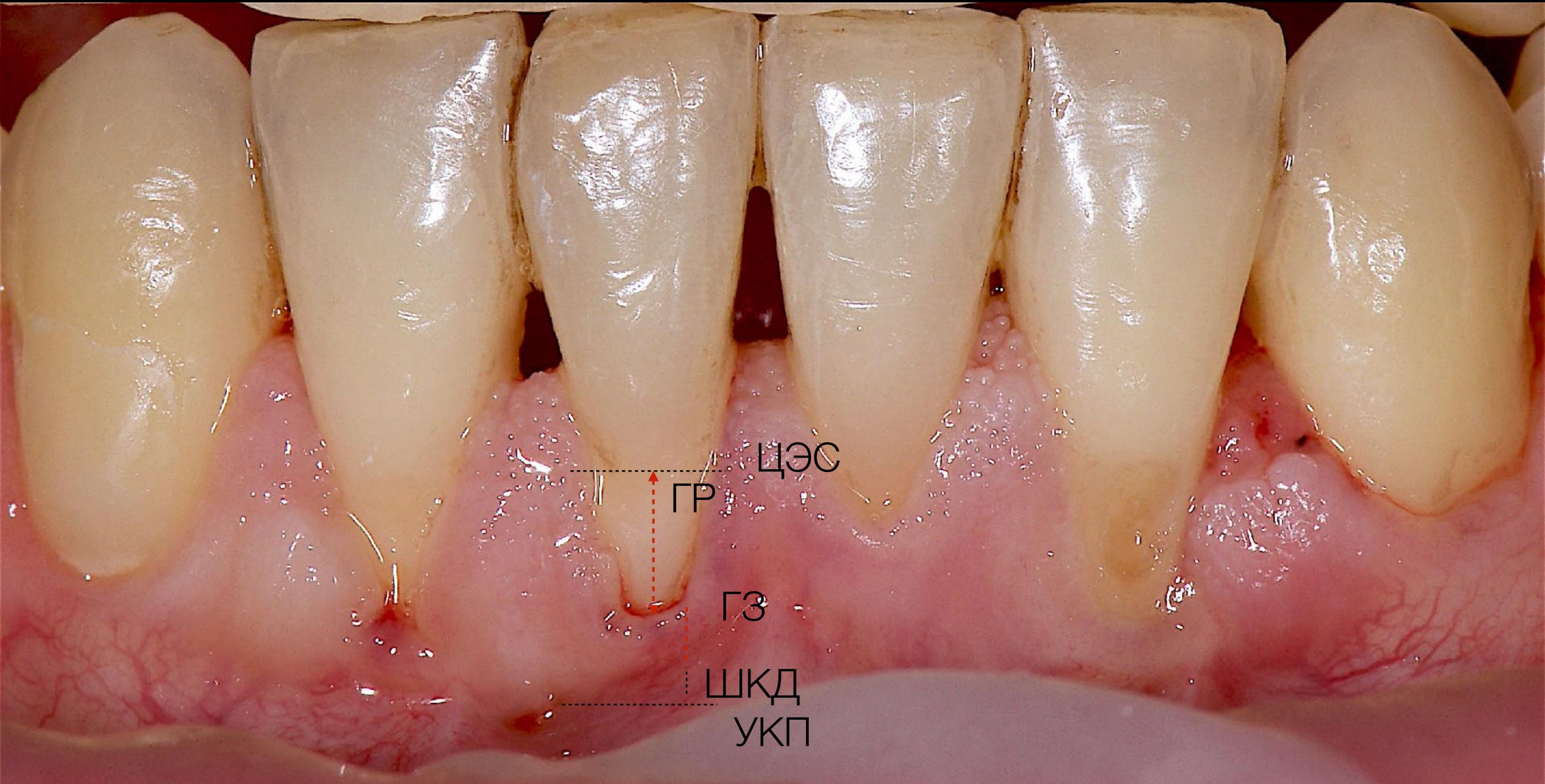
Классификация рецессий по Миллеру (1983)



Описание слайда 7

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

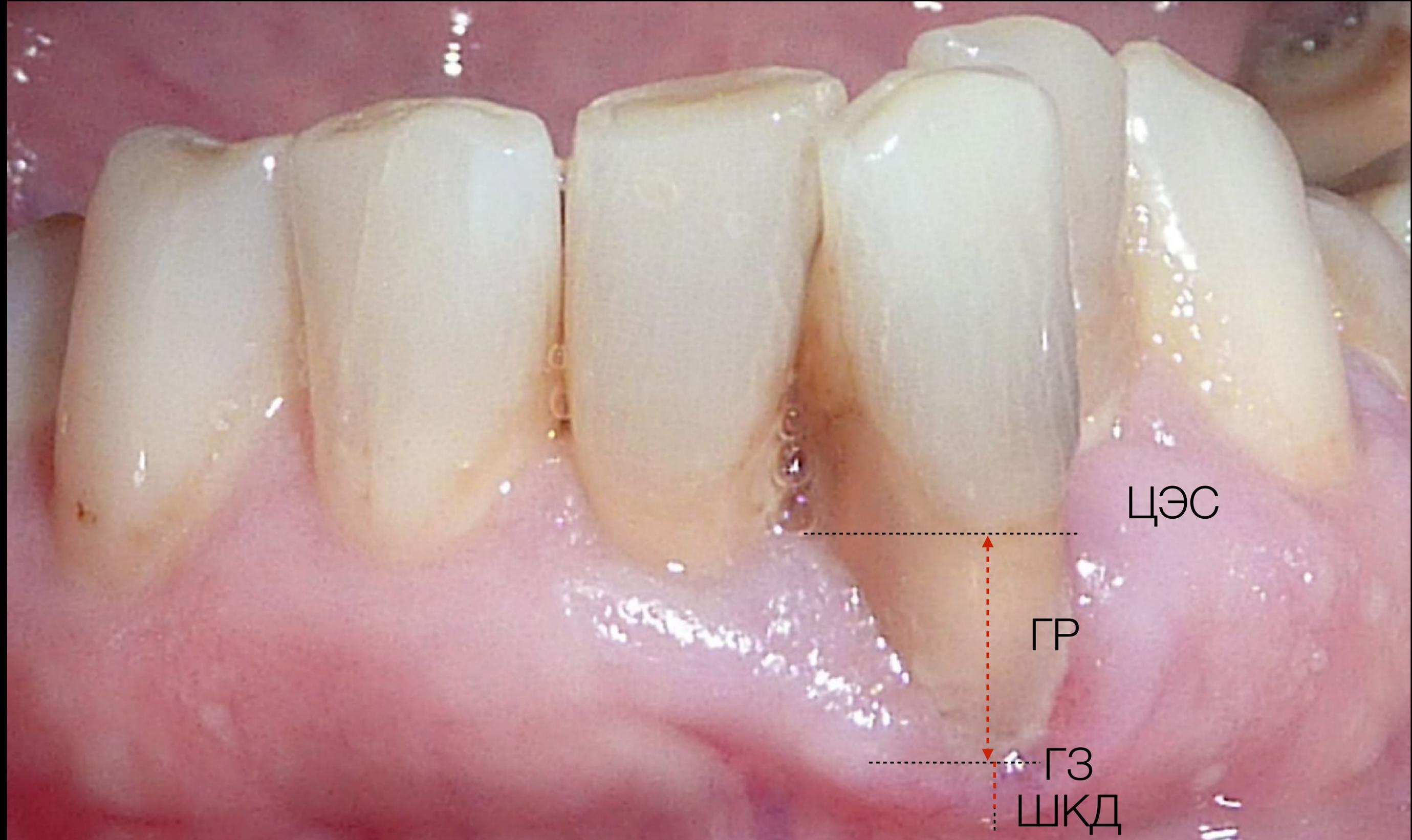
Классификация рецессий по Миллеру (1983)



Описание слайда 8

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.

Классификация рецессий по Миллеру (1983)



Описание слайда 9

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

НОРМА



ЦЭСv - Цементно-эмалевая граница на вестибулярной поверхности;

ЦЭСк - Цементно-эмалевая граница на контактной поверхности;

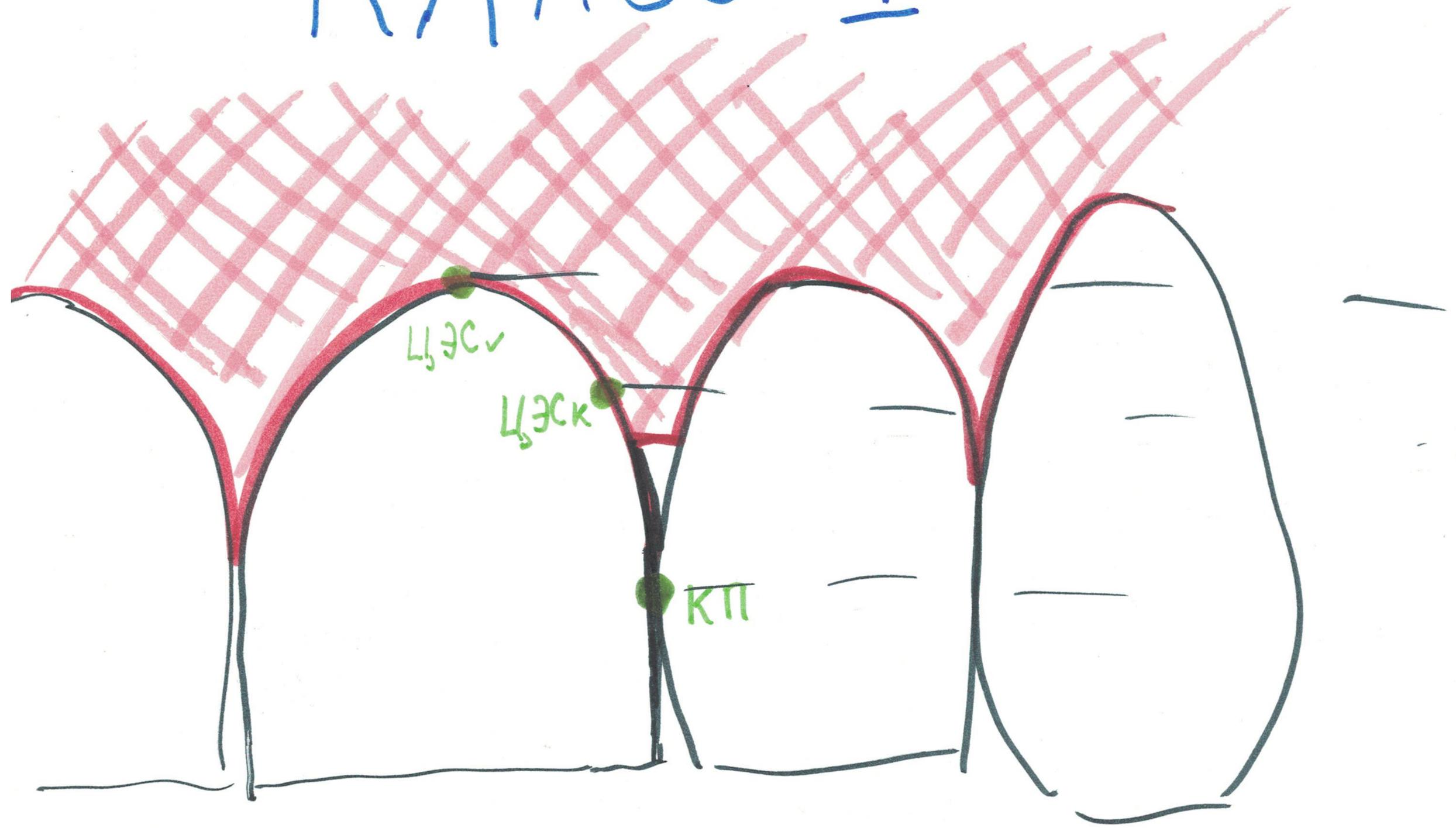
КП - контактный пункт

Описание слайда 10

Классификация говорит об убыли межзубного сосочка, но никак не учитывает само значение убыли при выборе методики операции. Поэтому рассмотрим еще одну классификации 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

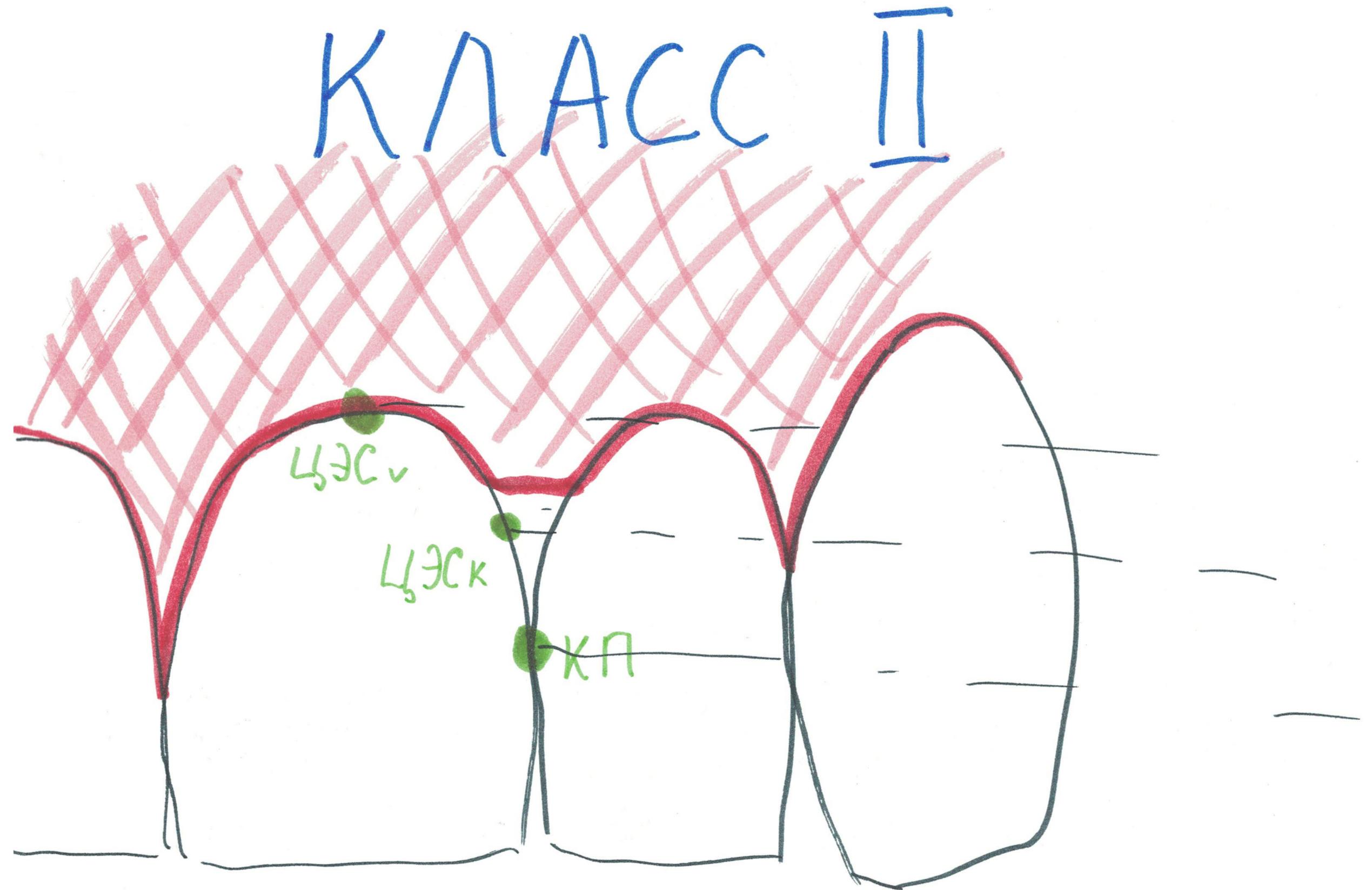
КЛАСС I



Описание слайда 11

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.

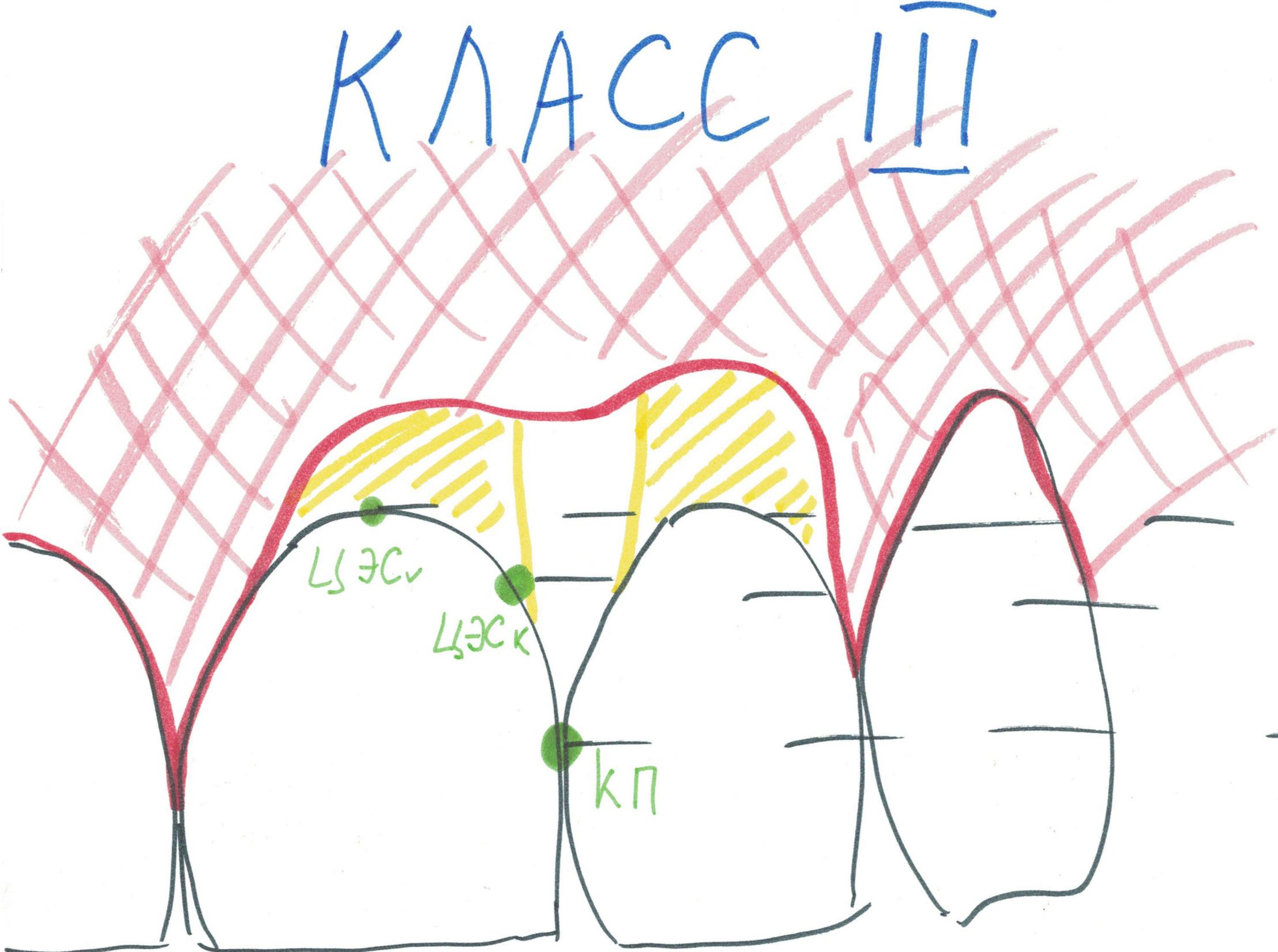
Классификация убыли сосочка по Тарноу



Описание слайда 12

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

Классификация убыли сосочка по Тарноу



Описание слайда 13

Класс 3 убыли сосочка по Тарноу. Сосочку рецензирован выше ЦЭС вестибулярной поверхностью. Чаще всего это сочетается с рецессиями поверхности корней или одного корня 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.

Описание слайда 14

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 на выбор метода, послеоперационный период и результат лечения.

Описание слайда 15

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 поставив параметры рецессий по классификациям Миллера, Тарноу и с учетом других показателей - можно выбирать метод. Единственный класс где отсутствует метод лечения как 100% рекомендованный - это 4 класс. При убыли сосочка по 3 классу, который можно прогнозировано 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 в 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

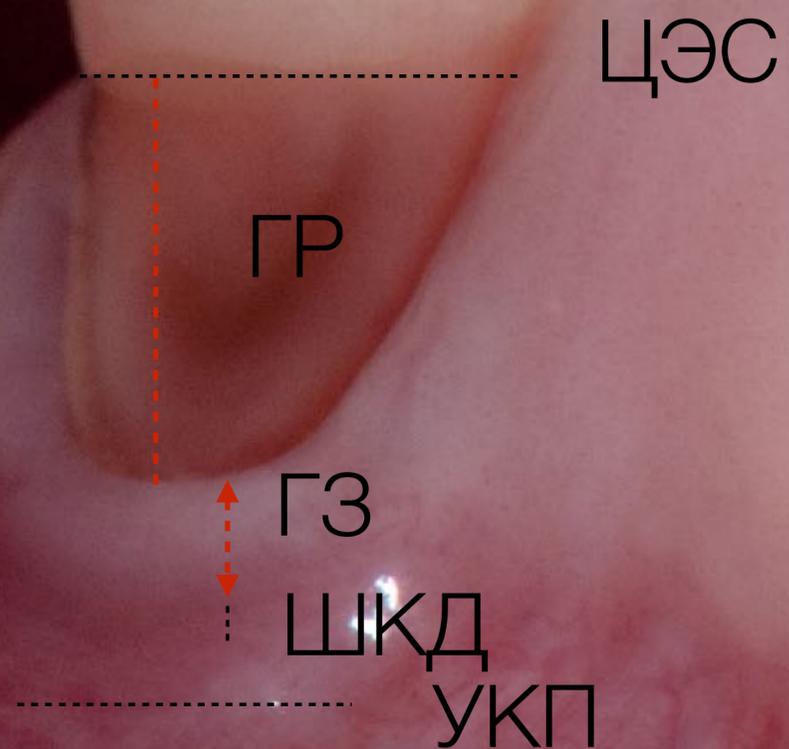
Показания:

- 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.

Описание слайда 16

Протокол операции коронально-апикального смещения слизисто-надкостничного лоскута в целях устранения одиночной рецессии. Показания: 1 класс по Миллеру - однослойная методика. Также применяется при высоком УКП и при рецензиях 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. прогностически устранение рецессий 3 класса ниже, чем при 2 и 1 классе методом коронального смещения.

Каким методом оперируем?



Описание слайда 17

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

Описание слайда 18

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 пародонта 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.

аутотранс плантат/ 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					% закрyti я 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	-

Описание слайда 19

Представлен пример заполнения таблицы у фактической пациентки. В самом крайнем левом столбике показано: в каком случае применялся какой трансплантат: где применялся аутооттрансплантат, 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

Описание слайда 20

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

Описание слайда 21

Возвращаясь к протоколу коронального смещения рассмотрим противопоказания. 1. Это 4 класс по Миллеру, так как там отсутствует межзубной сосочек, что очень важно при данной методике. 2. 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 слищисто-десневого соединения.

