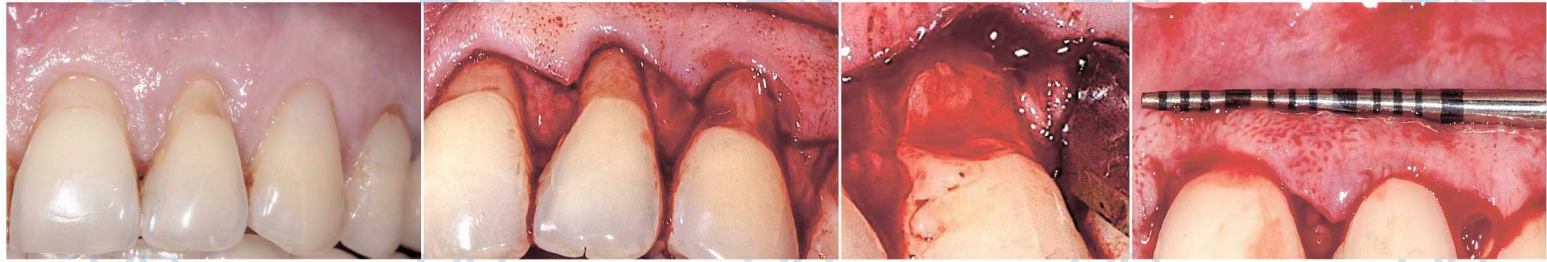


**1. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ 1-2 КЛАССА ПО МИЛЛЕРУ В ОБЛАСТИ 21-24-ГО ЗУБОВ**

Случай описывает применение коллагеновой мембраны ТМО (dura mater) в качестве пластического материала для утолщения биотипа десны при лечении множественной рецессии вместо свободного деэпителизированного аутотрансплантата с неба



1. Исходная клиническая картина в полости рта. Рецессии десны в области 21-го, 22-го, 23-го и 24-го зубов 1-2 класса по Миллеру. Отсутствие прикрепленной десны в области 22-24 зубов.

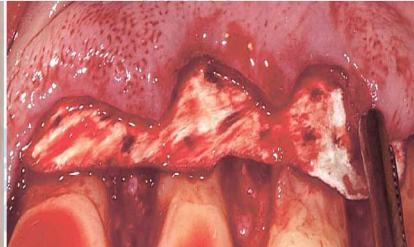
2. Дизайн операции апикально-коронального смещения в двухслойной методике адекватной хирургической технике по М. де-Санктис, Дж. Зуккелли (2000).

3. Деэпителизация анатомических межзубных сосочков острым методом (скальпелем) для создания акцептной зоны для хирургических сосочков (СНЛ).

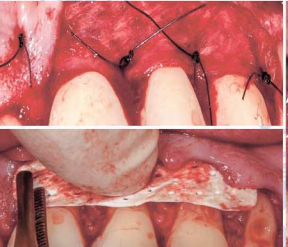
4. Размер необходимого трансплантата составляет в области 21-го и 22-го зубов 15 мм. Для формирования прикрепления и утолщения биотипа десны в области 21-22 зубов около 30 мм.



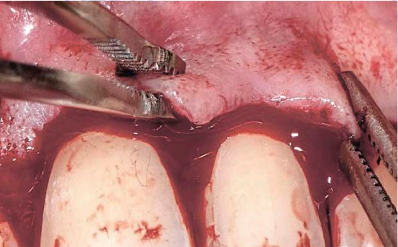
5. Предварительно моделированная ножницами и перфорированная пародонтальным зондом в сухом виде аллогенная коллагеновая мембрана ТМО (dura mater) готовая к гидратации.



6. Фиксация ТМО на уровне ЦЭС, где необходимо создание прикрепленной десны. Восстанавливает уровень биологической ширины на физиологическом уровне.



7. Фиксация двойными обвивными петлевидными швами к зубам или одиночными узловыми швами к анатомическим деэпителизированным сосочкам.



8. Контроль мобильности СНЛ, при необходимости дополнительная мобилизация острым методом. Дизайн СНЛ сопоставляется с анатомическими сосочками.



9. Фиксация СНЛ двойными обвивными петлевидными швами к зубам от центрального зуба к дистальному билатерально. Полное закрытие мембраны ТМО СНЛ.