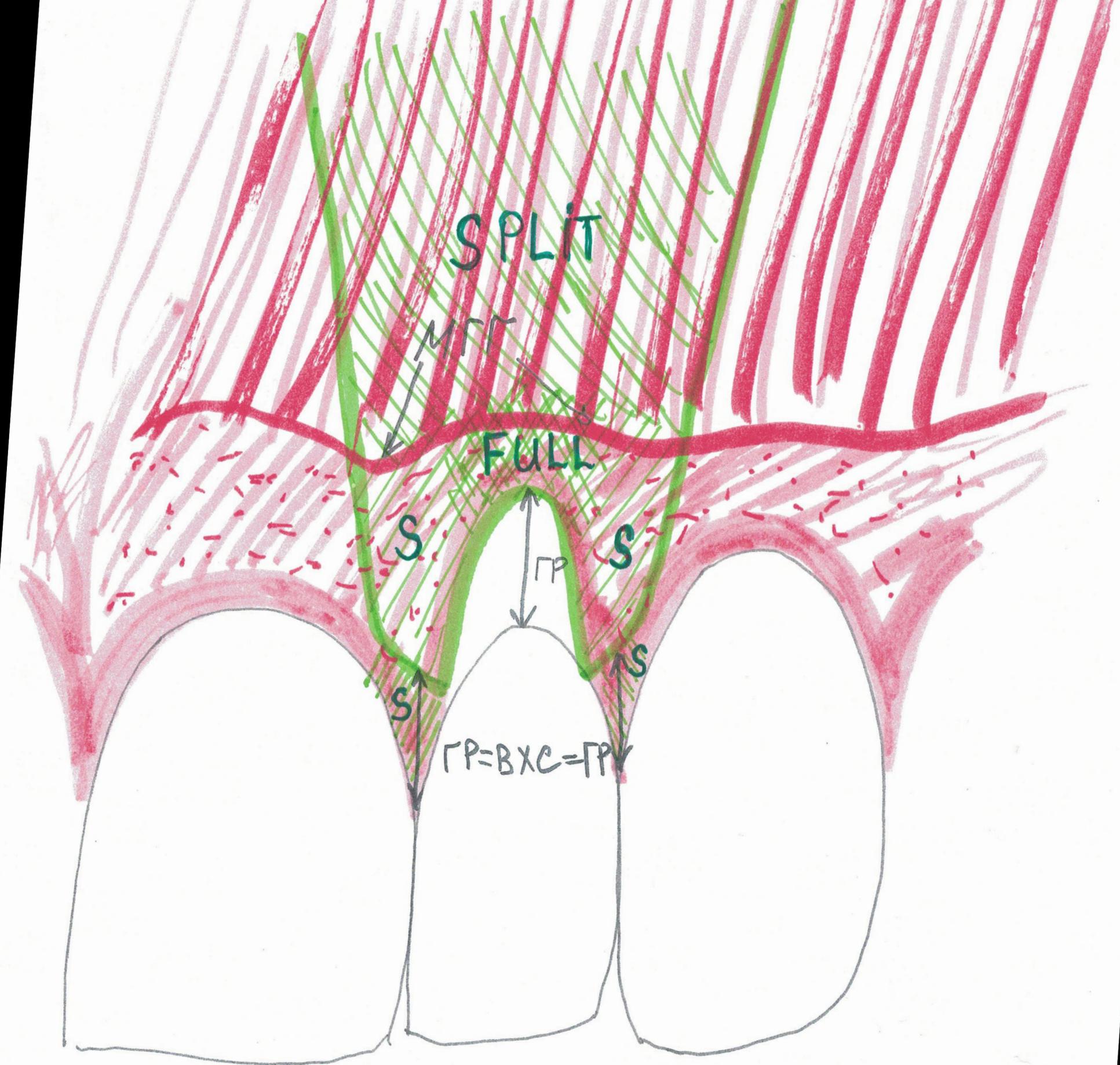
Корональное смещение

Методика операции:

1. Разрез;
2. Моделирование хирургических сосочков;
3. Формирование СНЛ, СРЛ;
4. Деэпителизация анатомических сосочков;
5. Обработка поверхности корня зуба;
6. Удаление бесклеточного цемента корня зуба;
7. Мобилизация СНЛ;
8. Если двухслойная методика, то установка и фиксация мембраны или СДДТ;
9. Сопоставление хирургических и анатомических сосочков;
10. Фиксация СНЛ.

Описание слайда 22

Методика операции коронального смещения. 1. Разрез. 2. Моделирование хирургических сосочков. 3. Формирование СНЛ и слизисто-расщепленного лоскута. 4. Деэпителизация анатомических сосочков. 5. Обработка поверхности корня. 6. Удаление бесклеточного цемента корня зуба. 7. Мобилизация СНЛ, если мы используем 2-слойную методику, то установка и фиксация пластического материала. 8. Сопоставление хирургических и анатомических сосочков. 9. Фиксация СНЛ. Рассмотрим детально каждый из этих этапов.



SPLIT

MFF

FULL

S

S

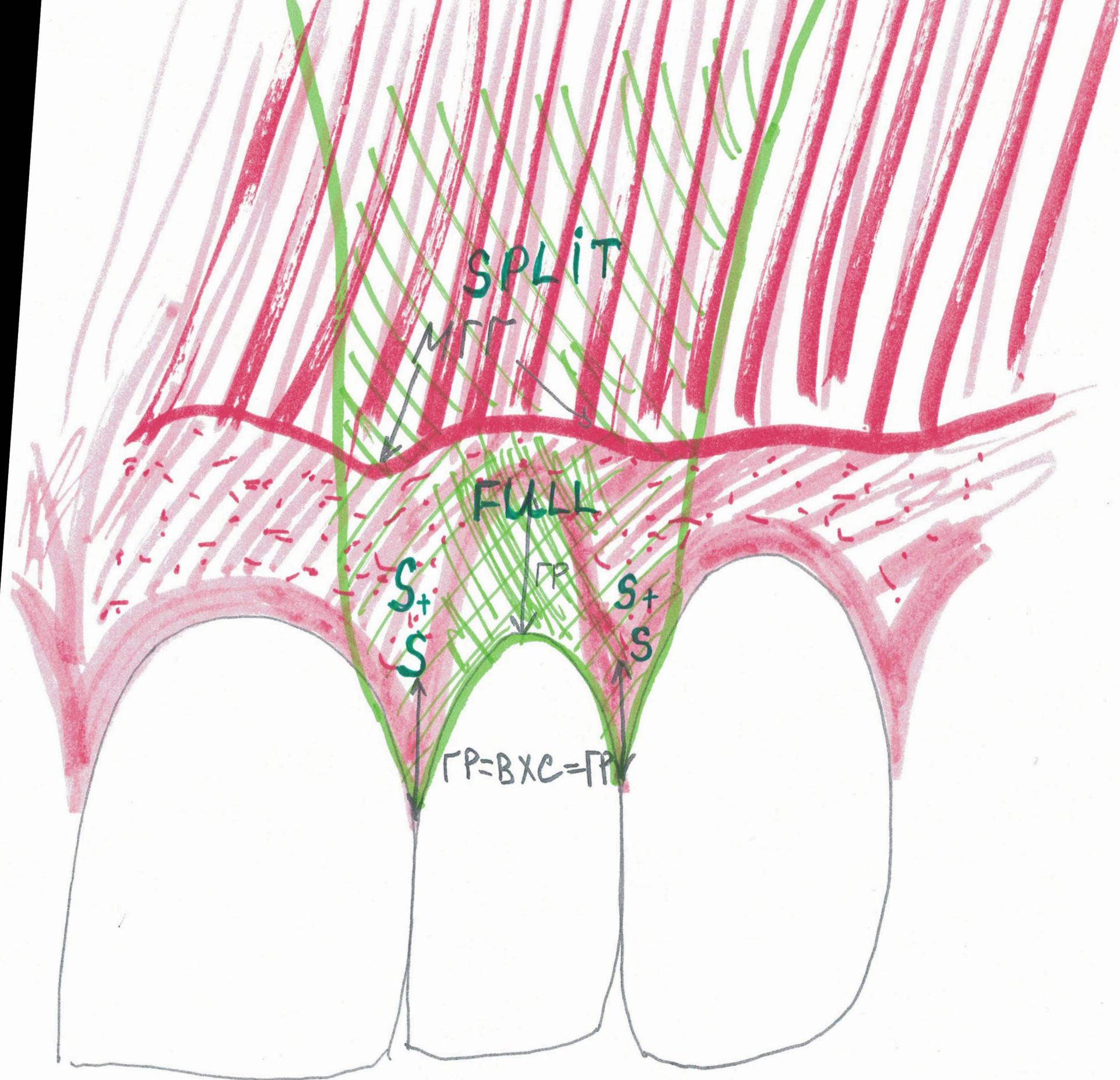
S

S

$$\Gamma P = B \times C = \Gamma P$$

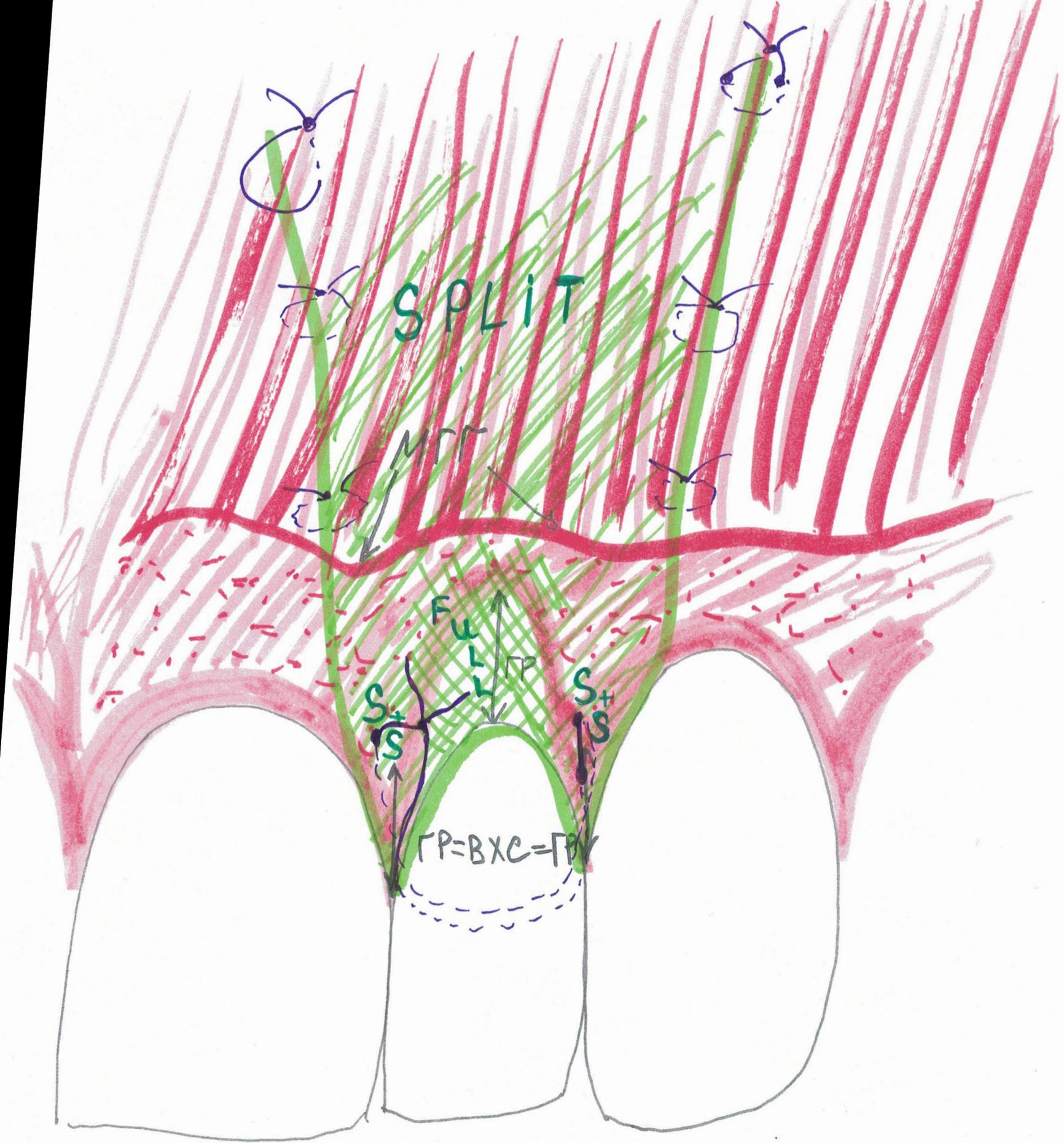
Описание слайда 23

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 апроксимальных 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 апроксимальных 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.



Описание слайда 24

Посмотрим как будет смещаться колониально уже нами смоделированный лоскут путем совмещения сосочков хирургических с анатомическими. Предварительно анатомические сосочки мы тоже дезэпителизировали, 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.



Описание слайда 25

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 положении слизисто-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.

Описание слайда 26

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.

Описание слайда 27

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 аллергостатуса пациента. Или при применении ТМО назначается десенсибилизирующие средства.



Клинический пример №1

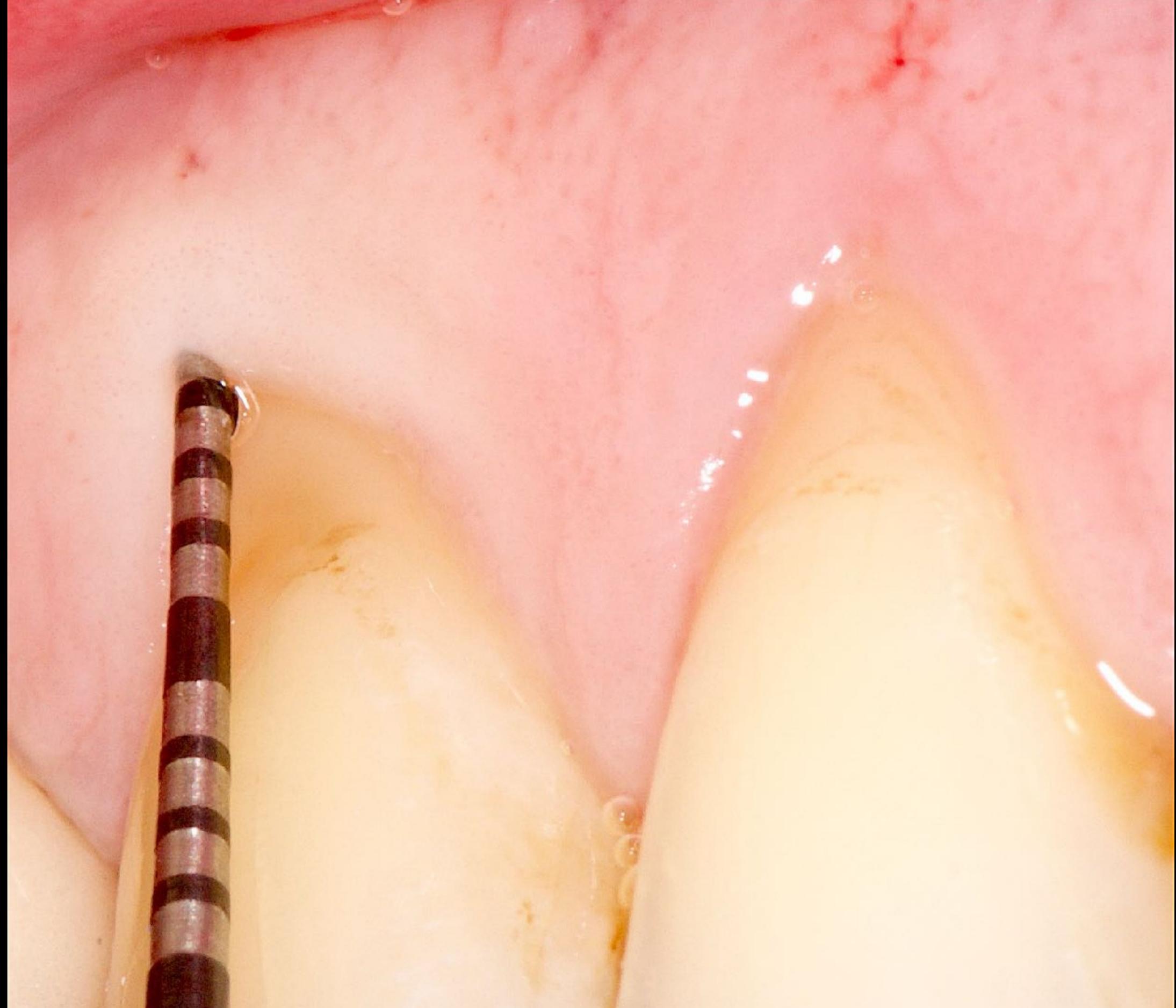
Описание слайда 28

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



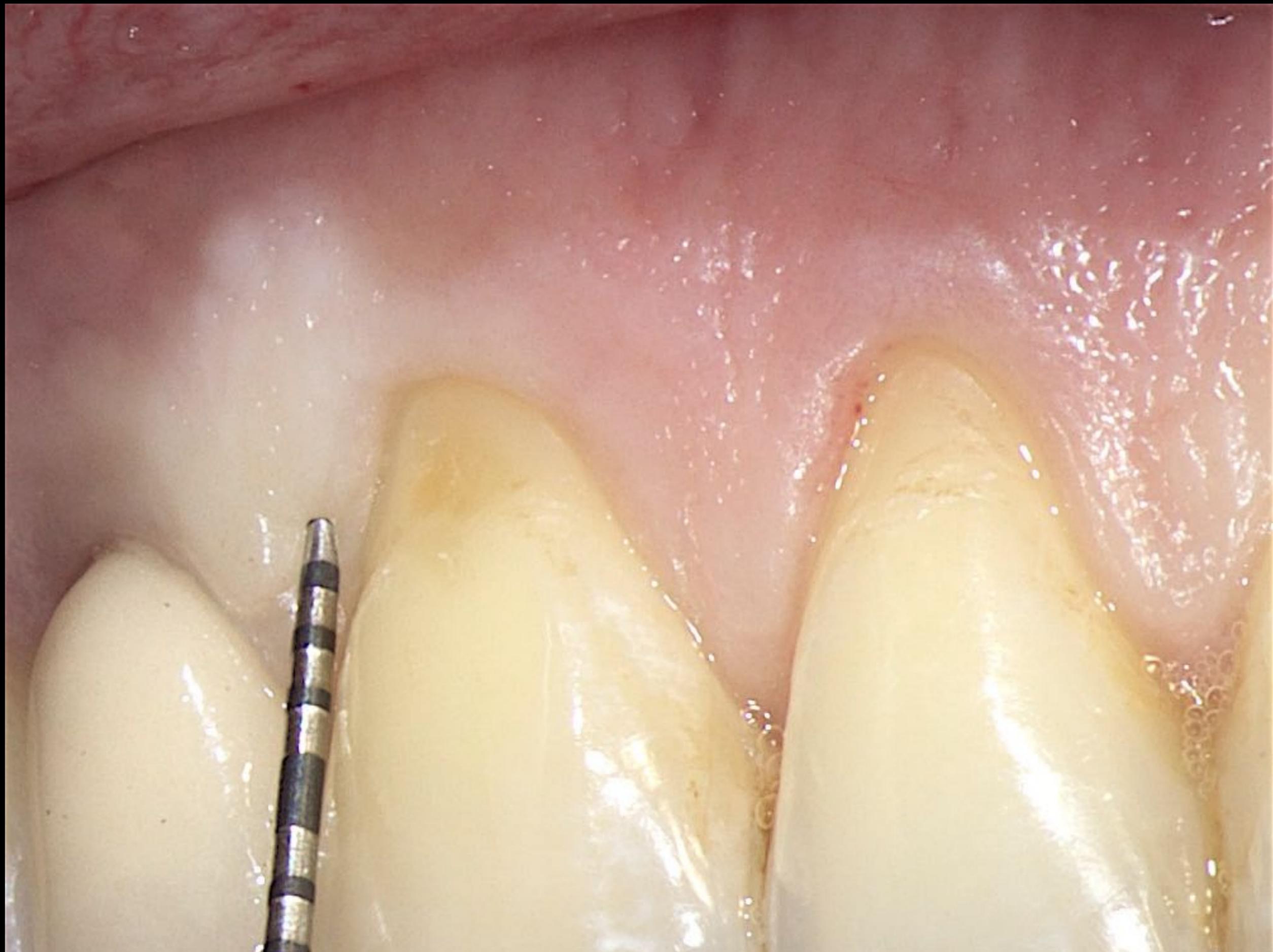
Описание слайда 29

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



Описание слайда 30

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



Описание слайда 31

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



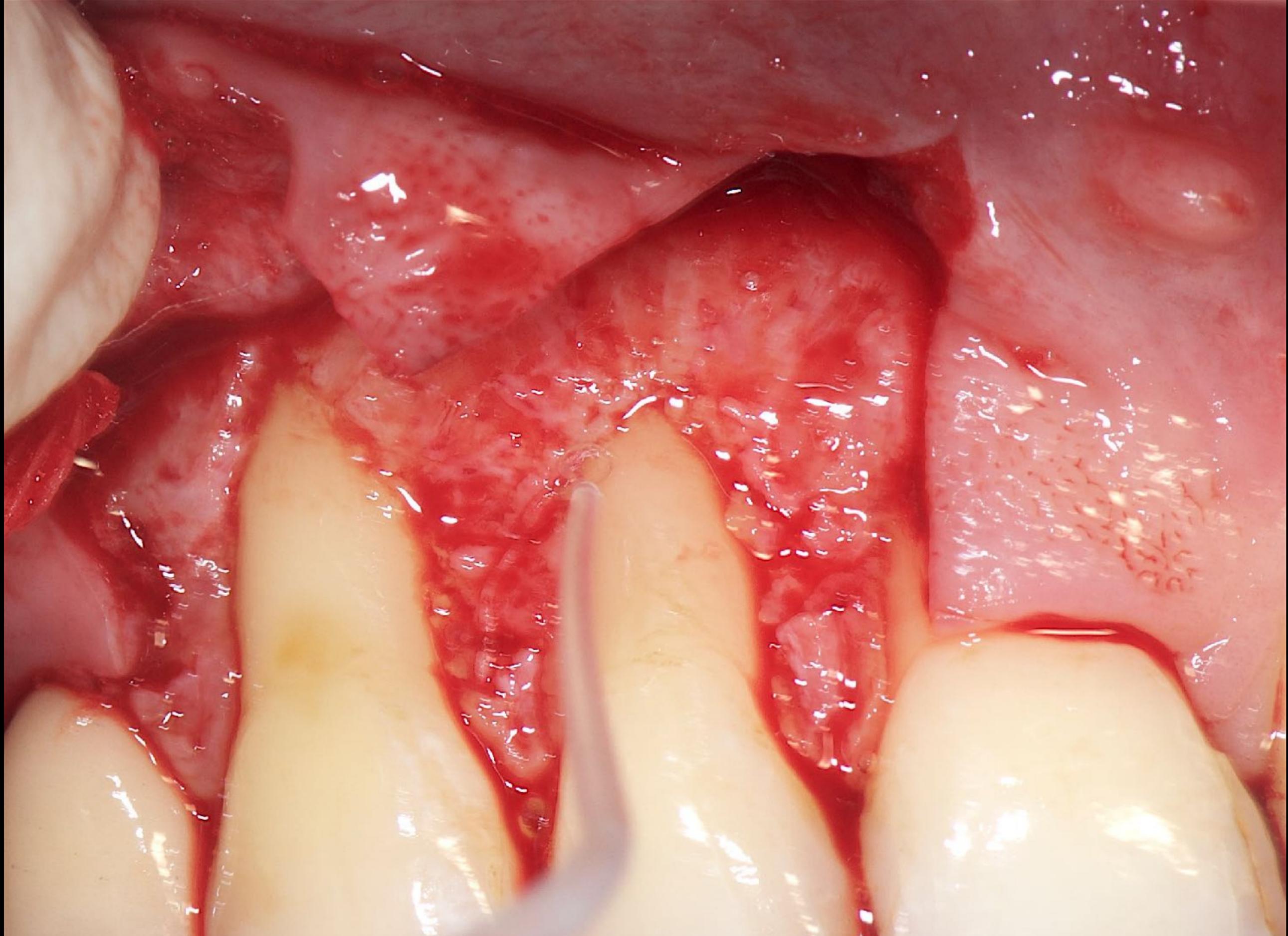
Описание слайда 32

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



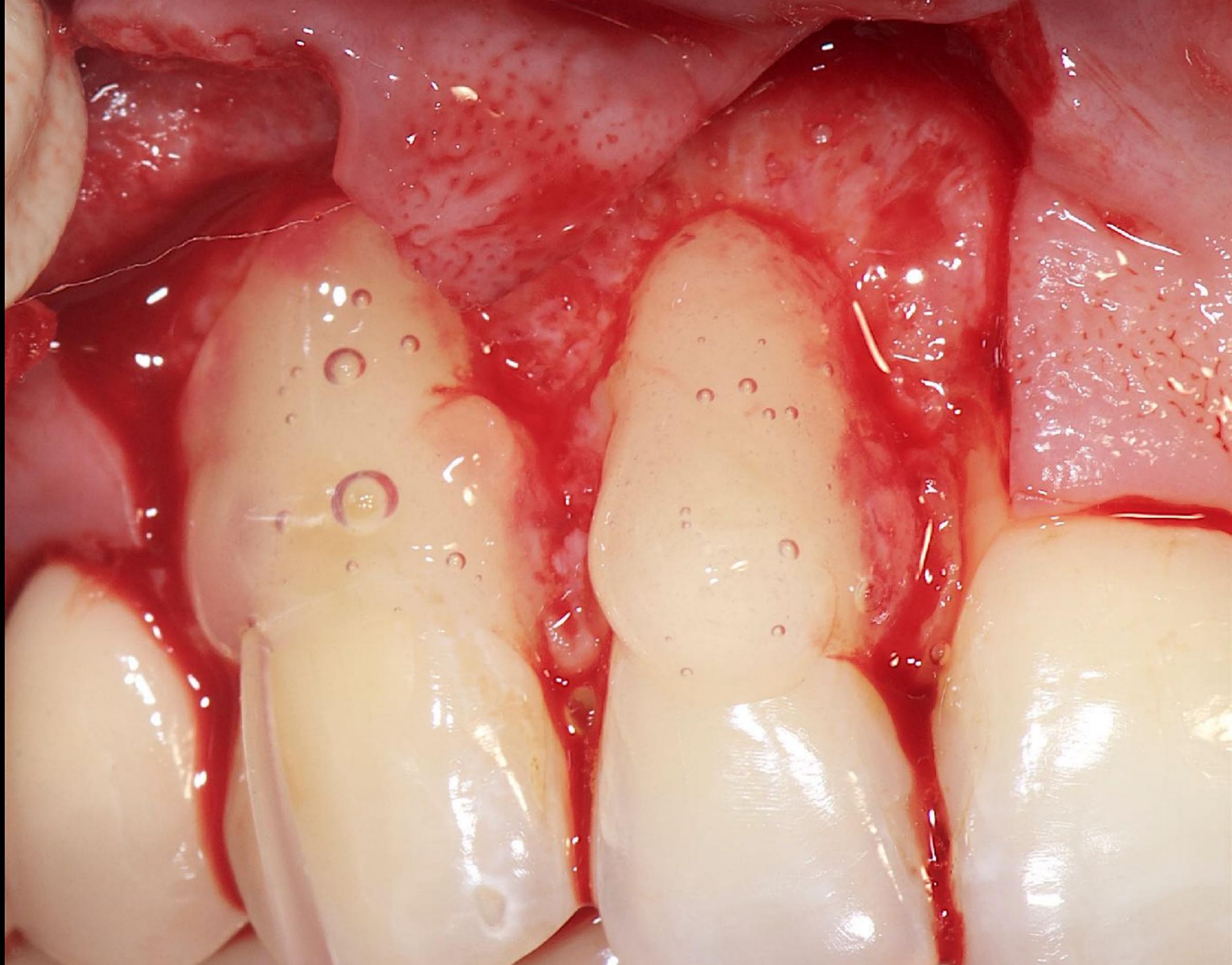
Описание слайда 33

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 ушивали операционной раны.



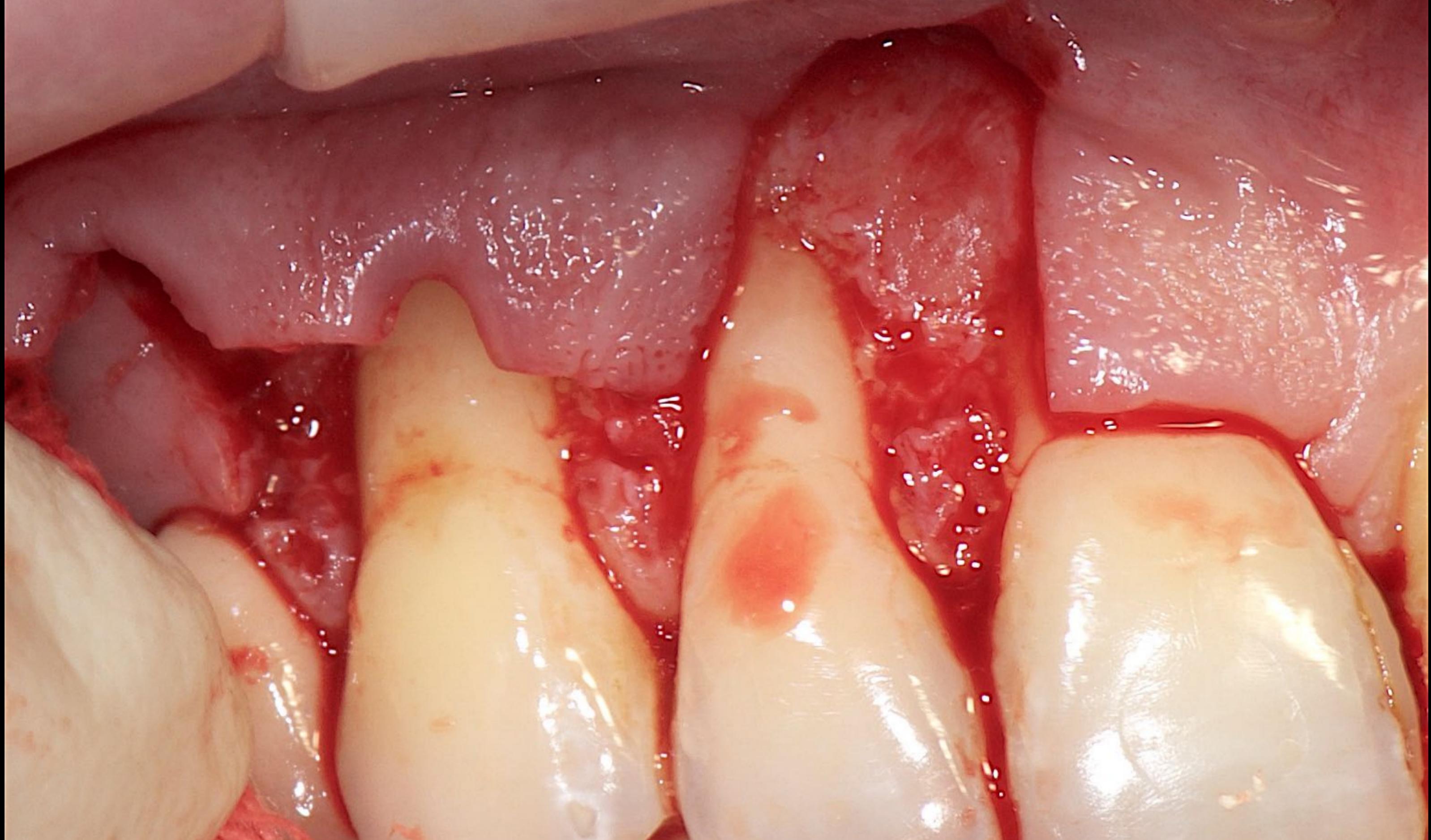
Описание слайда 34

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.



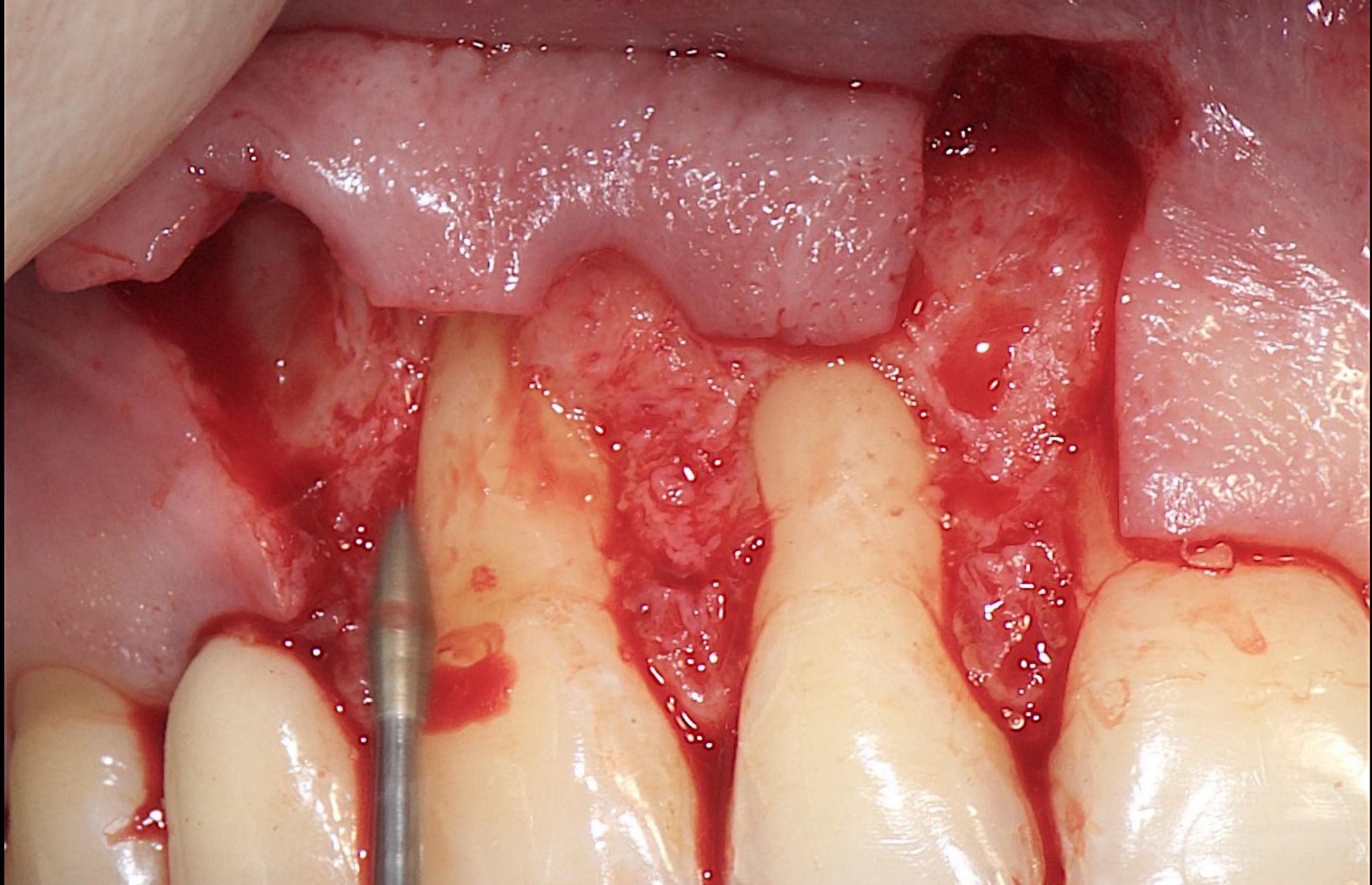
Описание слайда 35

Обработка поверхности корня зуба. Первично поверхность корня контаминирована микроорганизмами, особенно при контакте зоны рецессии с жидкостью полости рта. Зубы были предварительно обработаны УЗ скелетом. Теперь Вы видите демонстраци нанесения геля ЭДТА 17%, двухминутная экспозиция на поверхность корня. Гель смывается обильно, высушивается поверхность корня. Далее обрабатывается аэрированная поверхность корня зоноспецифической кюретой, снимается весь импрегнированный слой бесклеточного дентина с поверхности и обрабатывается полировочными пародонтологическими борами для сглаживания поверхности и подготовить к приему пластического материала.



Описание слайда 36

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



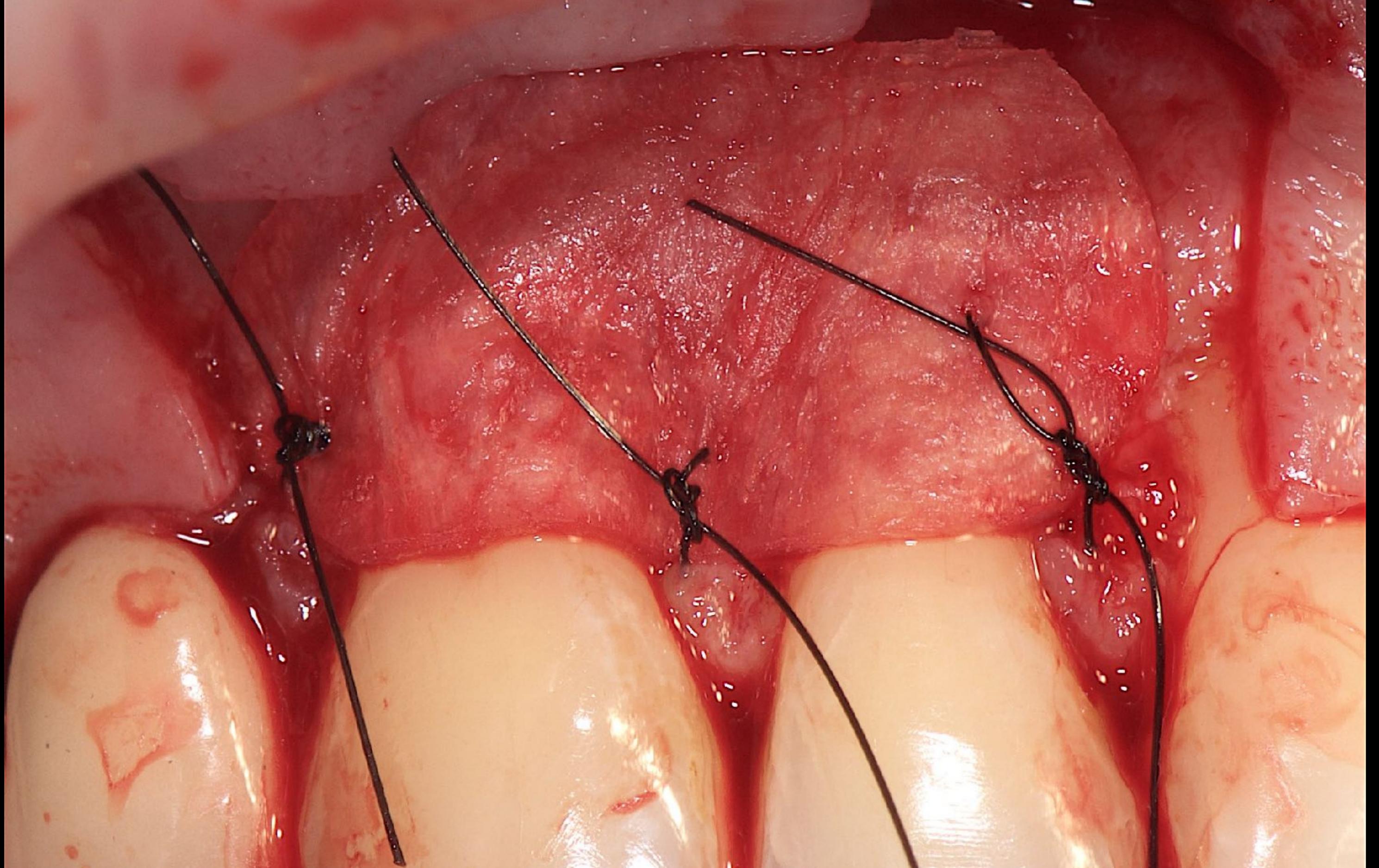
Описание слайда 37

Обработка поверхности корня полировочными борами,
нивелирование неровностей поверхности корня.



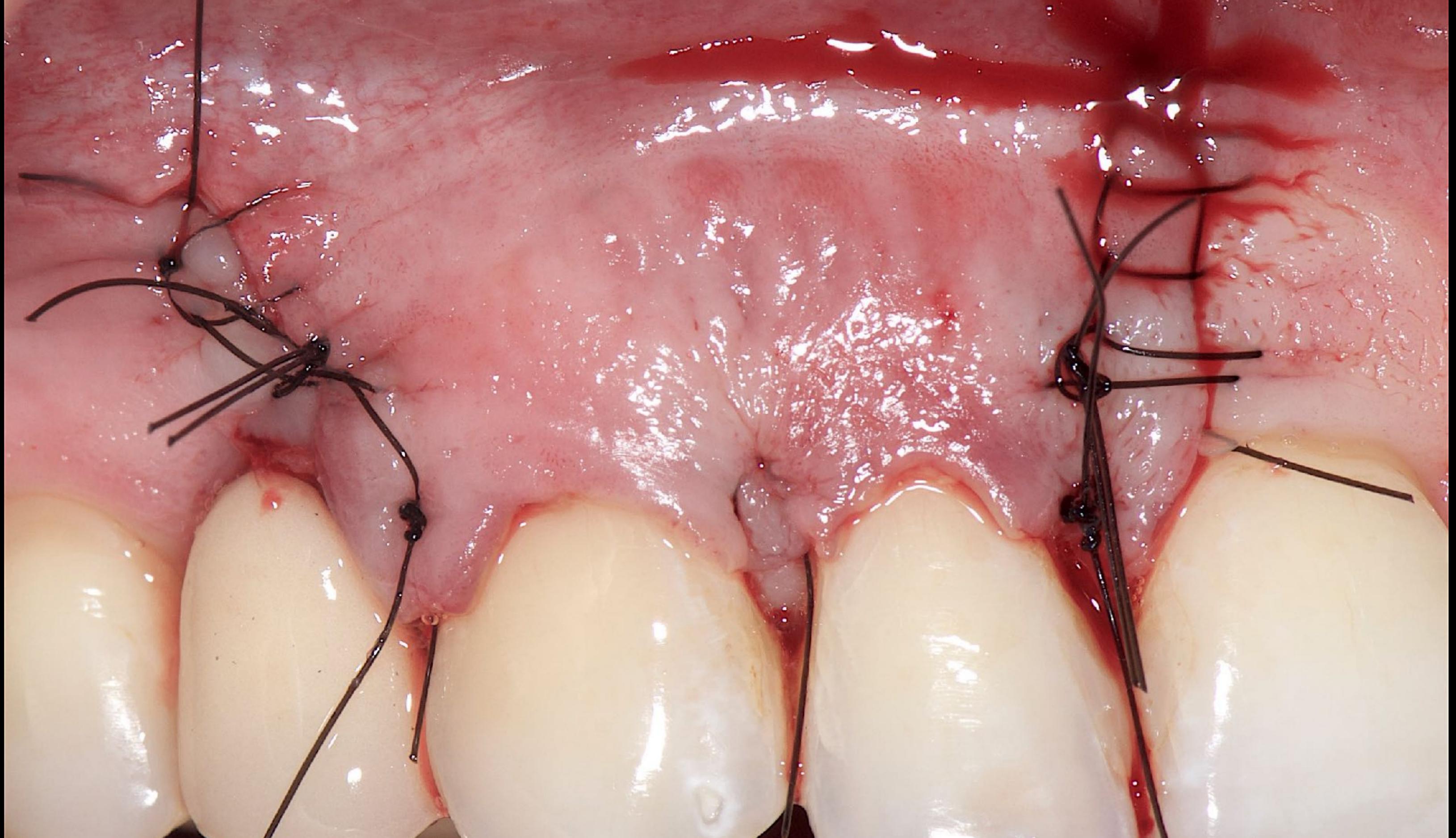
Описание слайда 38

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



Описание слайда 39

Фиксированная лиофилизированная ТМО простыми узловыми швами к анатомическим деэпителизированными межзубным сосочкам.



Описание слайда 40

Фиксация СНЛ, сопоставление анат и хир сосочков двойным обвивным кисетным швом с двух сторон в области обоих зубов. Ушивание вертикального разреза непрерывным обмоточным швом, верхние швы субпериостальные.



Описание слайда 41

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.



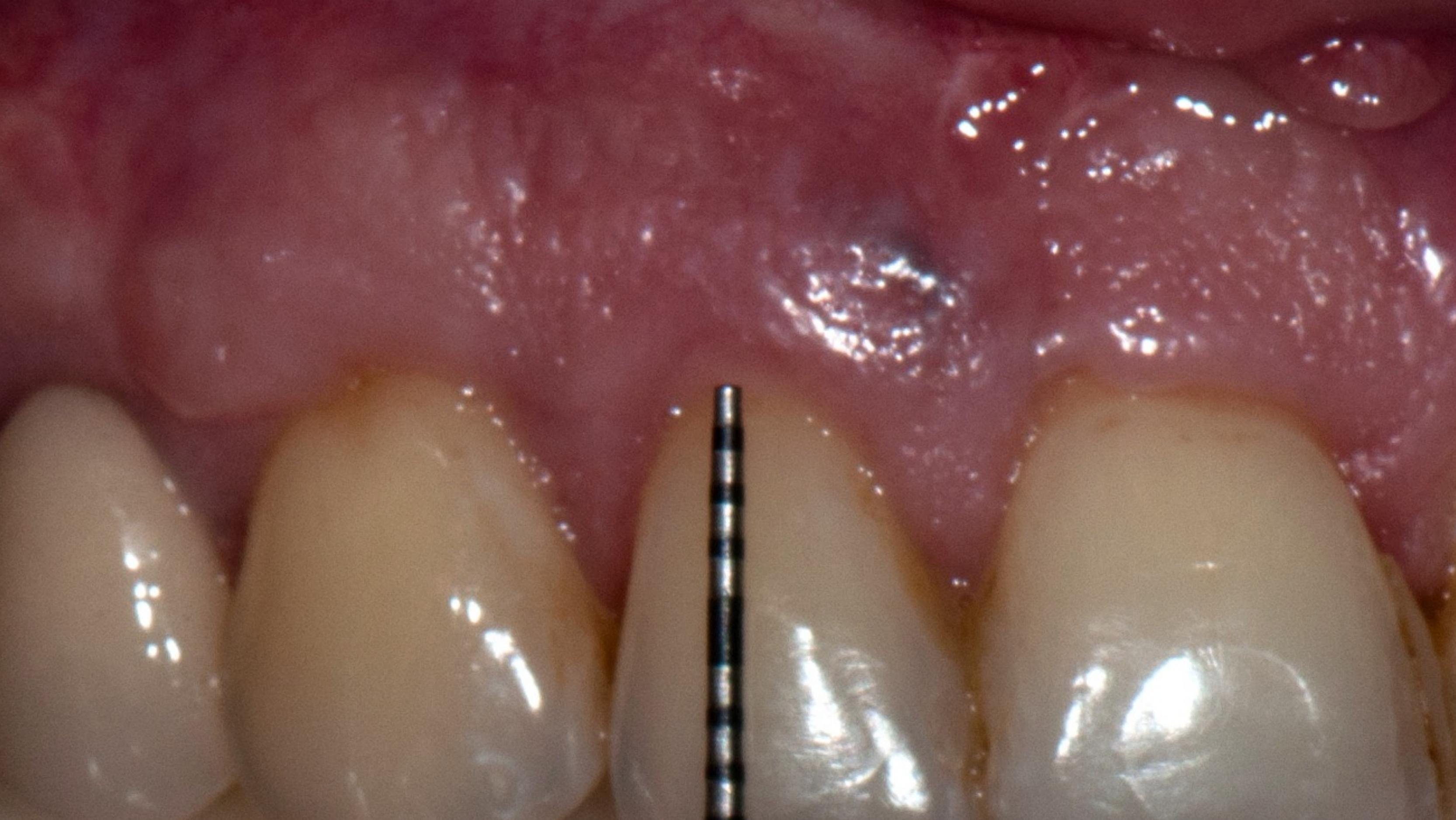
Описание слайда 42

Результат через 1,5 месяца. Остался один шов фиксирующий 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.



Описание слайда 43

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.



Описание слайда 44

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



Описание слайда 45

Результат хирургического лечения рецензий десны на зуба 12 и 13 через 6 месяцев. Сохранился объем и полное нивелирование неровностей десны, которые могли бы эстетически не нравиться после операции.



Описание слайда 46

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



Описание слайда 47

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



Описание слайда 48

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



Описание слайда 49

Наблюдение через 3 года после операции.