10. Клиническая картина в полости рта спустя 3 месяца после операции. Заметное утолщение объема прикрепленной кератинизированной десны. Уменьшение глубины рецессий.

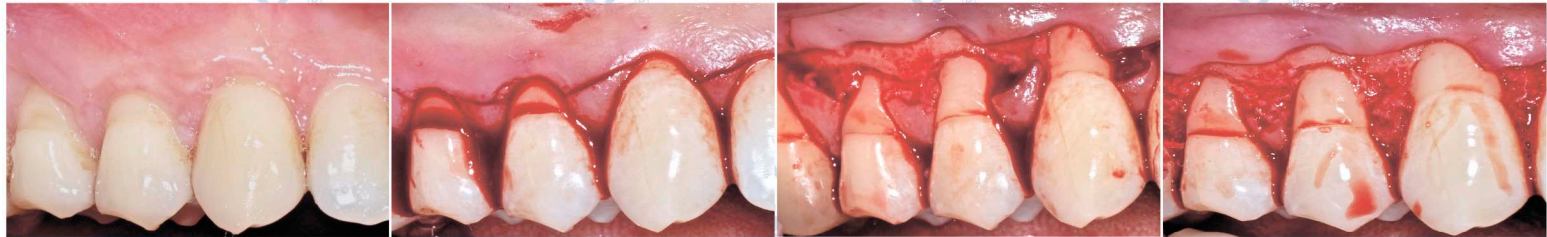


11. 6 месяцев. Объем десны в пределах физиологической нормы. Восстановление объема межзубных сосочков. Уменьшение глубины рецессий.



12. 12 месяцев. Финальные реставрации некариозных поражений в области ЦЭС. Полное устранение рецессии десны и восстановление объема и качества мягких тканей.

**2. УСТРАНЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ 2 КЛАССА 13-15-ГО ЗУБОВ ПЕРЕД ОРТОДОНТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ**

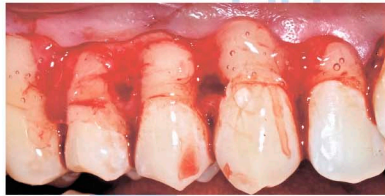


1. Исходная клиническая картина в полости рта. Рецессии десны в области 13-го, 14-го, 15-го и 16-го зубов 2 класса по Миллеру. Отсутствие прикрепленной десны в области 13-16 зубов.

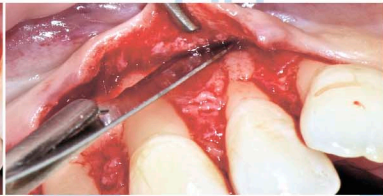
2. Дизайн операции апикально-коронального смещения в двухслойной методике адекватной хирургической технике по М. де-Санктис, Дж. Зуккелли (2000).

3. 14-ый зуб выбран центральным зубом рецессии. СНЛ медиально билатерально ротируется к нему. СНЛ полнослойный с максимальным сохранением надкостницы.

4. Деэпителизация анатомических межзубных сосочков острым методом (скальпелем) для создания акцептной зоны для хирургических сосочков (СНЛ).



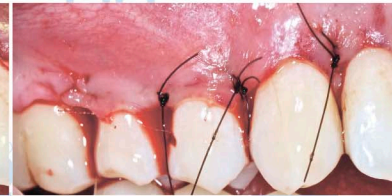
5. Химическая обработка поверхностей корней зубов гелем 18-22% ЭДТА, экспозиция 2 минуты. Удаление бактерий из бесклеточного цемента поверхности корня.



6. Контроль мобильности СНЛ, при необходимости дополнительная мобилизация острым методом (скальпелем). Дизайн СНЛ сопоставляется с анатомическими сосочками.



7. Фиксация ТМО на уровне ЦЭС, где необходимо создание прикрепленной десны. Восстанавливает уровень биологической ширины на физиологическом уровне.



8. Фиксация СНЛ двойными обвивными петлевыми швами к зубам от центрального зуба к дистальным билатерально. Полное закрытие мембраны ТМО СНЛ.



9. Клиническая картина в полости рта спустя 9 месяца после операции. Заметное утолщение объема прикрепленной кератинизированной десны. Уменьшение глубины рецессий.