Описание слайда 50

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



Описание слайда 51

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

Свободный десневой трансплантат

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

Описание слайда 52

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

Применение:

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

Описание слайда 53

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

Описание слайда 54

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)

Описание слайда 55

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

Описание слайда 56

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

Описание слайда 57

СДДТ. Применение. Очень много методик: рецесои 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

Описание слайда 58

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 черной челюсти при стромических 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

Описание слайда 59

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)

Описание слайда 60

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 деэпителизировать - 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

Описание слайда 61

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

Описание слайда 62

Метод конверта и мышеловки ушивание донорской зоны происходит непрерывным швом или крестообразным прижимающим непрерывным швом. При методе окна, при прямом методе - X-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

Описание слайда 63

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

Описание слайда 64

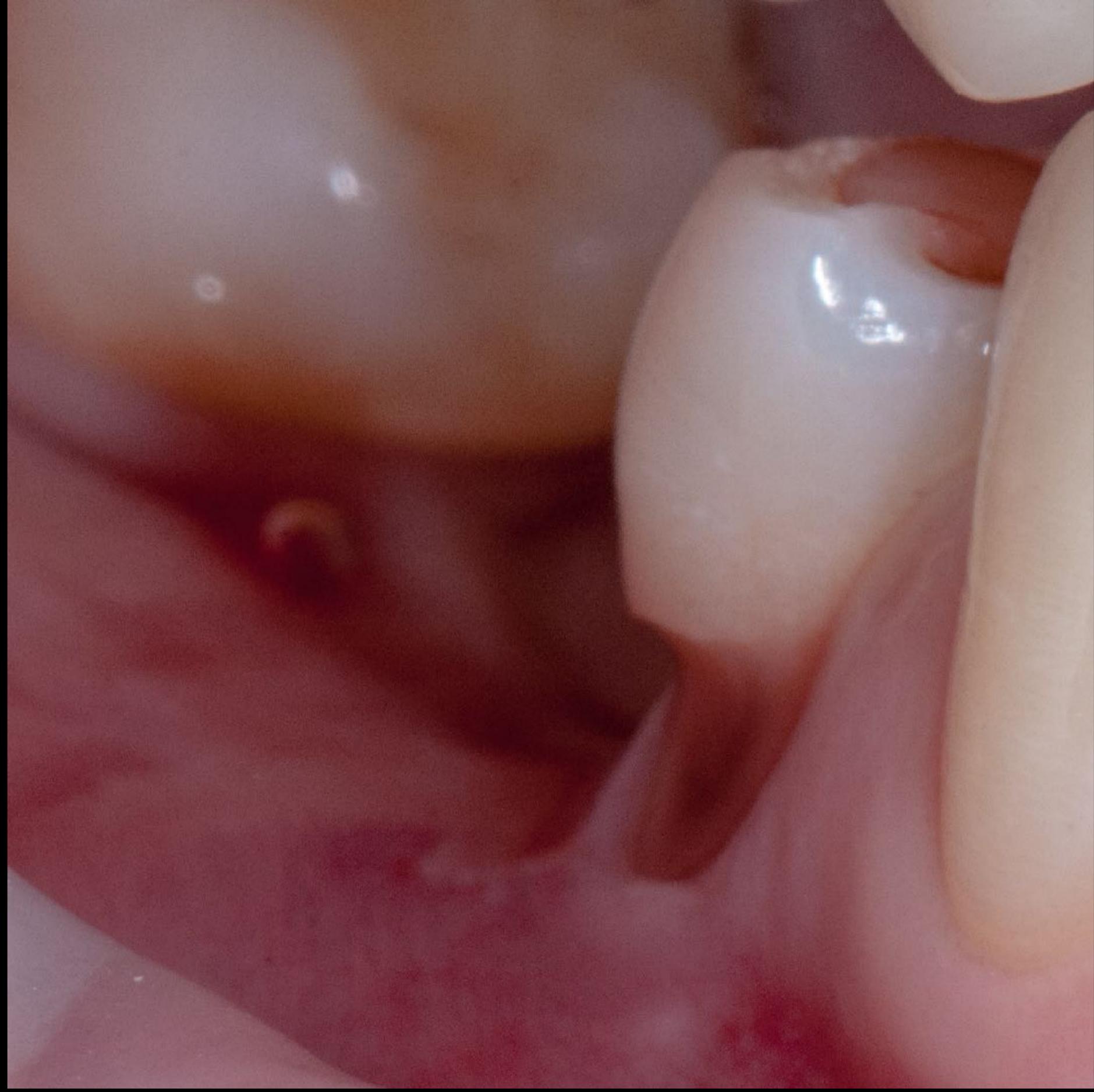
Питание СДДТ и субэпителиального СДТ. Деэпителизированные питаются с двух сторон: от принимающего ложа, и от надкостницы со стороны СНЛ, который покрывает СДТ сверху. Естественно, что такой комплекс более жизнеспособен. Если Вы все сохранили правильно, выбрали дизайн разреза, ушили рану - здесь выживание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



Клинический пример №2

Описание слайда 65

Клинический пример применения СДТ в двухслойной методике коронального смещения.



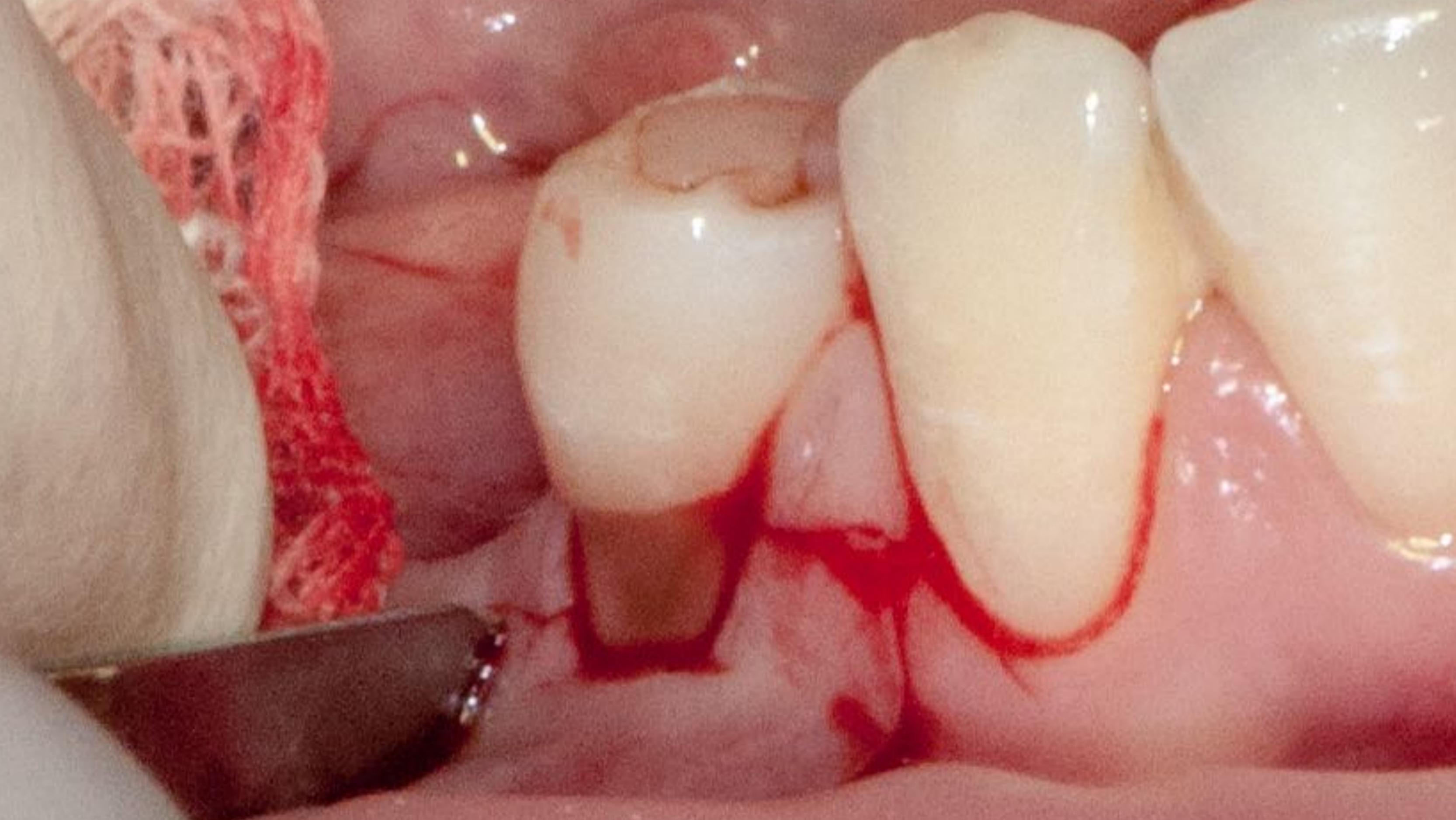
Описание слайда 66

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



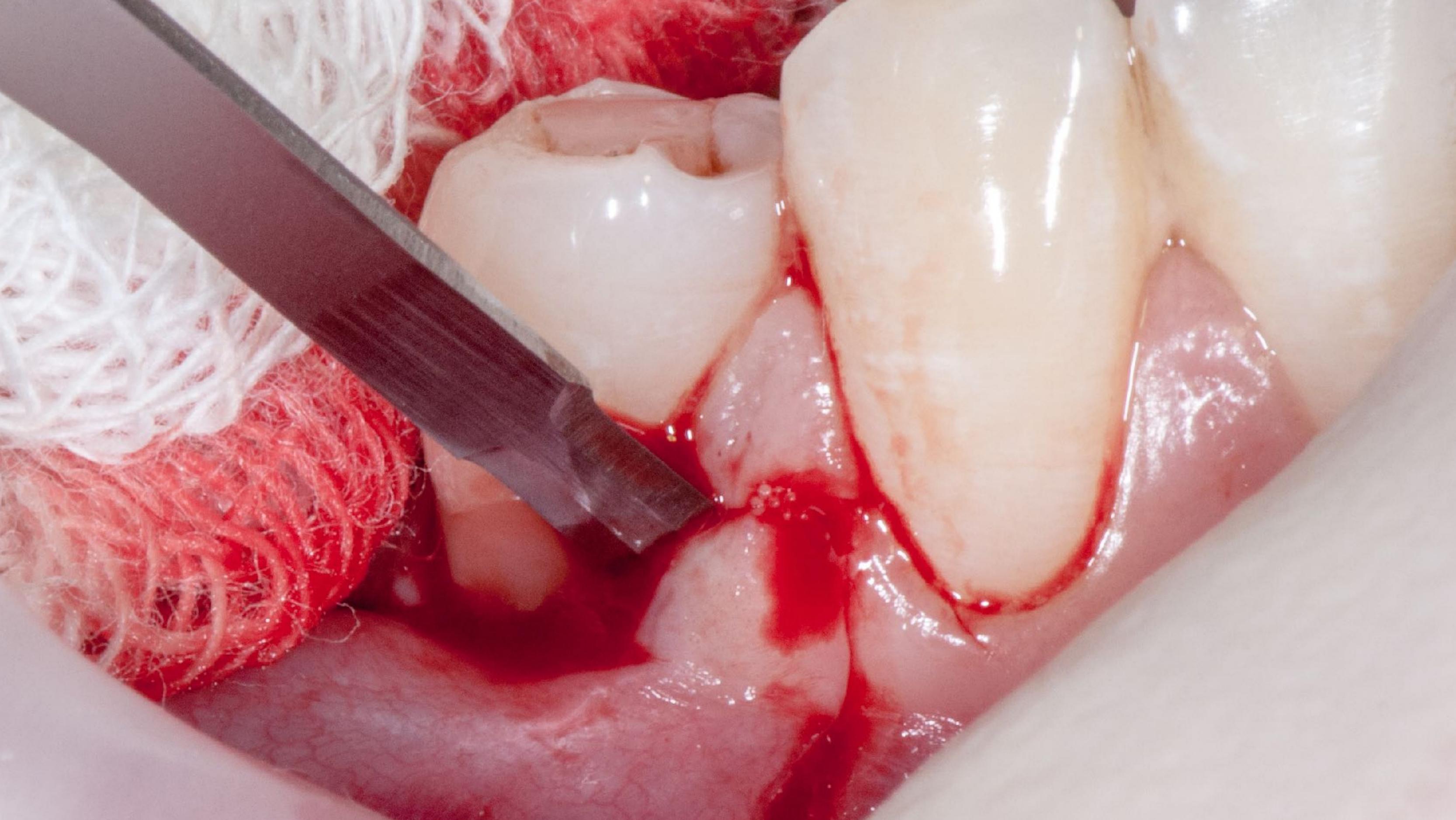
Описание слайда 67

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



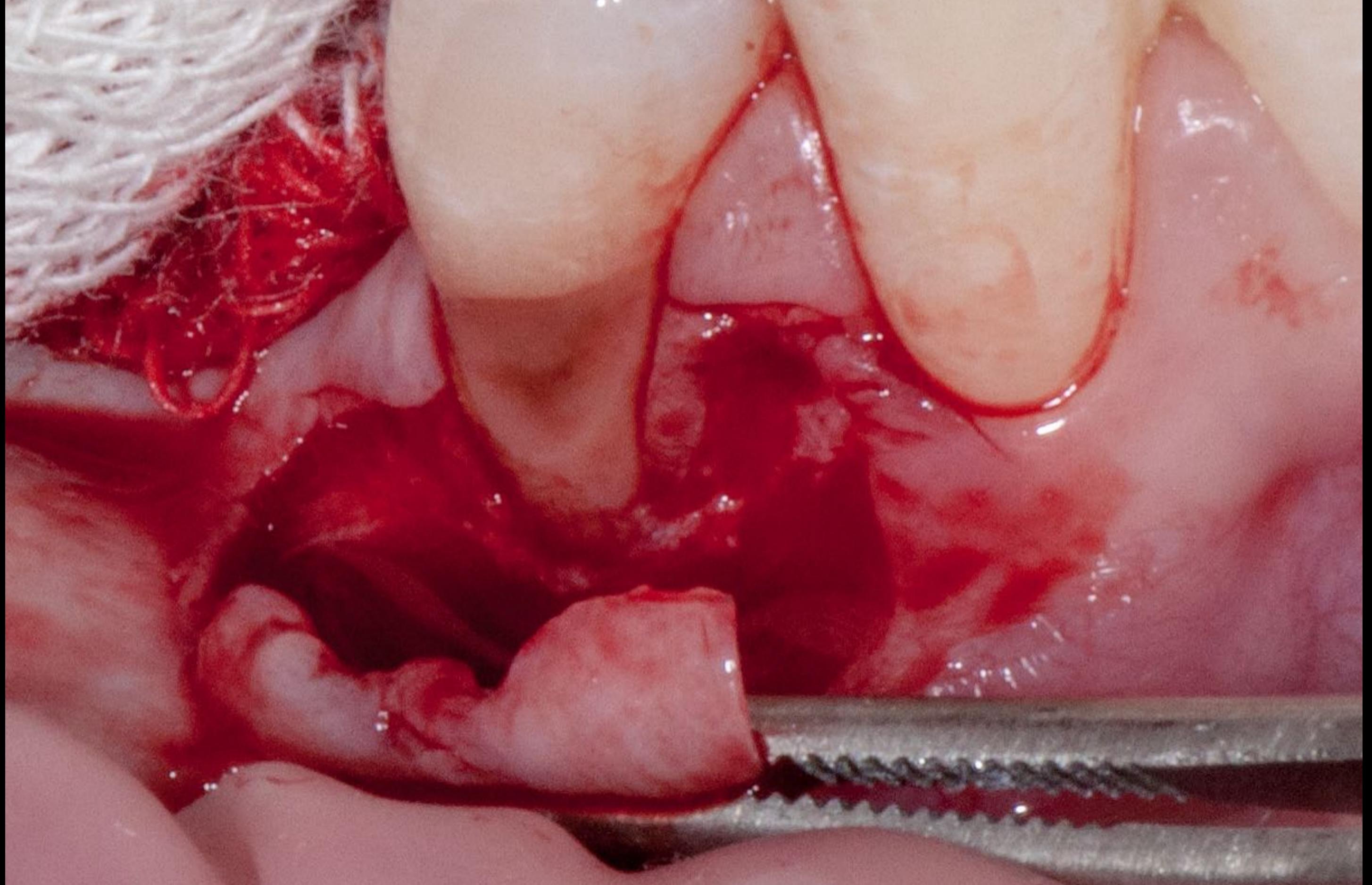
Описание слайда 68

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



Описание слайда 69

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



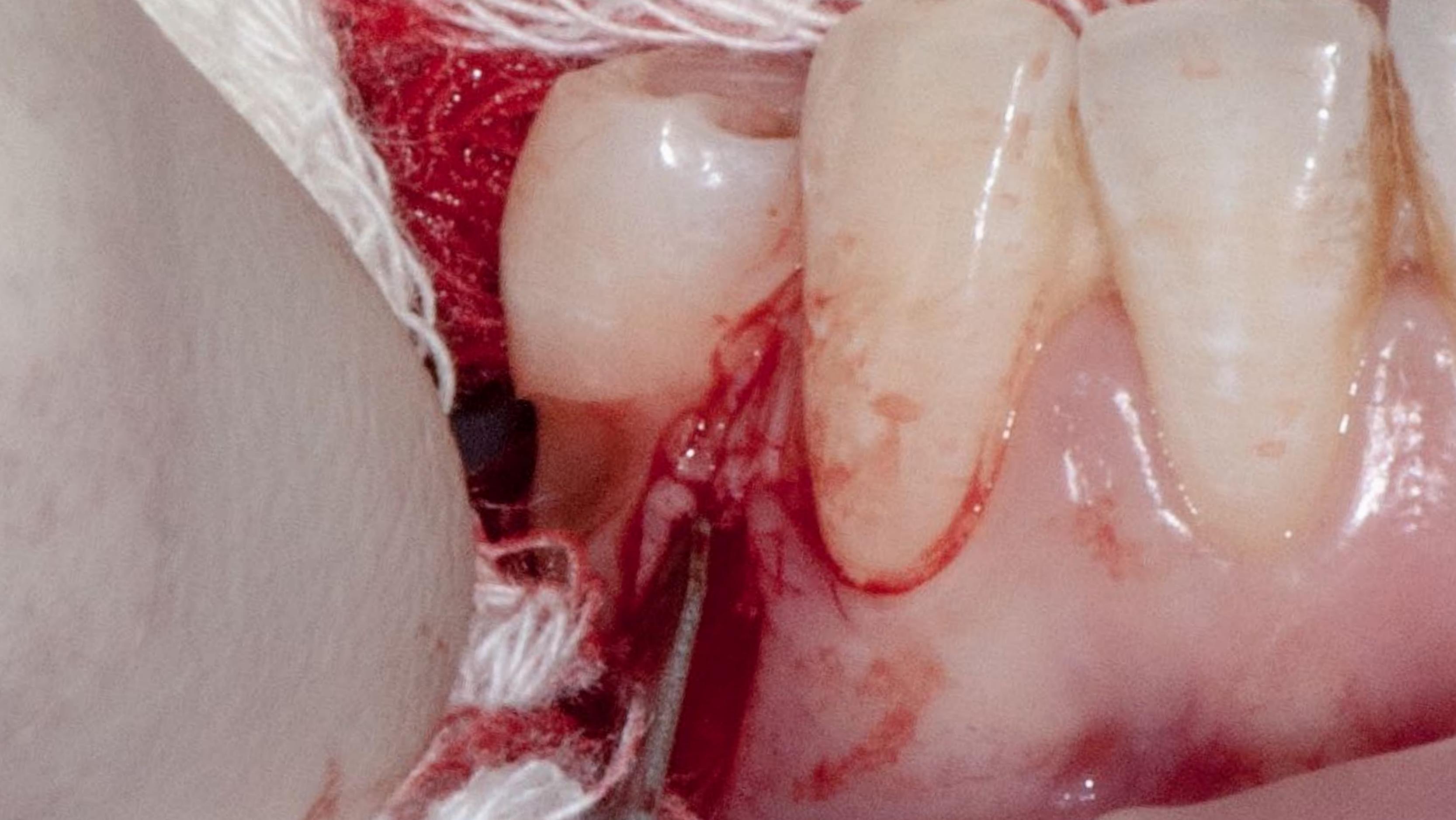
Описание слайда 70

Расщепленно-полнослойный СНЛ, подготовленный к перемещению.



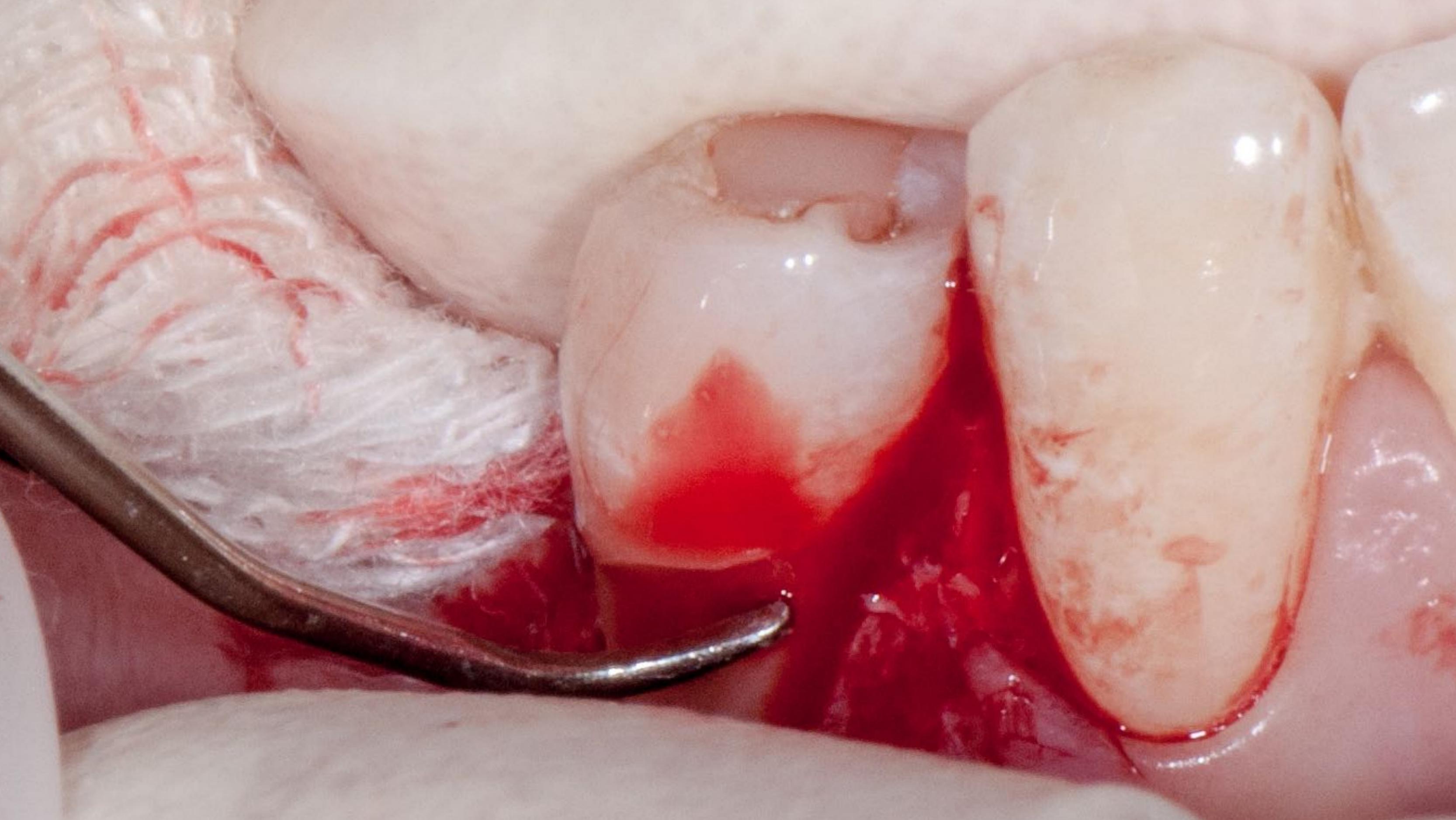
Описание слайда 71

Деэпителизация межзубных анатомических сосочков скальпелем.



Описание слайда 72

Деэпителизация межзубных анатомических сосочков скальпелем.



Описание слайда 73

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



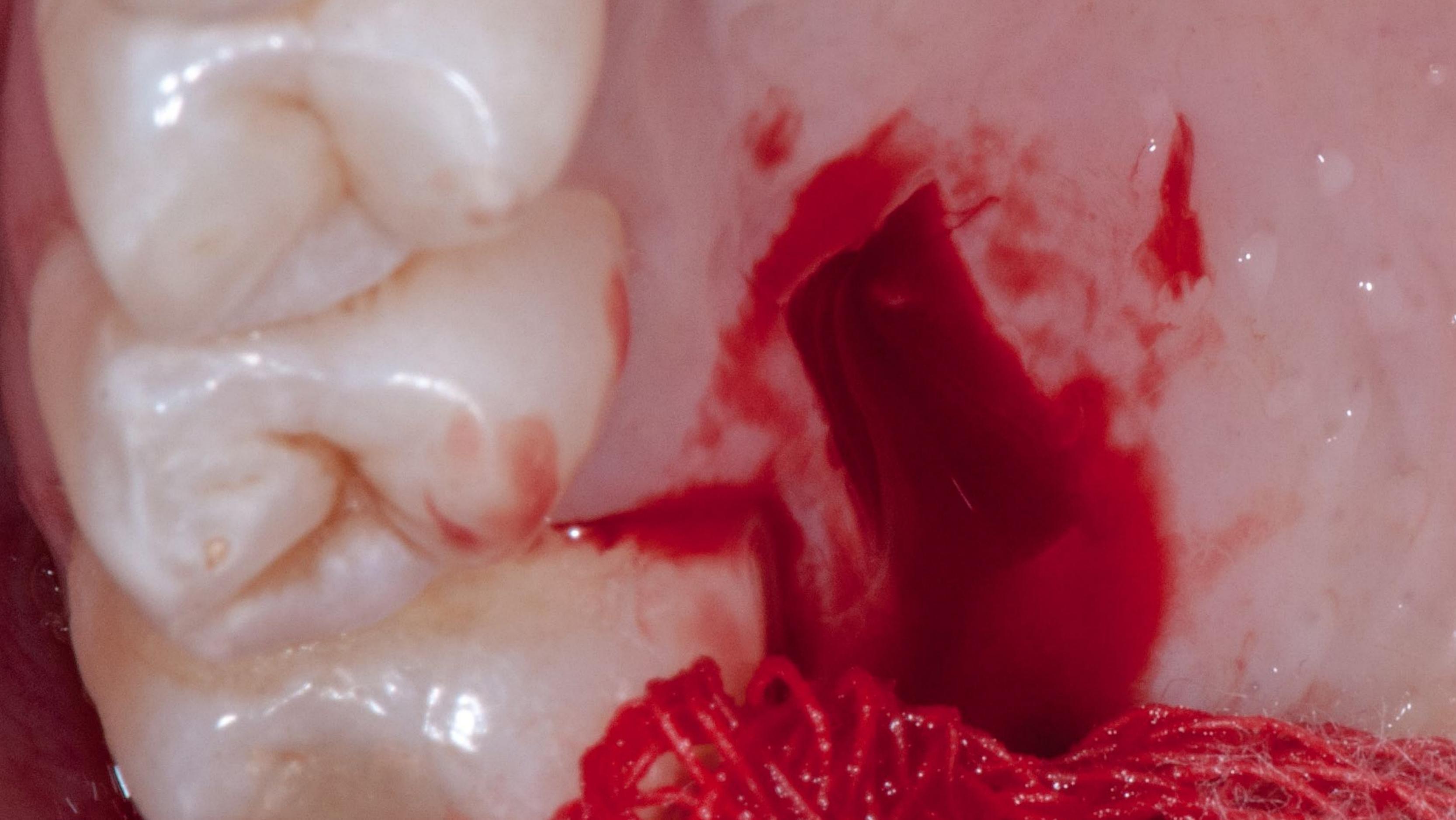
Описание слайда 74

Выбор донорской зоны и проведение анестезии в этой области.



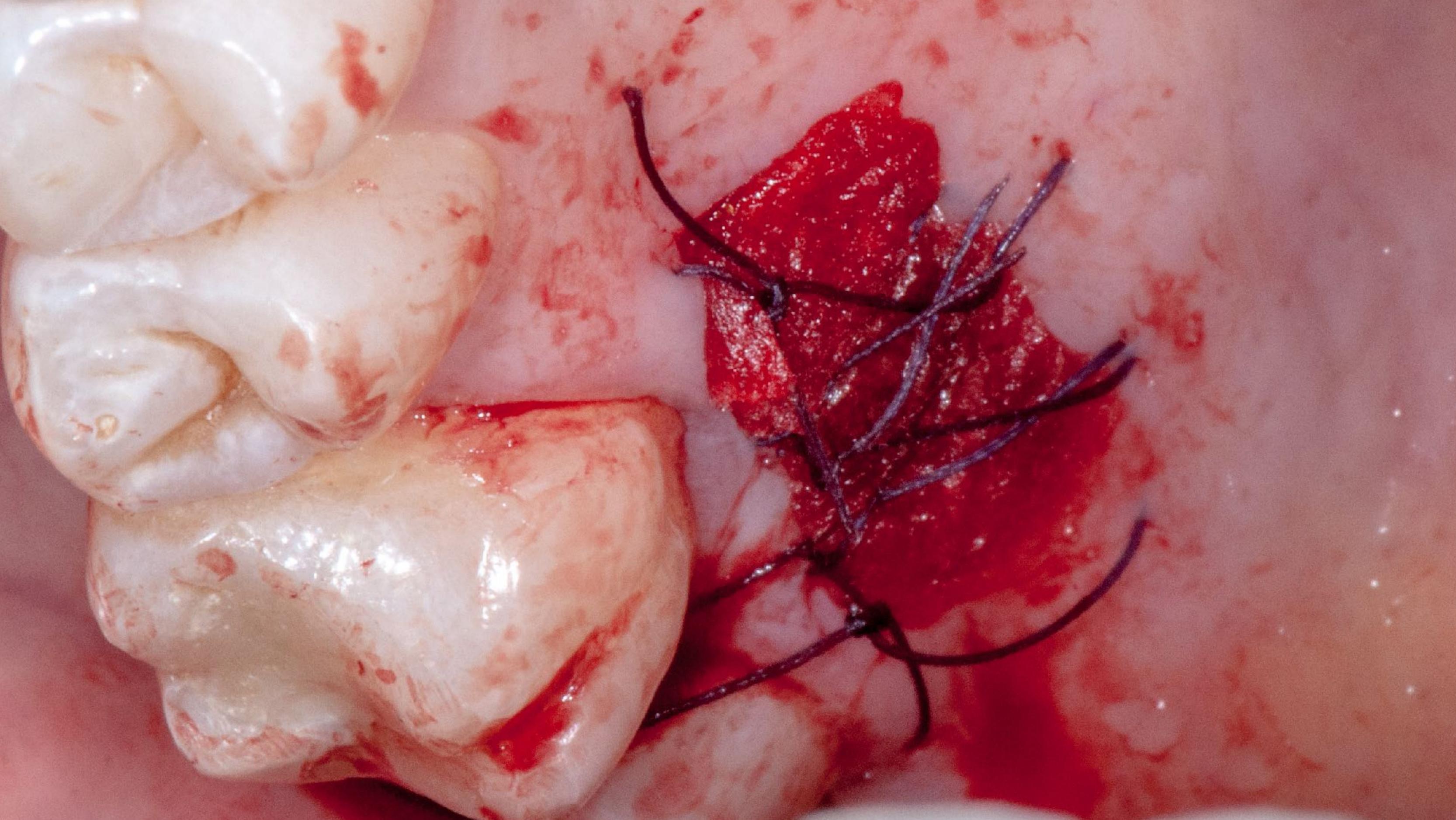
Описание слайда 75

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



Описание слайда 76

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



Описание слайда 77

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



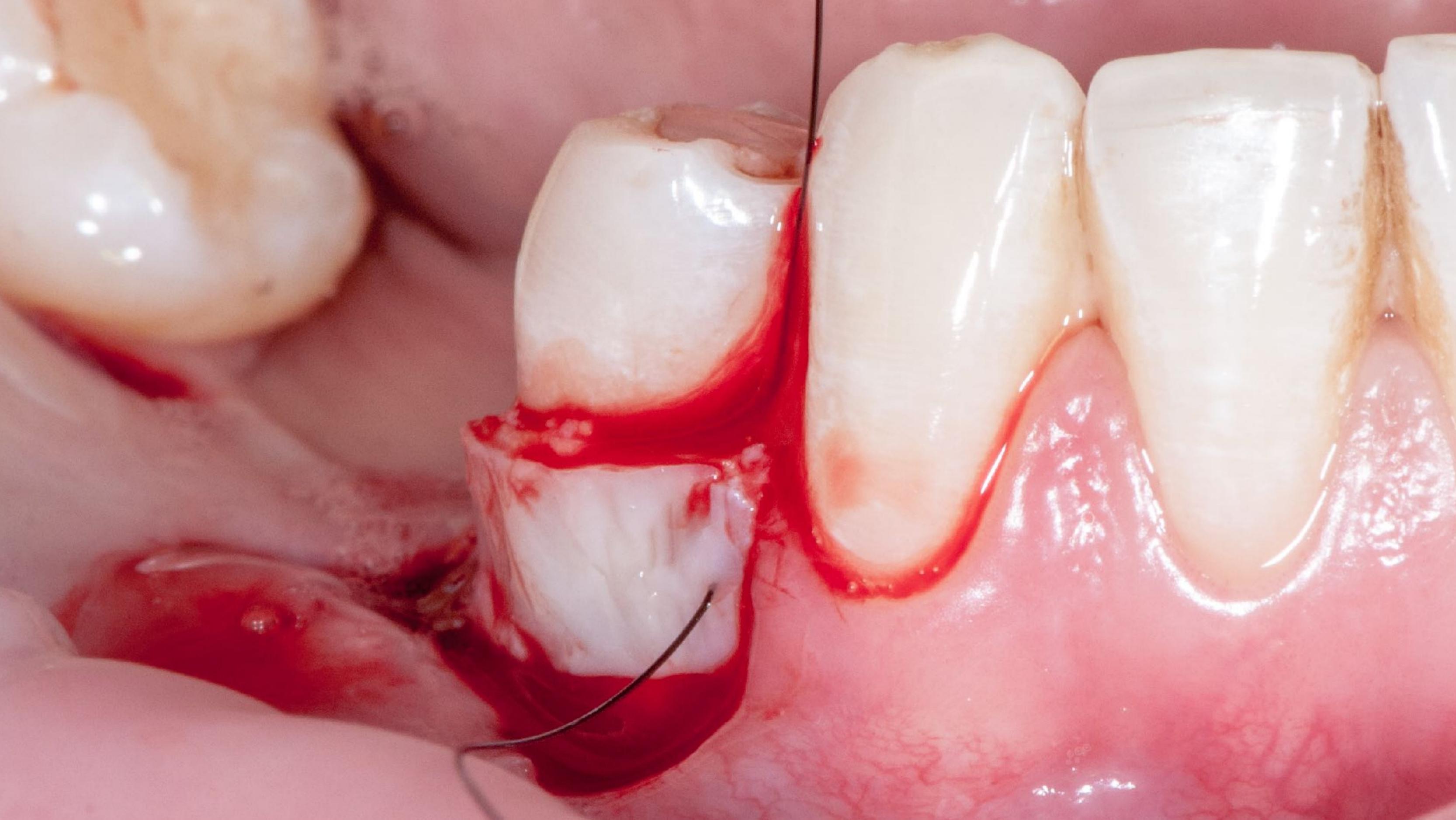
Описание слайда 78

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



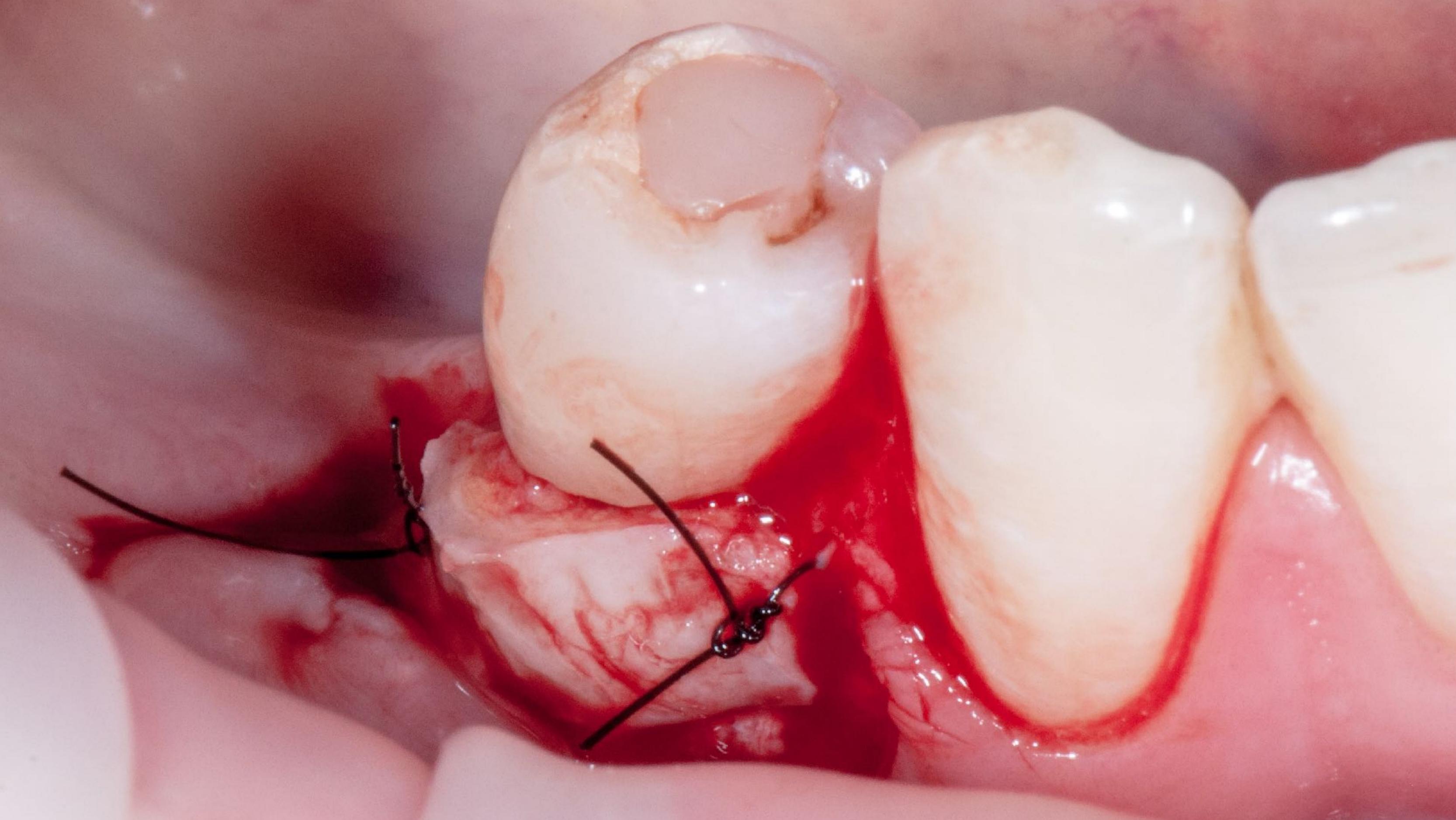
Описание слайда 79

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



Описание слайда 80

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



Описание слайда 81

Вид сверху зафиксированного СДДТ в области рецессии десны зуба 45.



Описание слайда 82

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



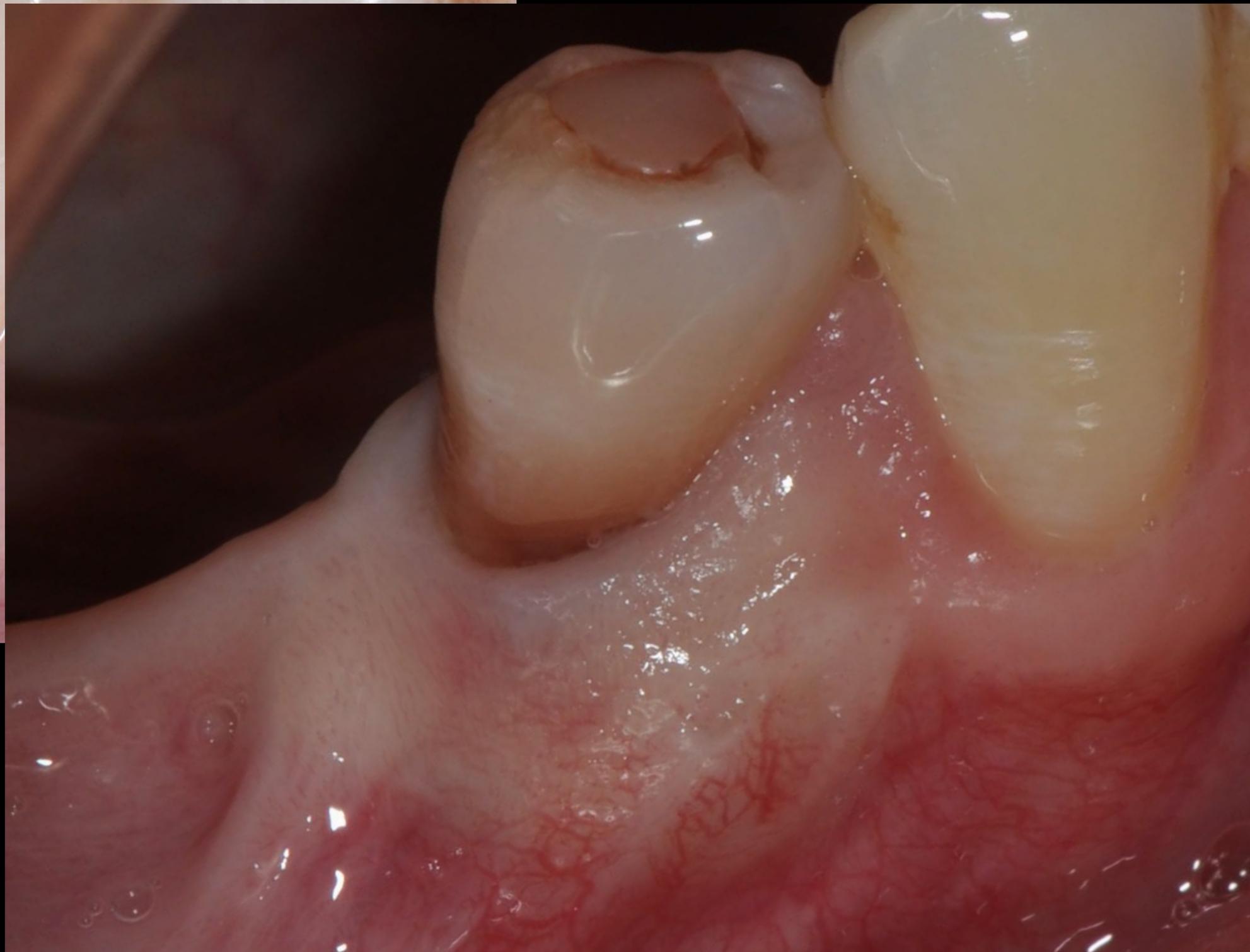
Описание слайда 83

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



Описание слайда 84

Виден объем прикрепленной десны в области зуба 45.



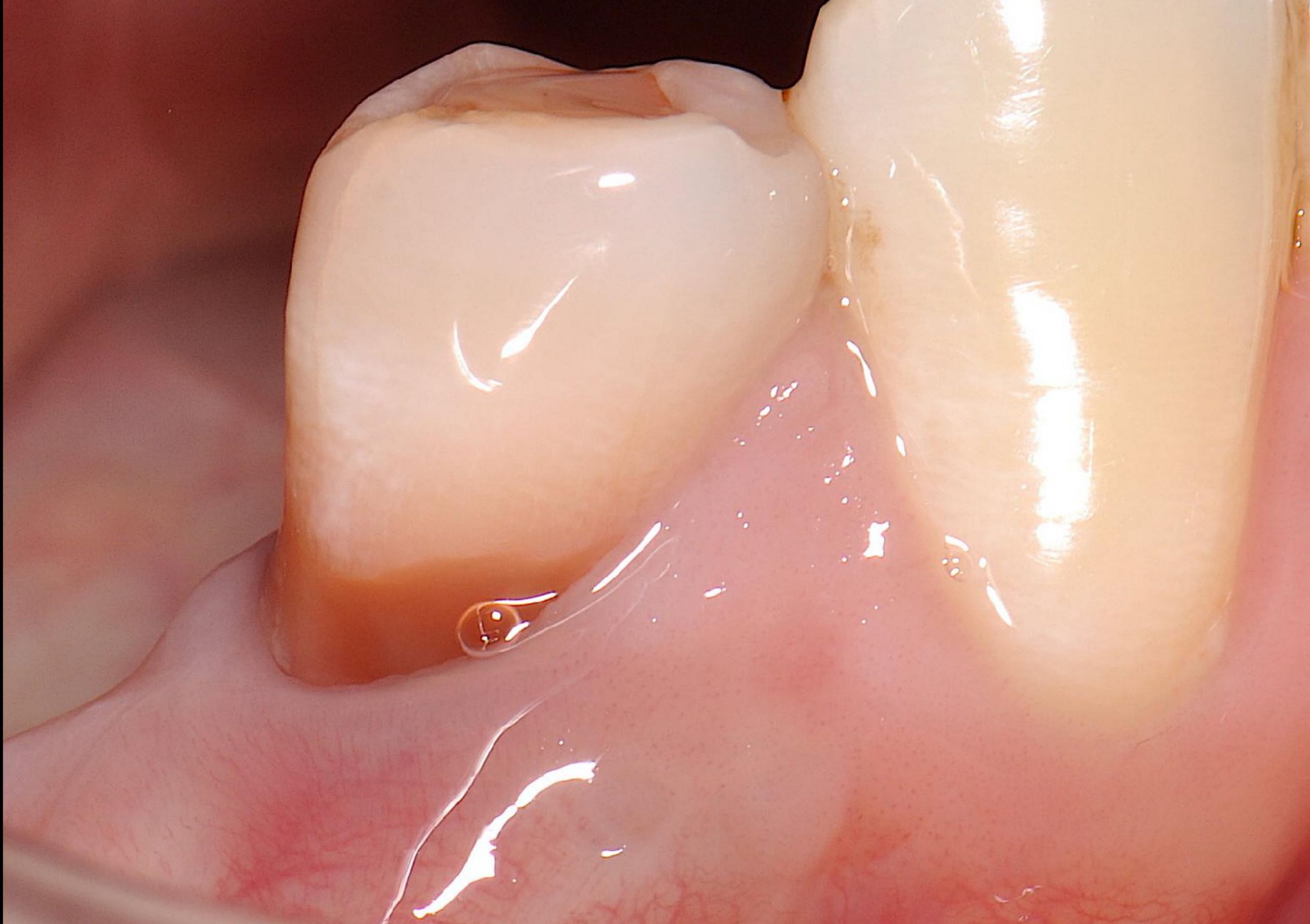
Описание слайда 85

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.



Описание слайда 86

Демонстрация картины через 5 лет. Стойкий результат после операции.



Описание слайда 87

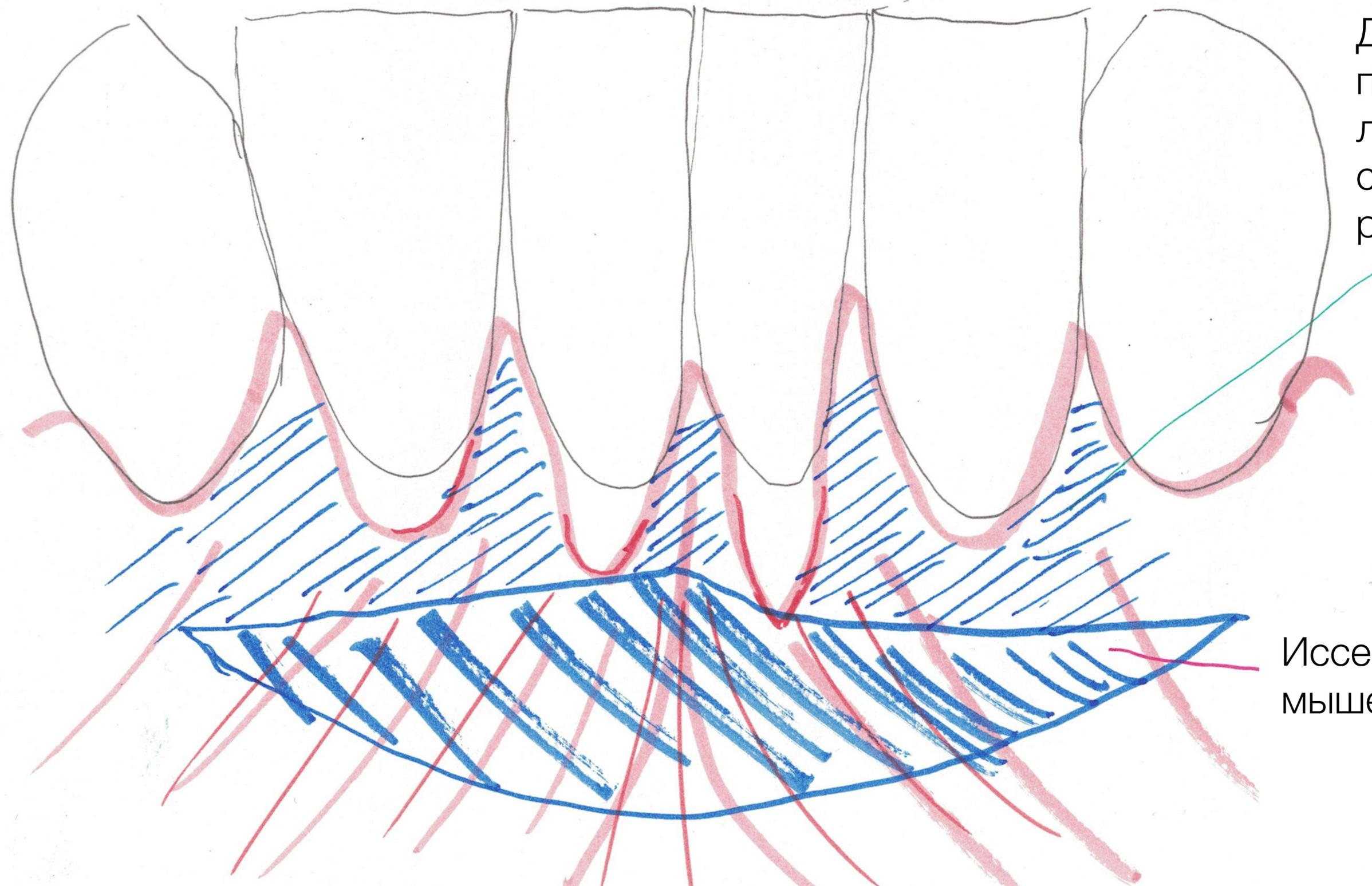
Крупное изображение полного МЗС медиально и частичное восстановление дистального МЗС качественными тканями в области зуба 45. Структуру десны, ее качество и объем и ширину спустя 5 лет.