10. 18 месяцев. Объем десны в пределах физиологической нормы. Восстановление объема межзубных сосочков. Уменьшение глубины рецессий 13, 14, 15 и 16 зубов.



11. 30 месяцев. Финальные реставрации некариозных поражений в области ЦЭС. Полное устранение ецессии десны и восстановление объема и качества мягких тканей.

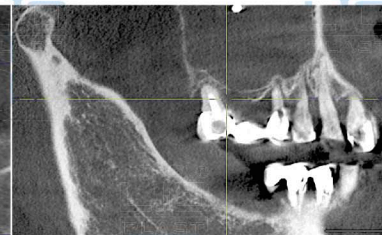
### 3. СРАВНИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КСЕНО- И АЛЛОМАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ПОДЪЯТИЯ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ



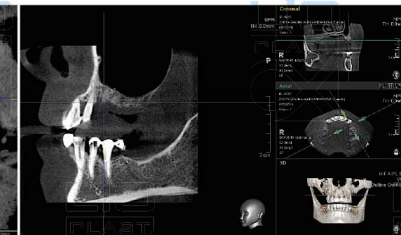
1. Исходная картина. ХГП тяжелой степени тяжести, адентия 36, 37, 47, 46 зубов. Зондирование 17-14, 24-27 зубов 12 мм, подвижность, обнажение шеек на 1/2 длины корней.



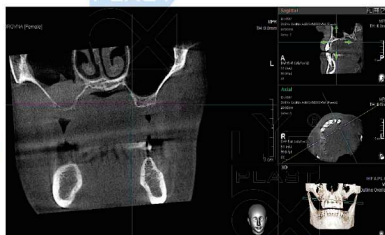
2. Зарегистрирована резорбция альвеоляра верхней челюсти, достигающая апексов отдельных зубов, в среднем на 2/3 длины корней, с преобладанием вертикальной.



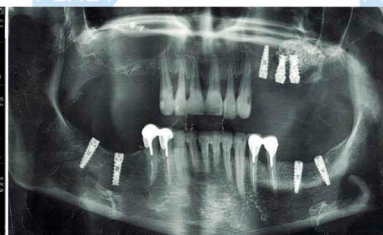
3. В области верхне-челюстной пазухи справа были обнаружены плембировочный материал в пазухе справа с периферическим отеком слизистой в/ч пазухи справа.



4. Удаление зубов в/ч (частично). Кюретаж лунок и консервация с применением материала «Лиопласт-С»® (спонгиозный минерализованный порошок). Высота кости 4,2 мм.



5. Объем кости определяет выбор материала и хирургической методики. В 1-ом квадранте - аллоблок с бикортикальной фиксации имплантата, во 2-ом - классический синус-лифт с ксенографтом.



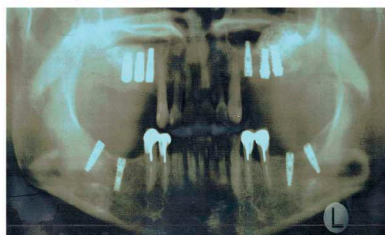
6. Рентгенологическая картина после имплантации во 2-ом квадранте. Материал рентген-контрастный, достижение оптимальной первичной стабильности имплантатов.



7. Разница в электронной плотности материала по причине разницы в происхождении и технологии производства. Аллогенный материал на снимке более гомогенный.



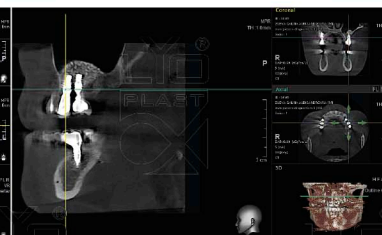
8. На снимке заметно, что ксено-материал не замещился собственными тканями по всему объему. В области алломатериала структура имеет физиологический вид.



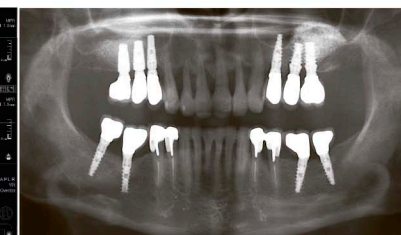
9. Компьютерная томография спустя 6 месяцев после установки имплантатов. Все имплантаты стабильны, готовы к протезированию. Заметна разница рисунка в синусах.