Описание слайда 88

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



Деэпителизация
принимающего
ложе: межзубного
сосочка и зенита
рецессии

Иссечение слизисто-
мышечных тяжей

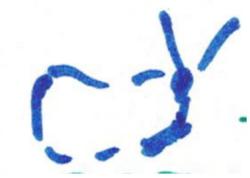
Описание слайда 89

Вестибулопластика с СДТ. Метод самой вестибулопластики классический, ничем не отличающийся от традиционного. Рассечение скальпелем по мукогингивальной границе (МГГ). Иссекаются слизисто-мышечные тяжи (СМТ). Отличительной особенностью от той традиционной техники, которую Вы знаете, является то, что СМТ отслаиваются не тупым методом (распатором например), а именно иссекаются отрыв способом скальпелем 15с. Также мы одновременно с иссечением СМТ и проведением самой вестибулопластики готовим принимающее ложе для СДТ. Это очень важный момент, так как от состояния реципиентного ложа будет зависеть выживаемость нашего СДТ. Подготовка принимающего ложа. Деэпителизация скальпелем всю поверхность с МЖС в области зенитов рецессии и в области апроксимальных контактов, таким образом, чтобы соединительная ткань и надкостница осталась на СНЛ. Далее приступаем к забору СДТ.

Фиксация СДТ



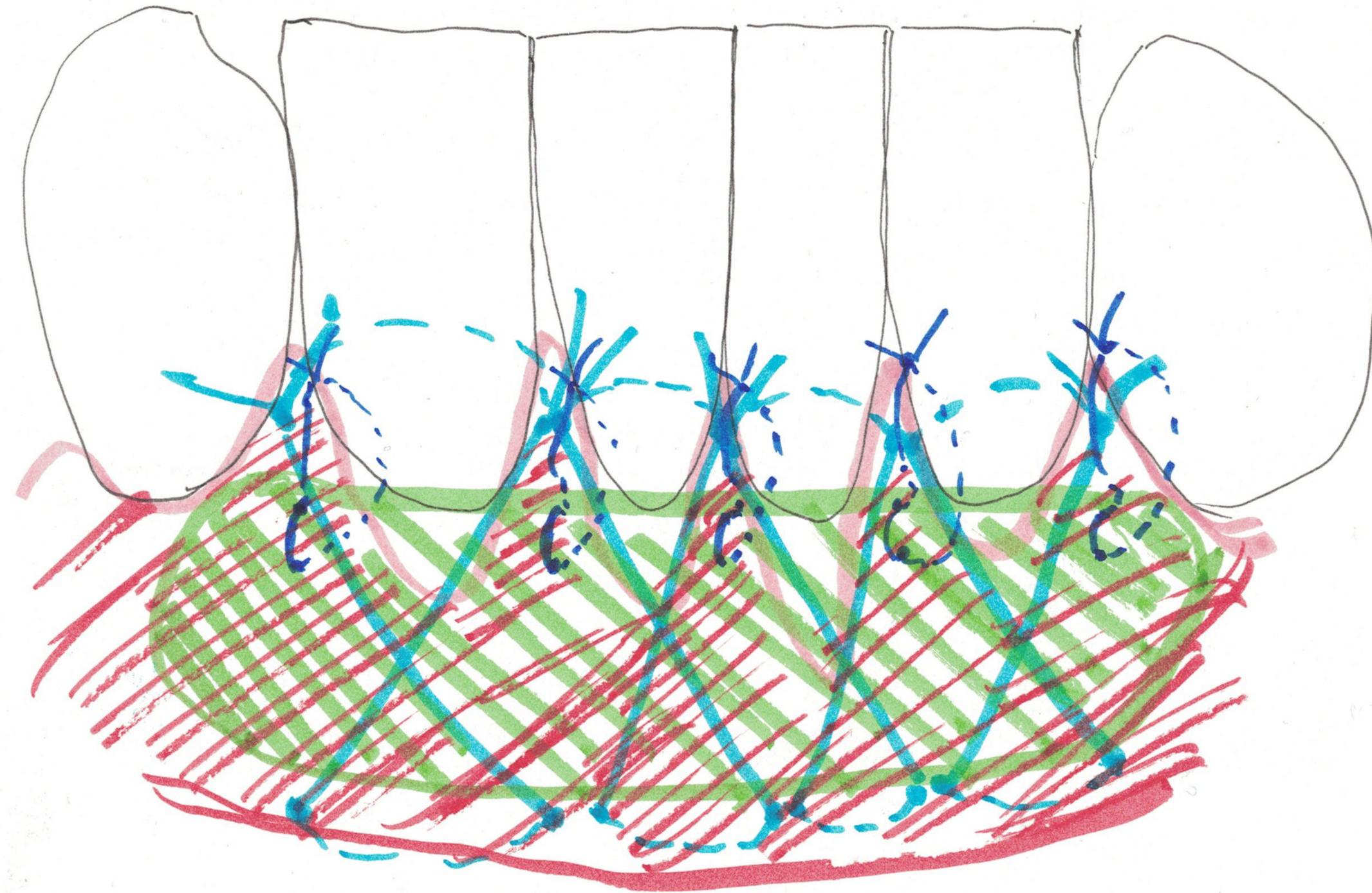
СДТ



Одиночный петлевидный шов



Вертикальный прижимающий крестообразный шов



Описание слайда 90

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.



Клинический пример №3

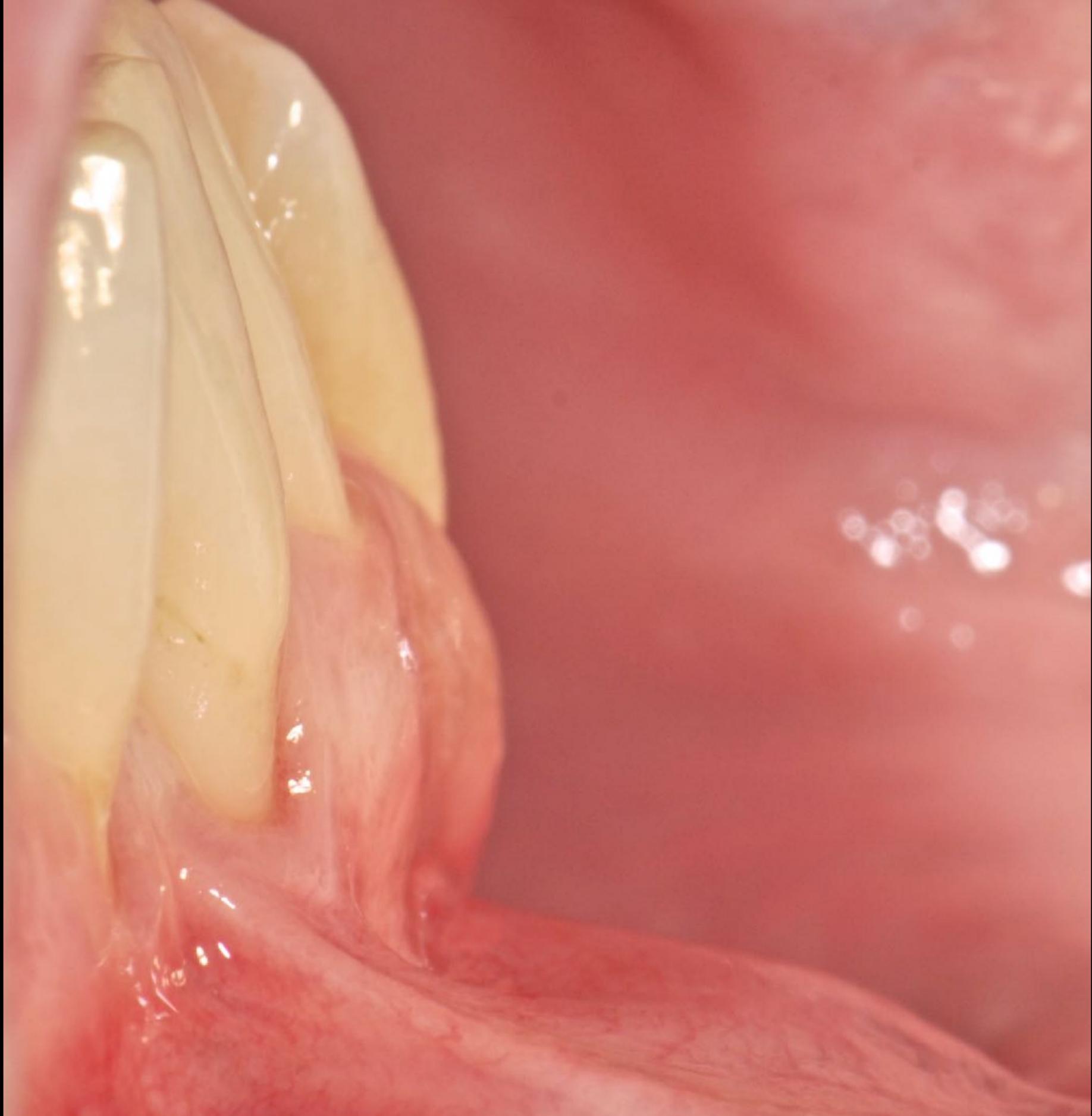
Описание слайда 91

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



Описание слайда 92

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.



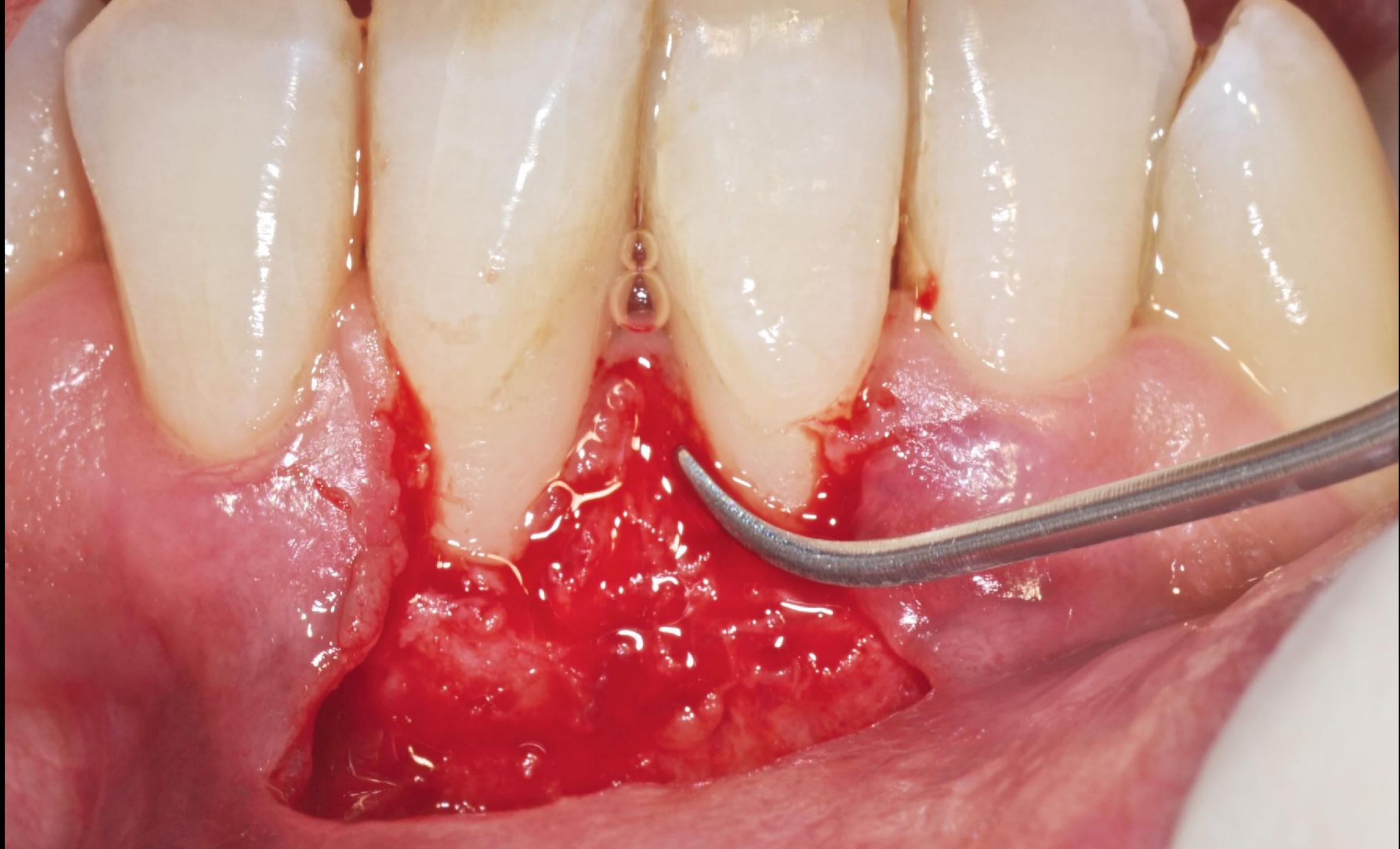
Описание слайда 93

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



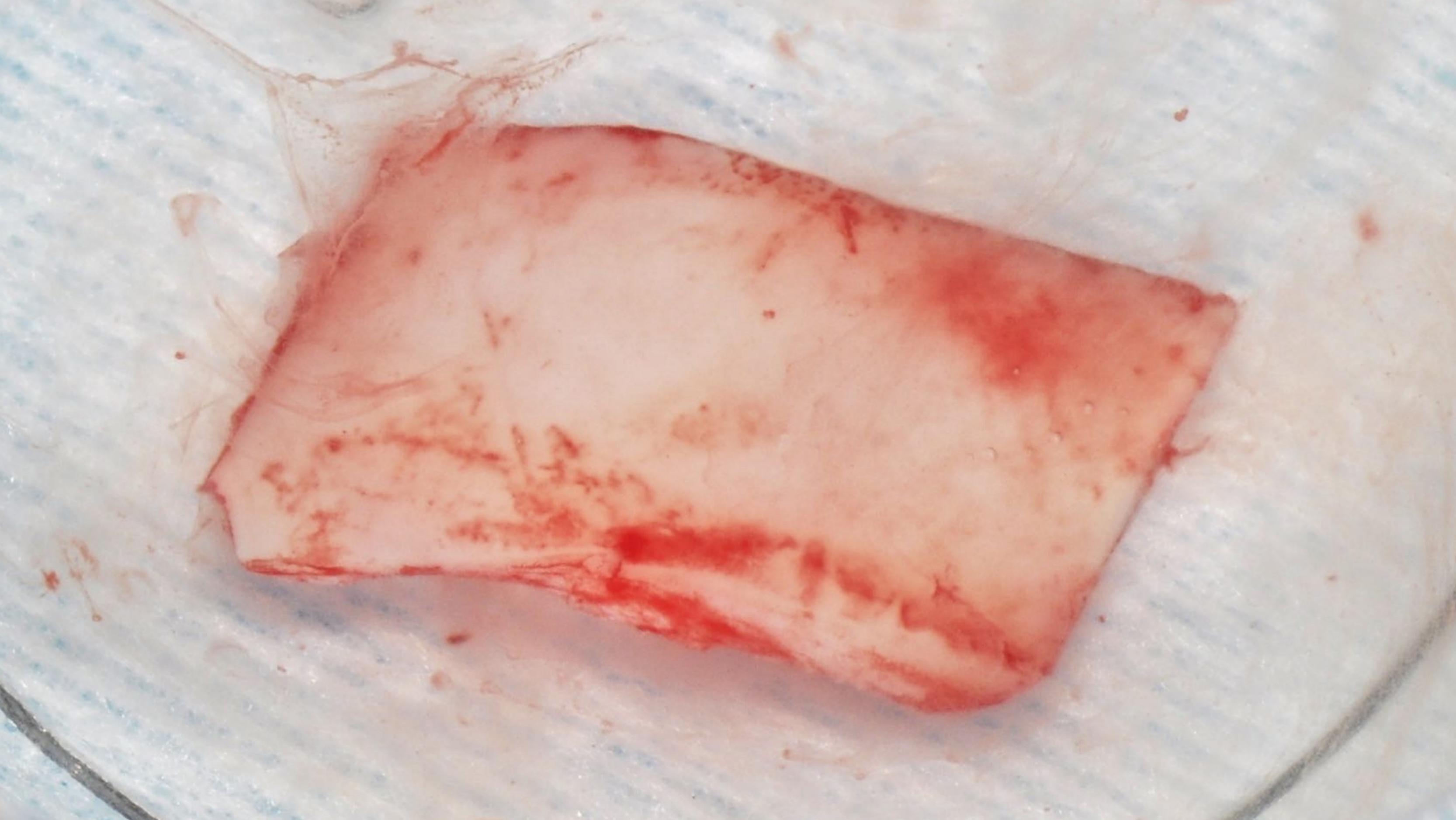
Описание слайда 94

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.



Описание слайда 95

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.



Описание слайда 96

Только что забранный СДТ необходимого размера



Описание слайда 97

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



Описание слайда 98

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.



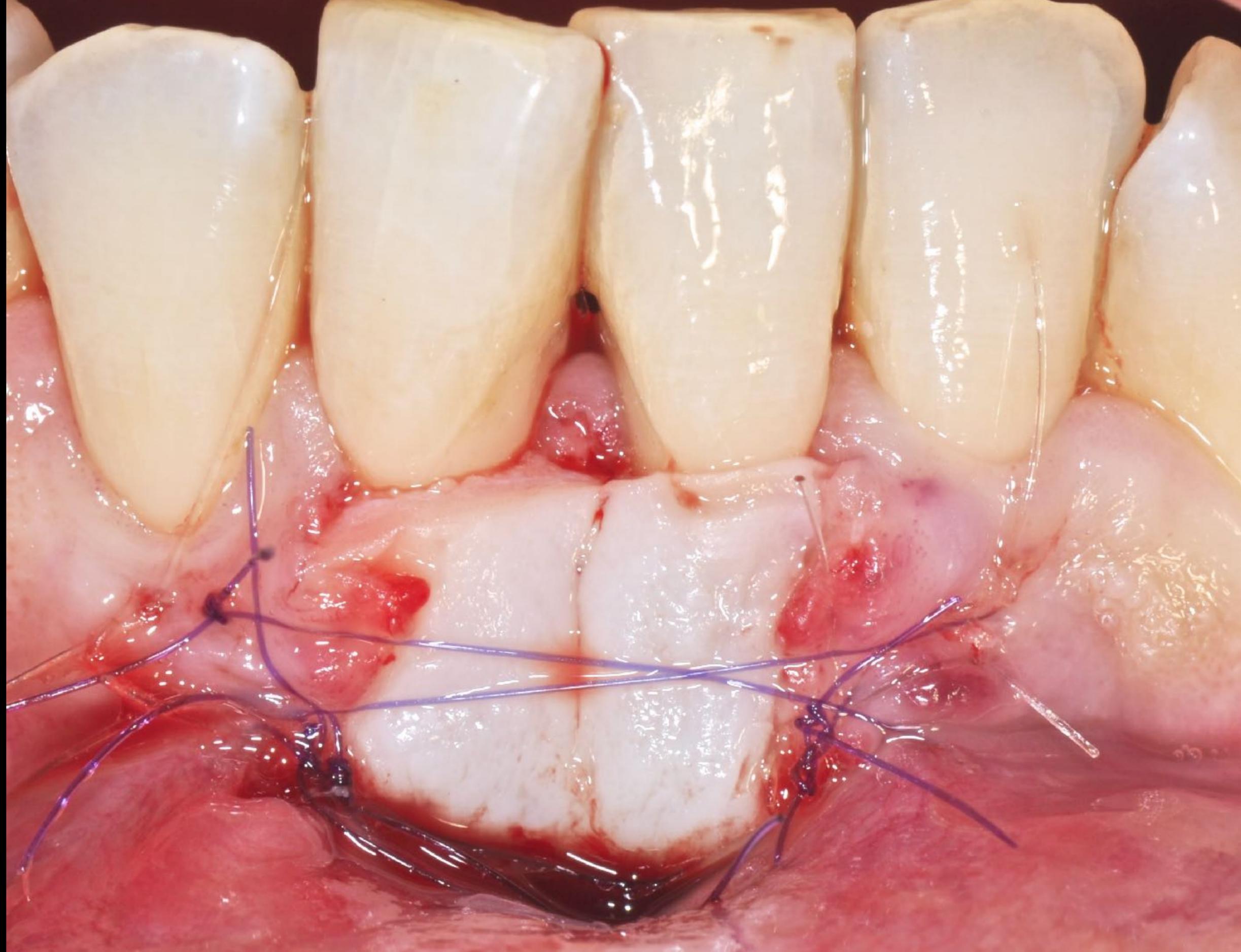
Описание слайда 99

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



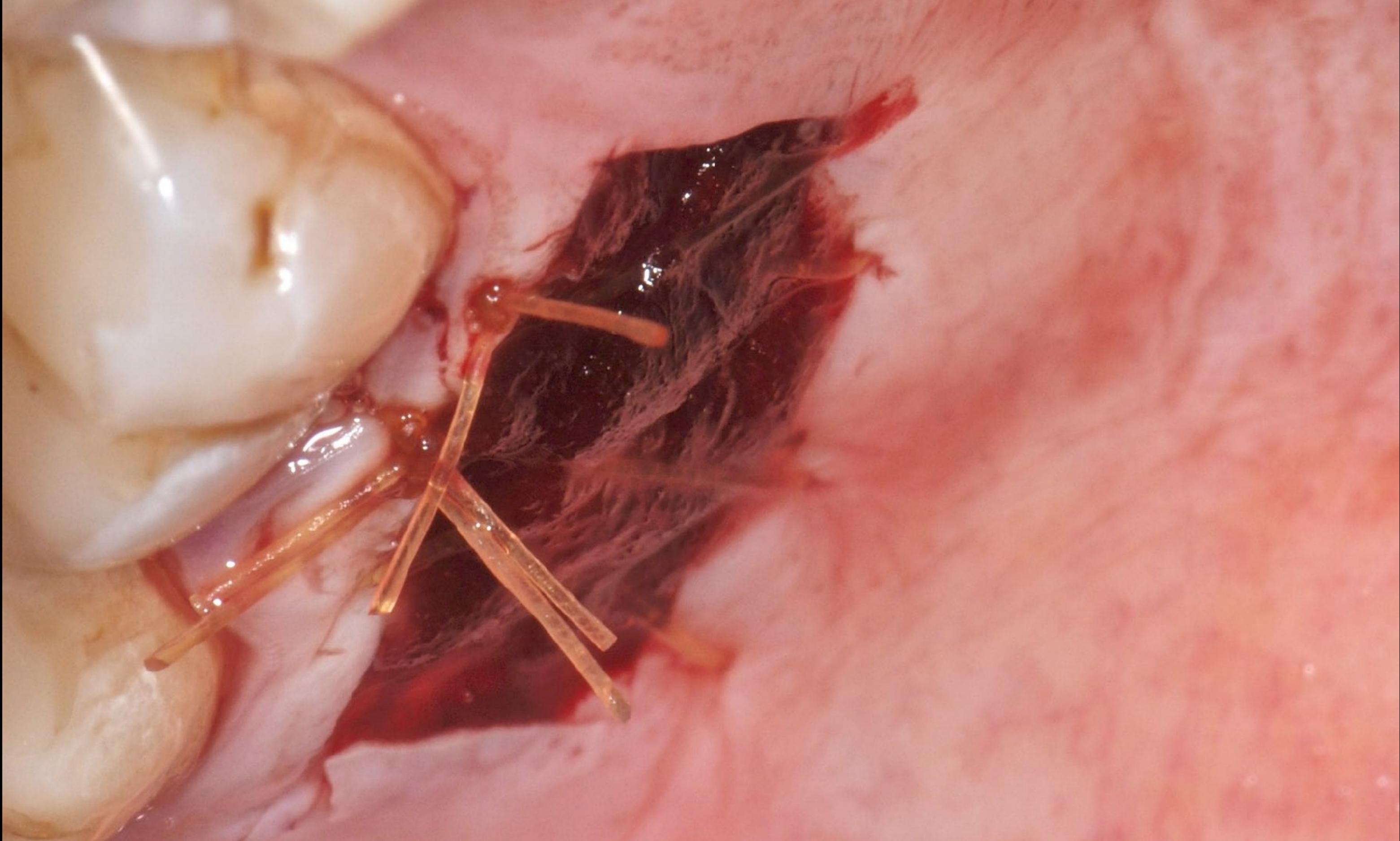
Описание слайда 100

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



Описание слайда 101

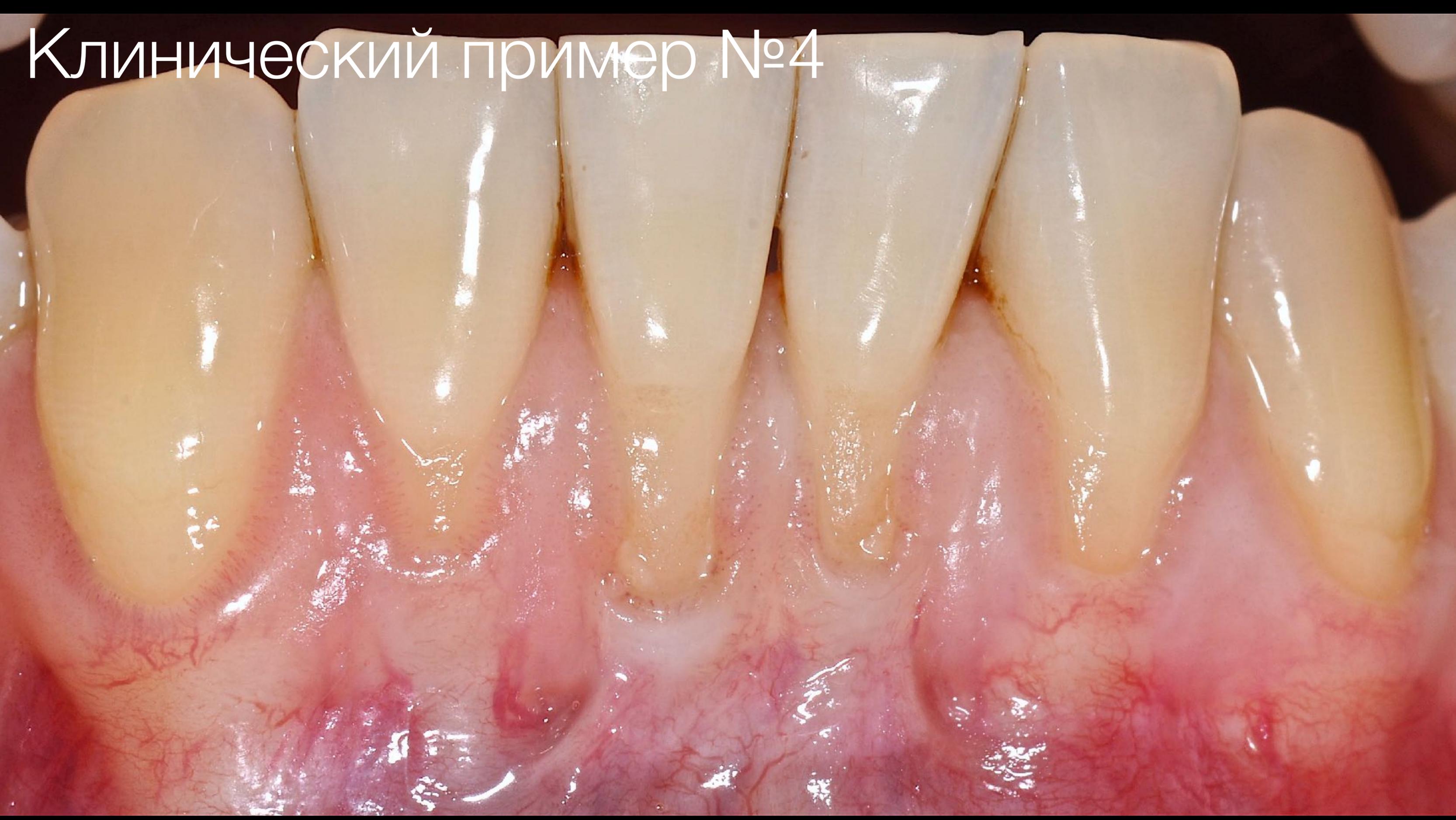
Дополнительная фиксация СДТ горизонтальным крестообразным швом, который бы прижимал СДТ и туннелированные карманы к нему, дополнительно создавая питание.



Описание слайда 102

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

Клинический пример №4



Описание слайда 103

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



Описание слайда 104

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



Описание слайда 105

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



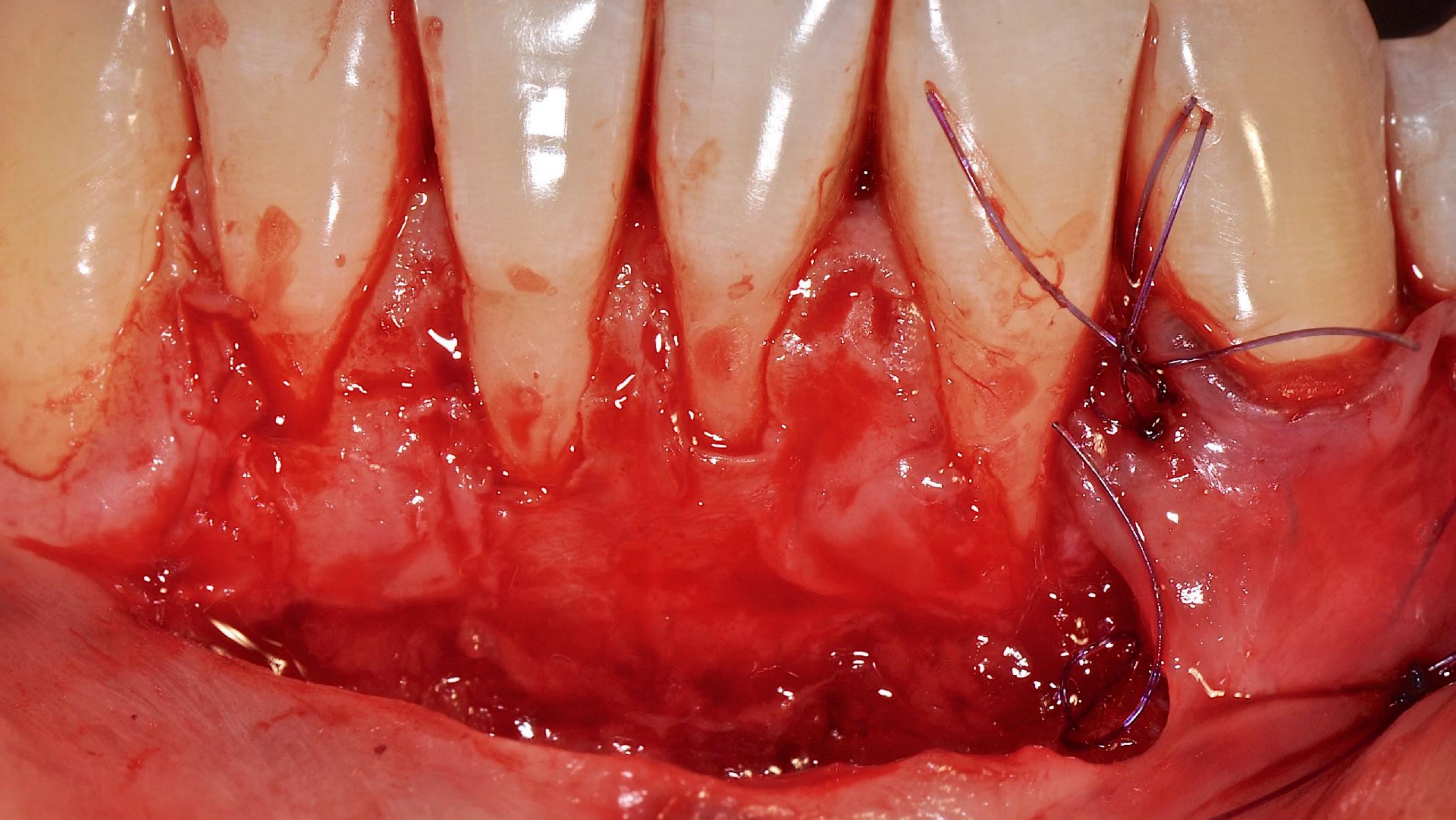
Описание слайда 106

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



Описание слайда 107

Измерение ГР в области зуба 42.



Описание слайда 108

Проведена вестибулопластика, сделаны разрезы по МГГ, дезэпителизированы 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.



2

1

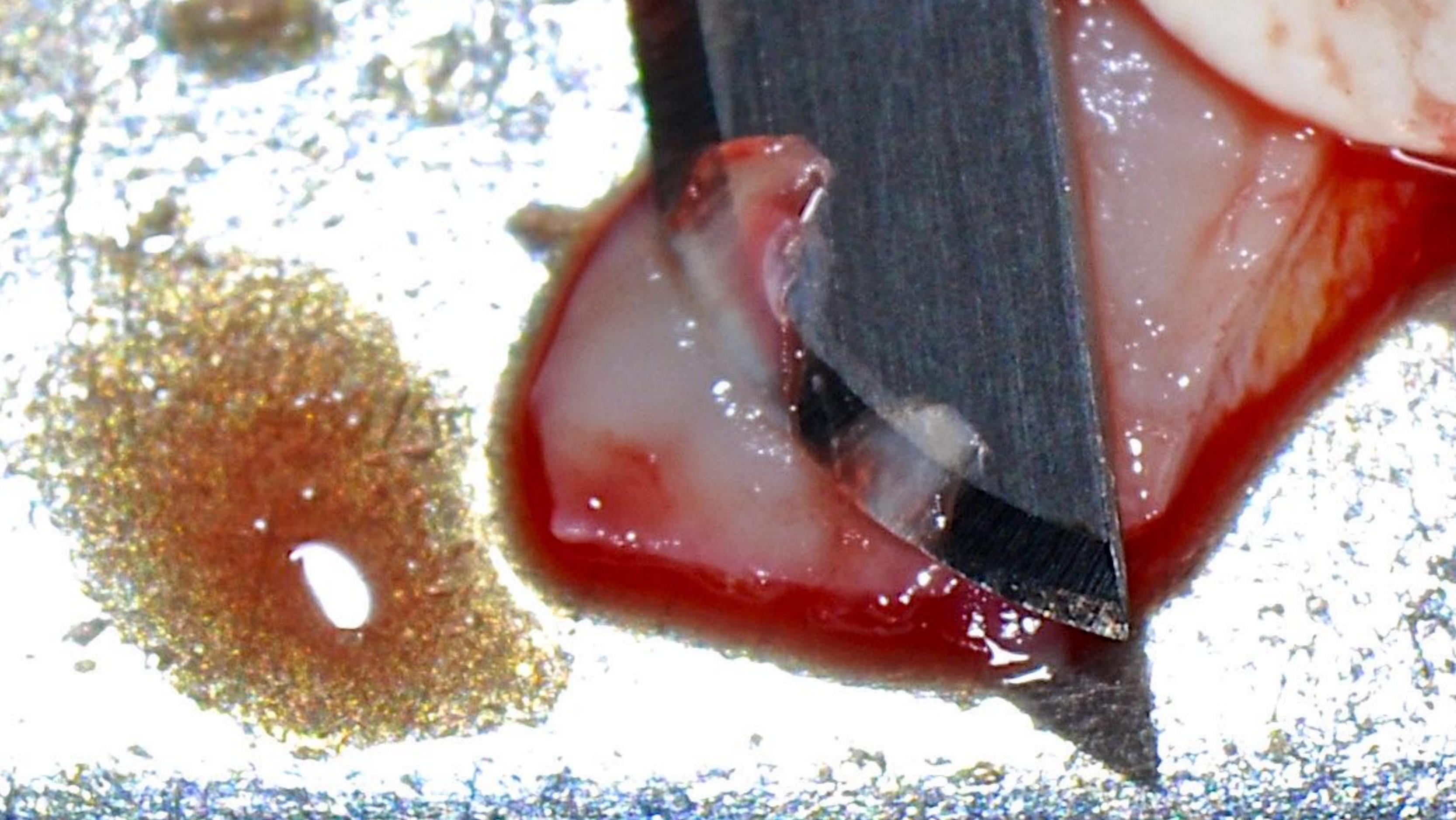
Описание слайда 109

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



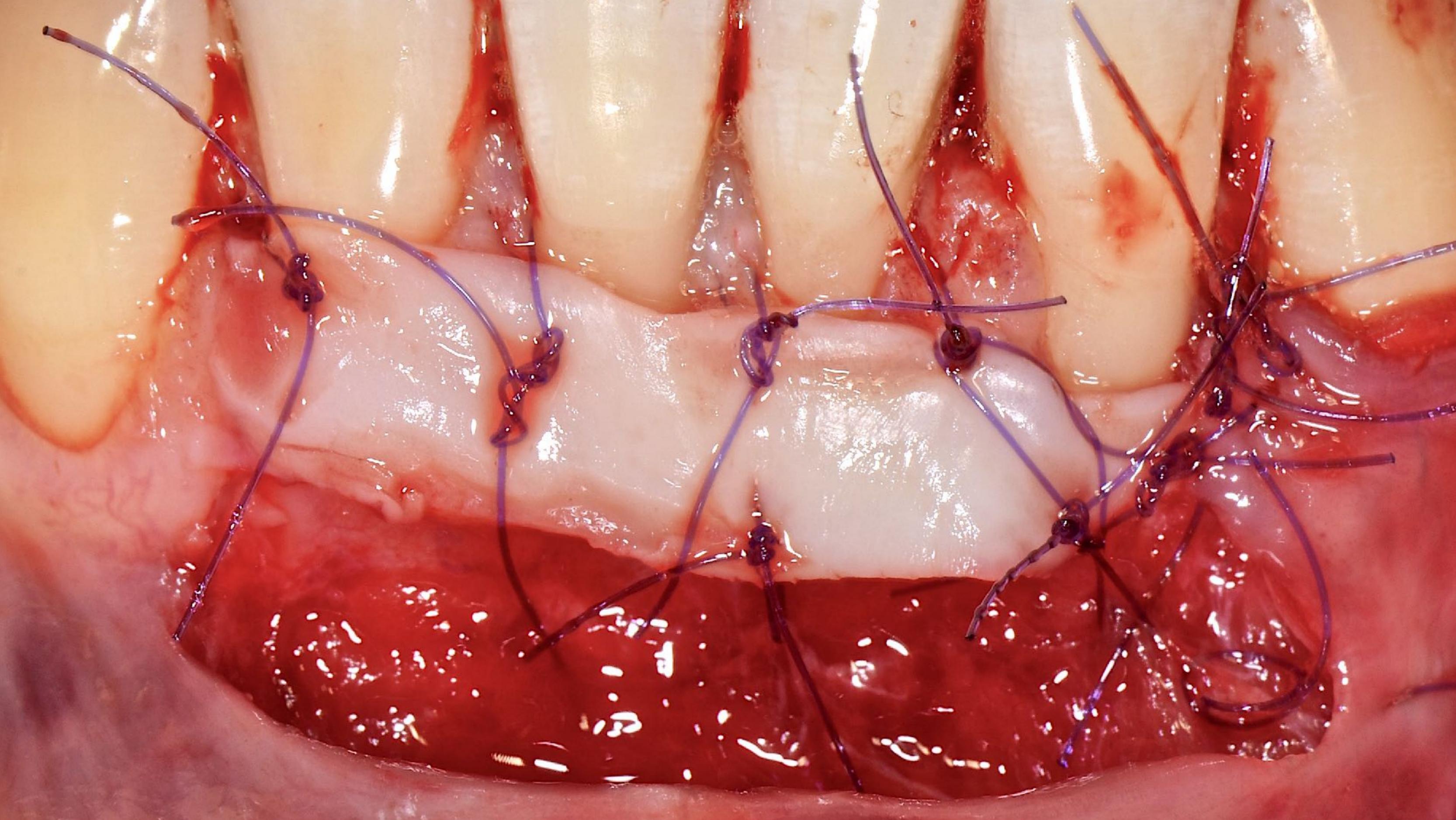
Описание слайда 110

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



Описание слайда 111

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



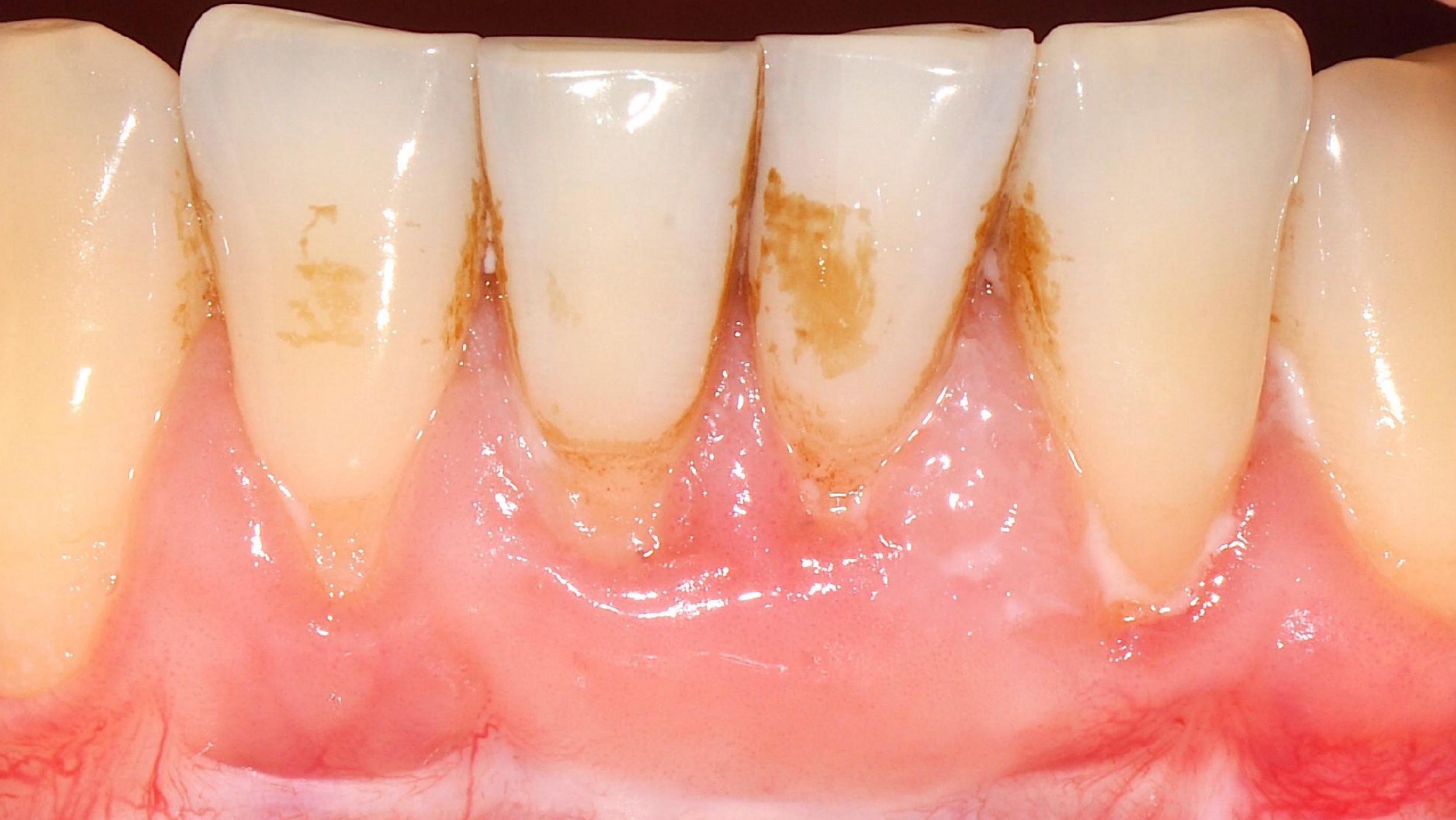
Описание слайда 112

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



Описание слайда 113

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.



Описание слайда 114

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



Описание слайда 115

Результат клинического примера спустя 3 месяца. Увеличение объёма 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.



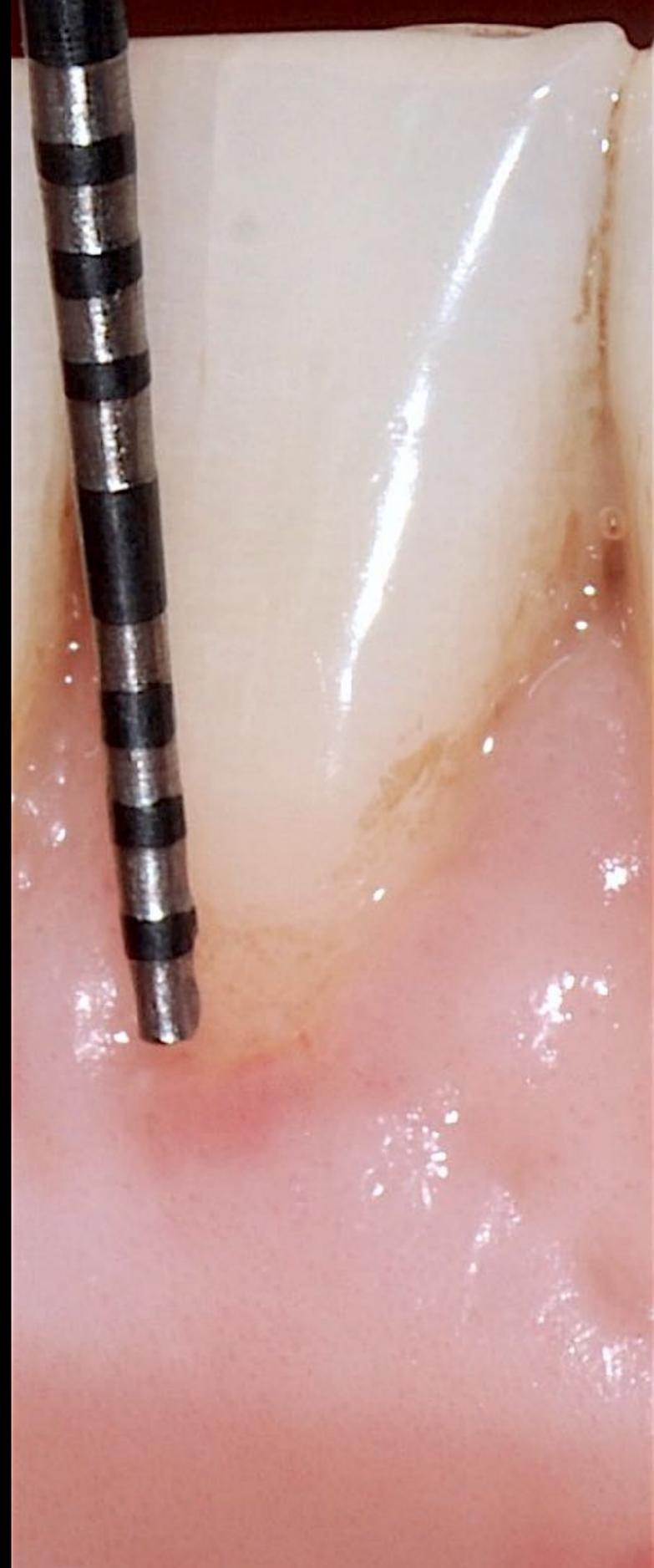
Описание слайда 116

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



Описание слайда 117

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.