10. Компьютерная томография спустя 12 месяцев. Выполнено протезирование одиночными коронками на имплантатах с изготовлением индивидуальных абатментов.



11. Хорошо визуализируются гранулы ксеноматериала, оставшиеся не замещенными собственными тканями по причине низкого регенераторного потенциала пациента.



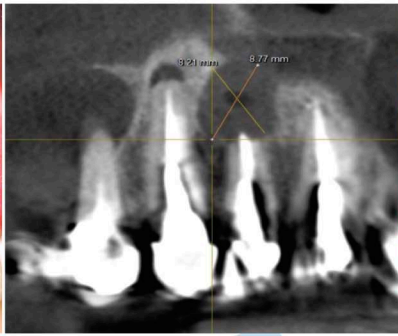
12. В первом квадранте визуализируется новая кость хорошего качества без остатков материала. Во втором квадранте - гранулы материала имеющие характерный рисунок.



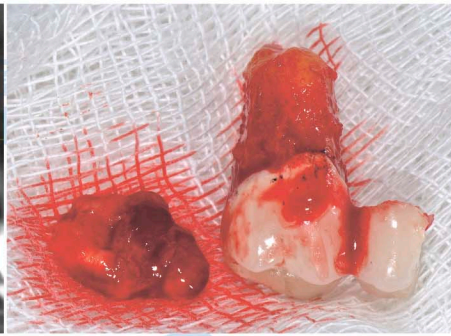
#### 4. ЦИСТЭКТОМИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ 12-ГО 13-ГО И 14-ГО ЗУБОВ. ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ



1. Исходная клиническая картина в полости рта. Диагностирована одонтогенная киста верхней челюсти с сохранением целостности оболочки кисты.



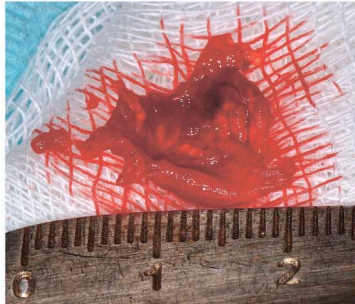
2. Компьютерное томографическое обследование. Визуализируются кисты на 12-13-14 зубах размером 8,5 мм в диаметре и более. Частичный или полный лизис корней зубов.



3. Удаление 16-го зуба, цистэктомия, ревизия лунки. Частичный лизис корней зуба, грануляционные образования и участки оболочки кисты.



4. Разрез и скелетирование альвеолярного отростка. Визуализация кисты в области корней 14-го и 15-го зубов большого размера. Резорбция вестибулярной костной стенки.



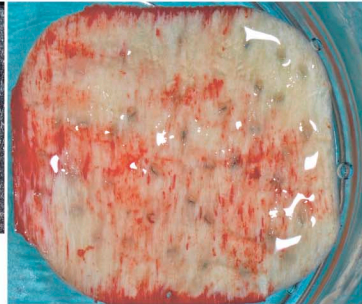
5. Цистэктомия, ревизия дефекта. Вылущенная киста размером 15 мм. Оболочка кисты сохранна, части оболочки кисты в полости отсутствуют.



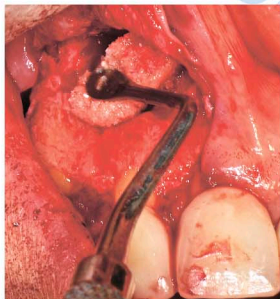
6. Приготовление костного биоимплантата. Смешивание деминерализованного порошка компактной кости и минерализованного спонгиозного порошка.



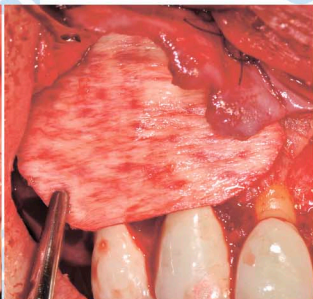
7. Приготовление биоимплантатов и PRF-мембраны. Получение фибринового сгустка из венозной крови пациента в пробирках с активатором.