Описание слайда 118

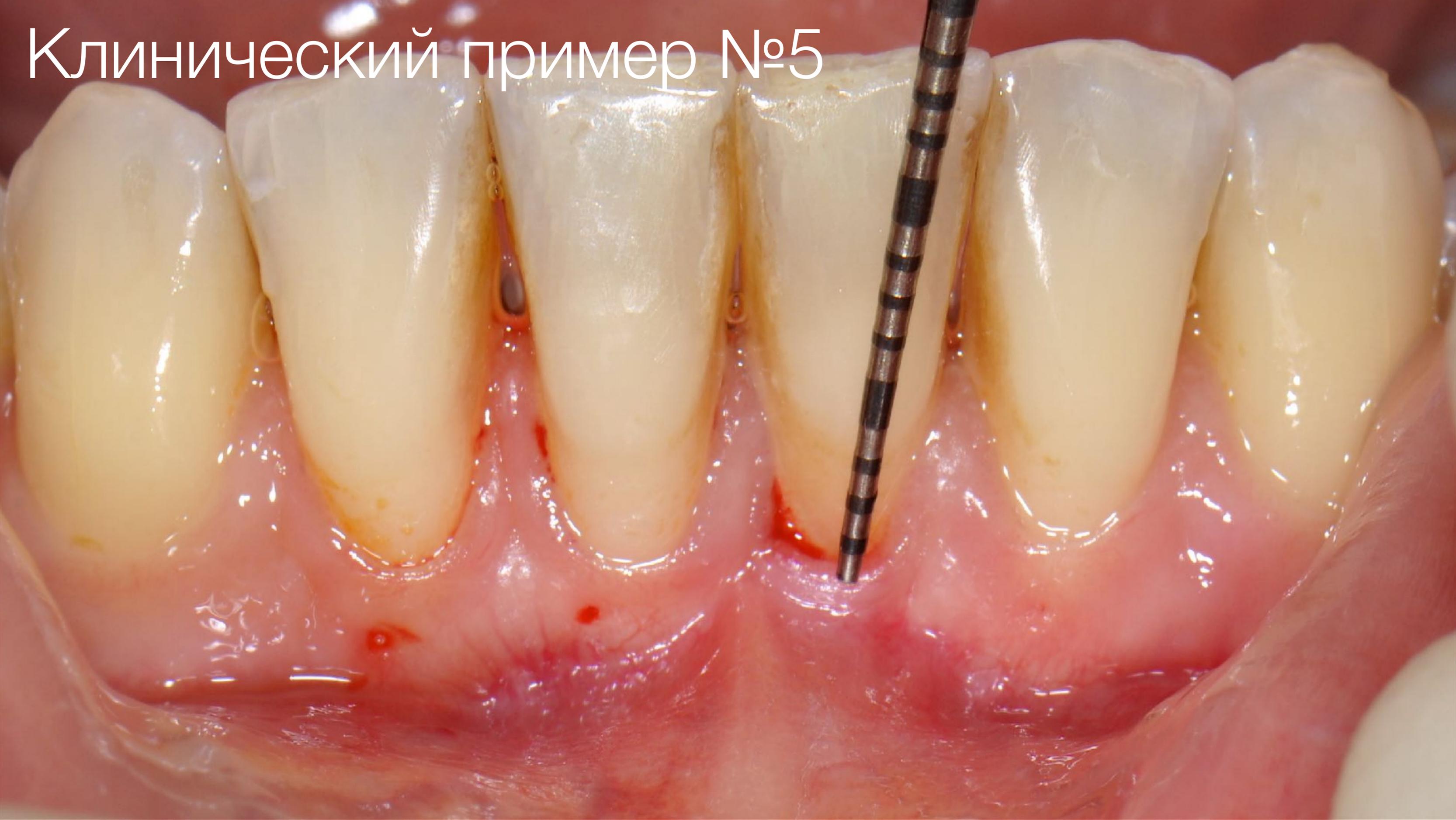
Измерения для пародонтальной карты. Регистрируем сохранившиеся рецессии. Уменьшенные в обвеем, но имеющие место быть. Регистрируем их в карте.



Описание слайда 119

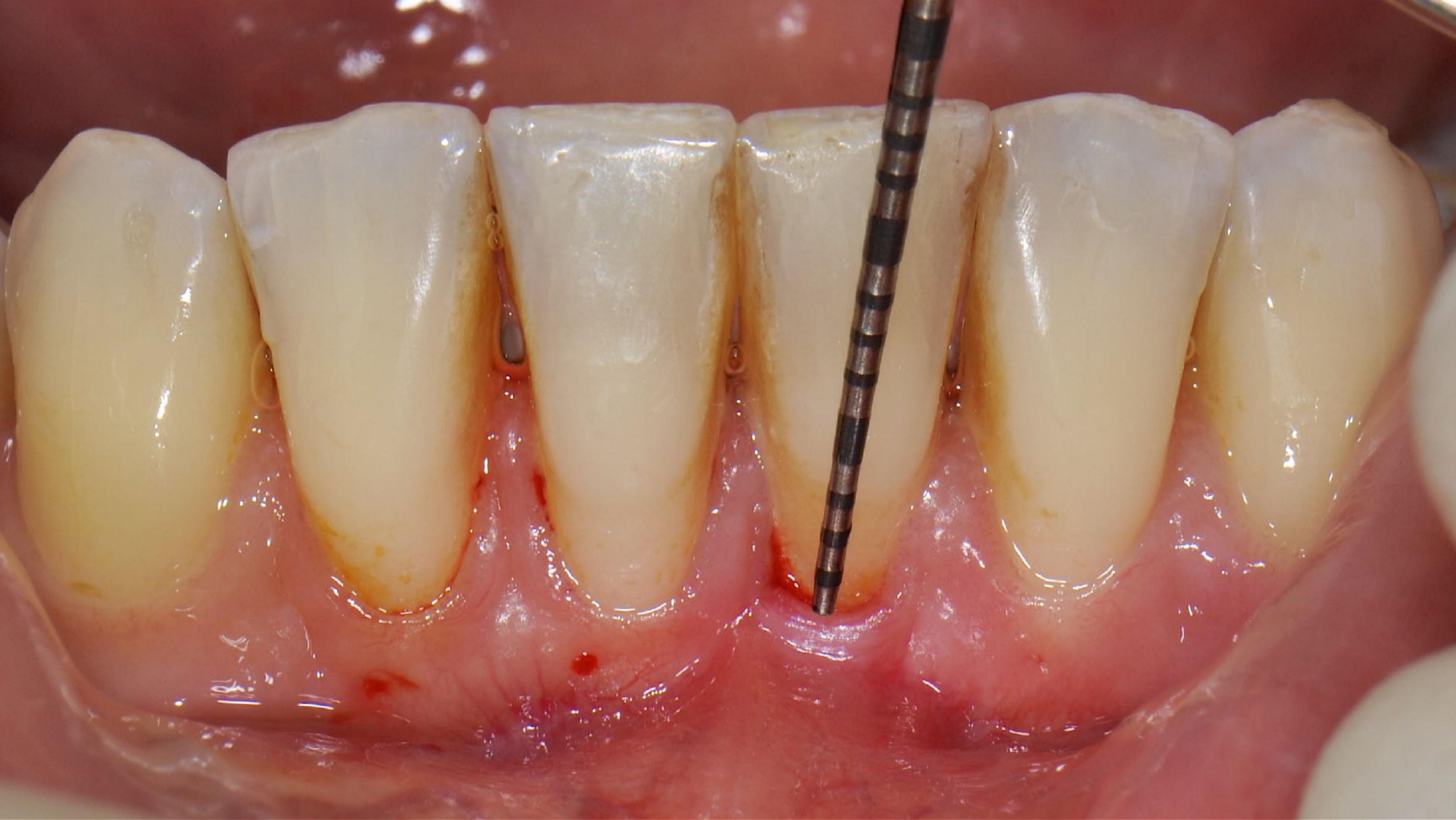
Клинический пример вестибулопластики с СДТ. Есть неглубокие рецессии, но все они 3 класса. Везде убыль МЗС,. Также СМТ и мелкое преддверие полости рта.

Клинический пример №5



Описание слайда 120

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



Описание слайда 121

Продолжение пародонтальной карты, измерения РРД.



Описание слайда 122

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



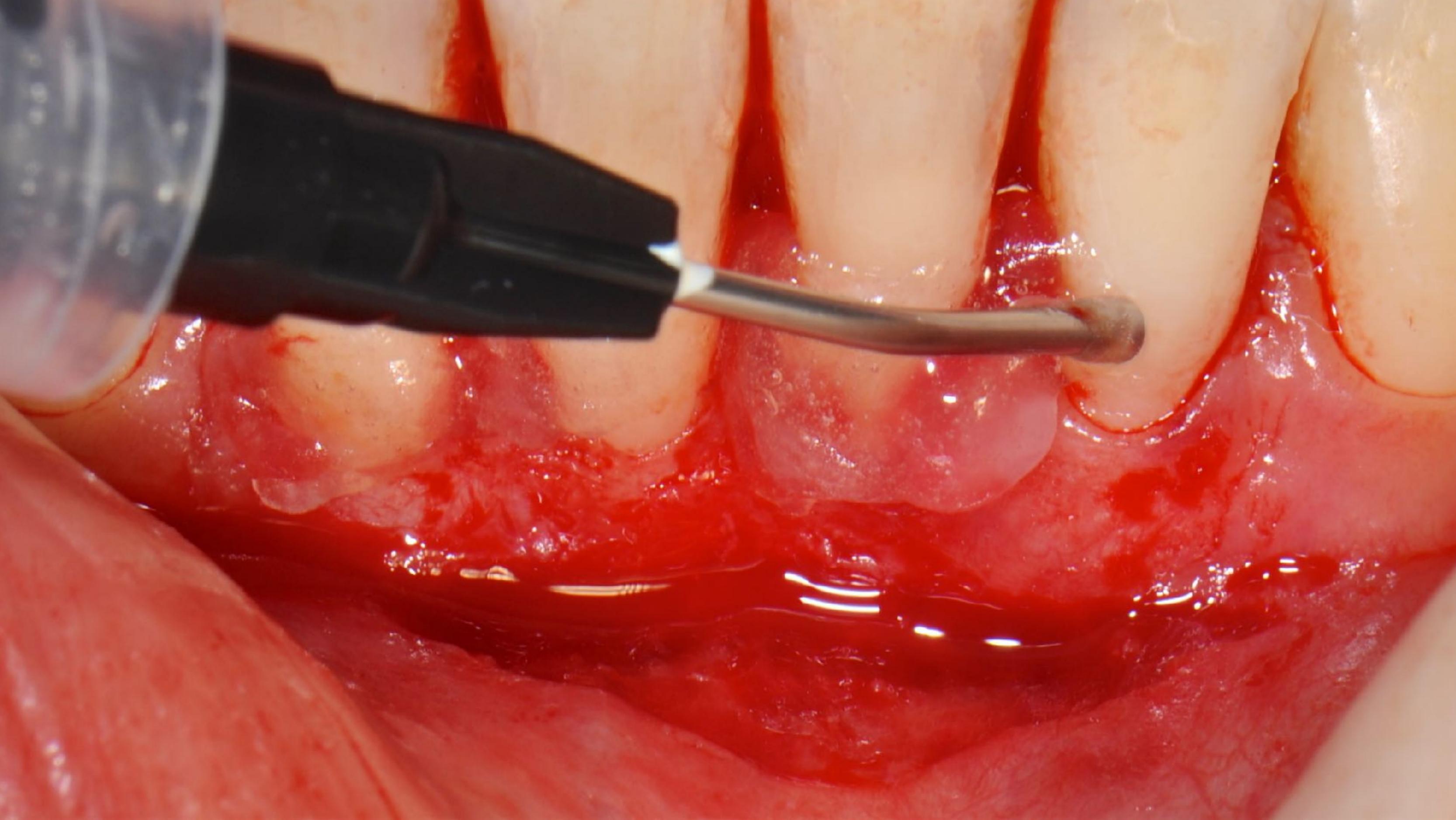
Описание слайда 123

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



Описание слайда 124

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



Описание слайда 125

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



Описание слайда 126

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



Описание слайда 127

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



Описание слайда 128

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



Описание слайда 129

Удаление импрегнированного дентина зоноспецифической кюретой Грейси.



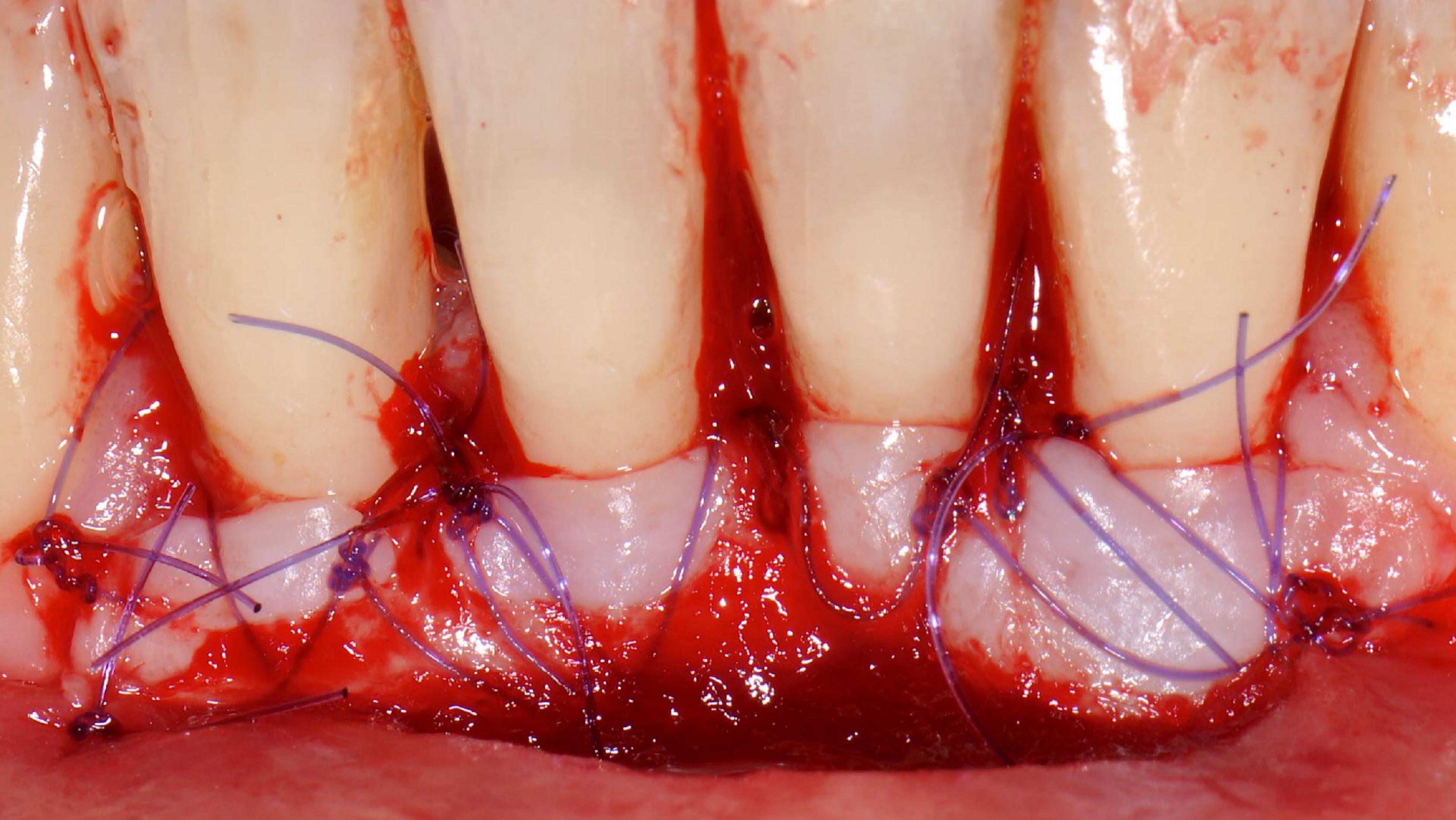
Описание слайда 130

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



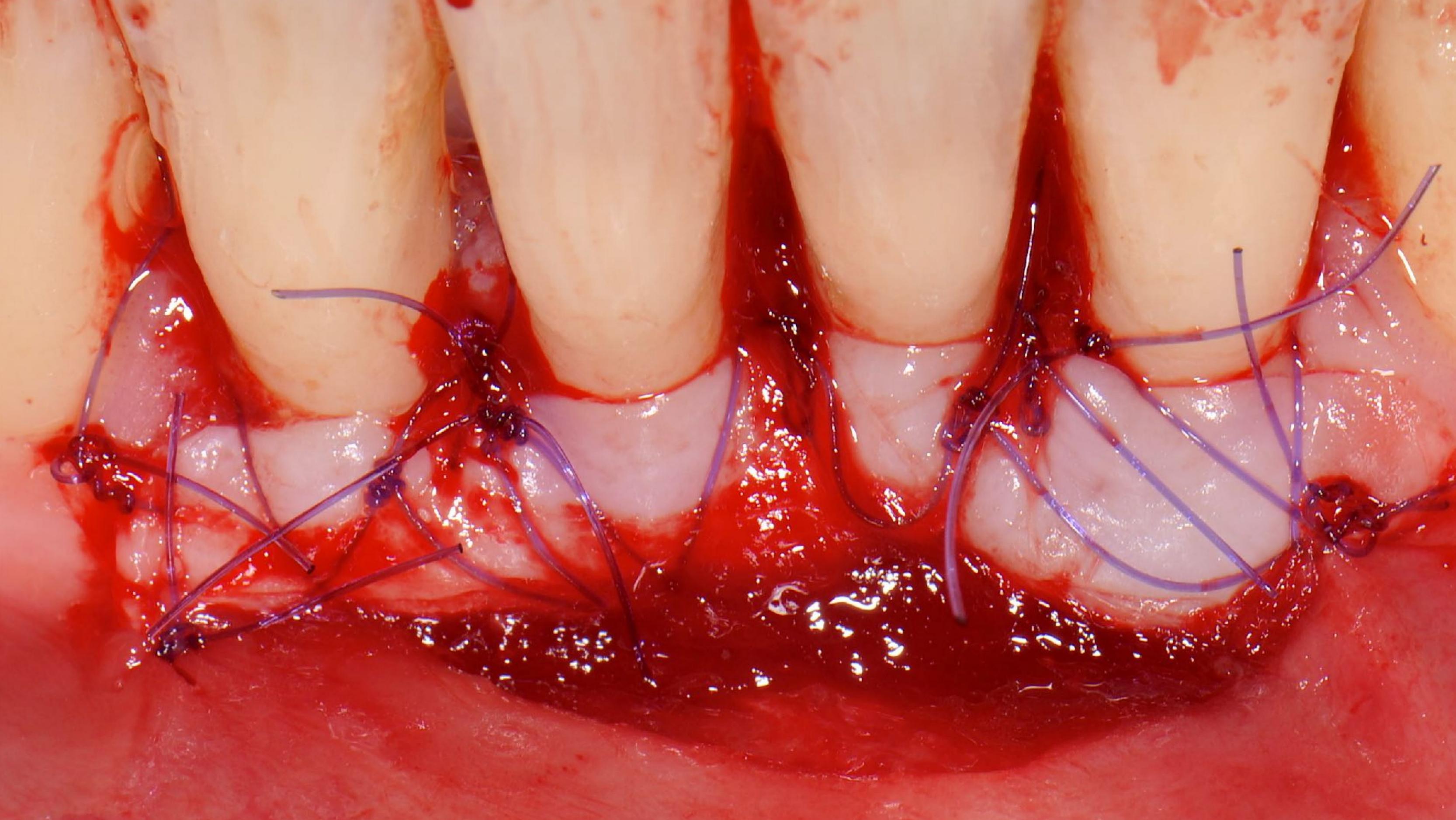
Описание слайда 131

СДТ длиной 25 мм. Очень приличный по размеру.



Описание слайда 132

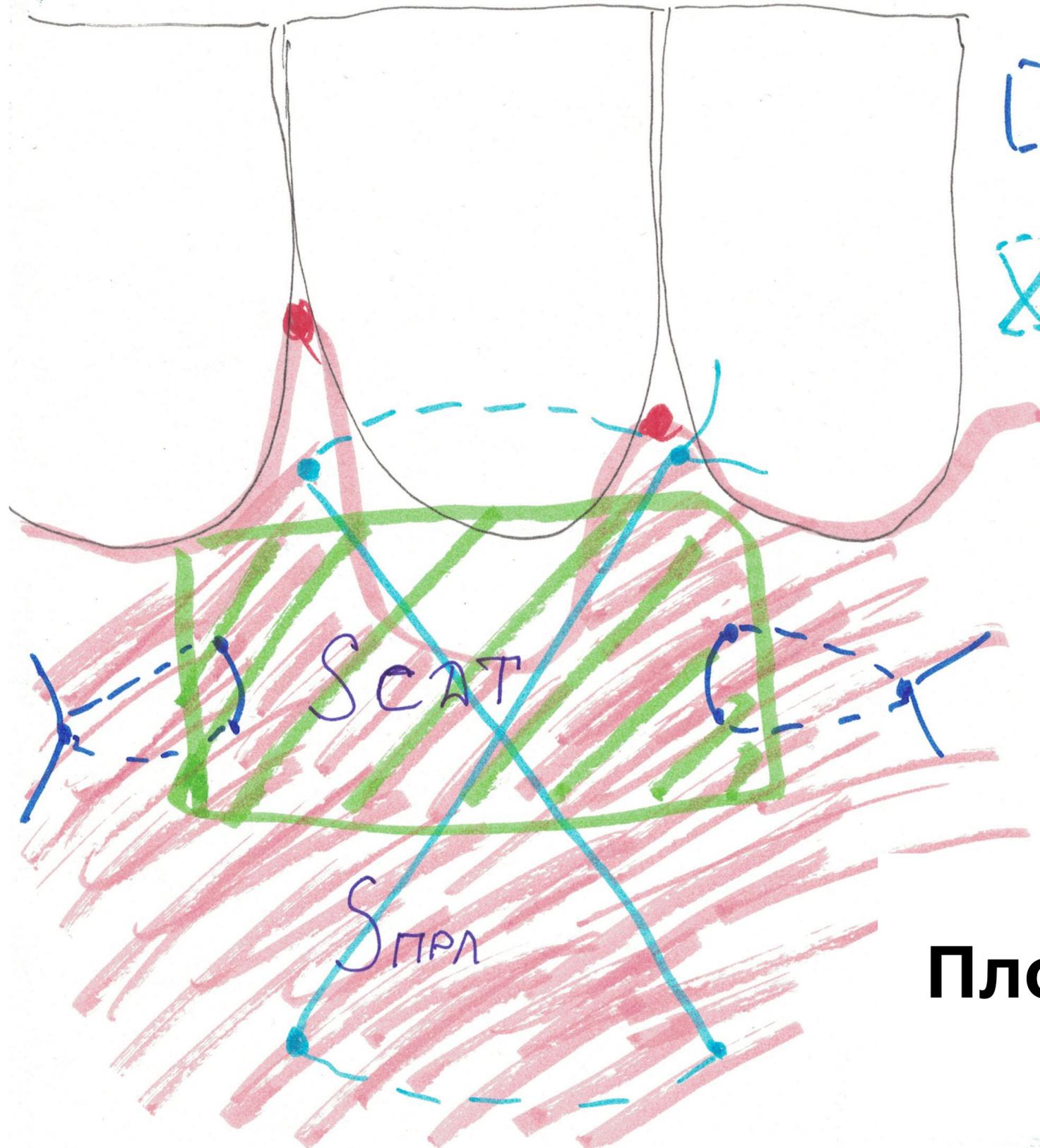
Фиксация СДТ. В МЗС простыми узловыми швами к сосочкам, крестообразными прижимающими швами СДТ в области каждого зуба. Позиционировал СДТ не так высоко, как нам хотелось бы. Наша задача здесь - вестибулопластика, иначе СДТ умрет. Поверхность мертвой зоны сильно увеличивается. А тут уже есть проблемы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



Описание слайда 133

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

Карман-Конверт Рацке (1985)



Швы «на вожжах»



Матрасные крестообразные швы



**Площадь Принимающего ложа =
Площадь СДТ + 3-5 мм по периметру**

Описание слайда 134

Методика родилась в Чехии. В 1985 году профессор Рацке при одиночных рецессиях или незначительных поражениях, но при сложностях, где не провести корональное 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 апроксимально 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 периимплантной 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. Деэпителизация 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.

Описание слайда 135

План мастер-класса