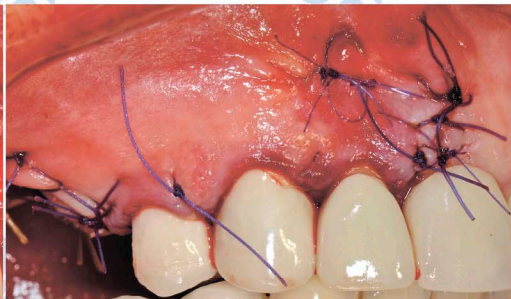
8. Приготовление биоимплантата - коллагеновой мембраны (dura mater). Моделированная в сухом виде, перфорированная мембрана ТМО, регидрированная в 0,9 % NaCl.



9. Заполнение дефектов после цистэктомии. Формирование остеотропного биоимплантата с добавлением жидкой фракции фибринового клея.



10. Заполнение дефекта после цистэктомии. Перфорированная в сухом виде мембрана ТМО (dura mater) для профилактики послеоперационного отека и лучшей васкуляризации.



11. Сведение краев лоскутов и ушивание операционной раны. Двойной обвивной матрасный шов для плотной фиксации СНЛ. Одиночные узловые швы в зоне перфорации СНЛ.

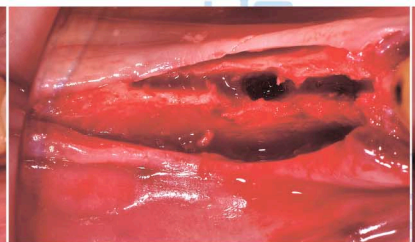


12. Клиническая картина в полости рта через 12 месяцев. Восстановление объема альвеоляра по высоте и ширине. Мягкие ткани в норме. Цвет десны бледно-розовый.

#### 5. АУГМЕНТАЦИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА МЕТОДОМ РАСЩЕПЛЕНИЯ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ



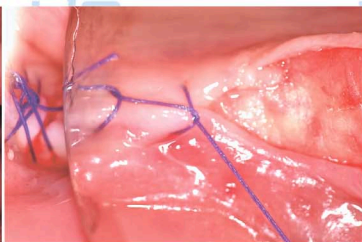
1. Исходная клиническая картина в полости рта. Атрофия альвеолярного отростка в позициях 46-го, 47-го и 48-го зубов. Атрофия мягких тканей десны.



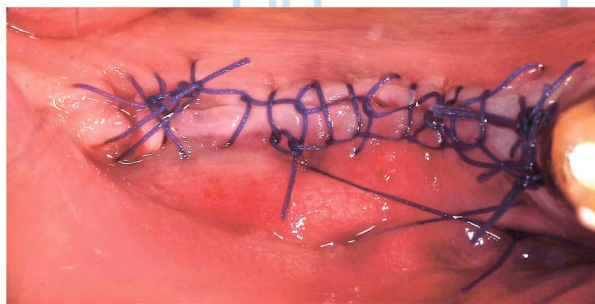
2. Аугментация альвеолярного отростка методом расщепления. Расширение альвеоляра поочередной заменой экспандеров в позициях имплантатов.



3. Установка имплантатов в хирургические лунки. Установка имплантатов субкортикально с минимальным погружением под компактную пластинку.



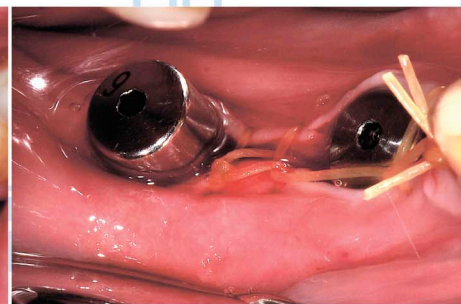
4. Сведение краев лоскутов и ушивание операционной раны. Закрытие коллагеновой мембраны ТМО (dura mater) СНЛ по всей поверхности. Непрерывный узловый шов.



5. Крупный матрасный крестообразный прижимной шов в основании альвеоляра. Компрессия и фиксация СНЛ к мембране ТМО и к альвеолярному отростку.



6. Клинический результат костной пластики через 8 месяцев. Увеличение объема альвеолярного отростка по высоте и ширине. Измерение толщины десны.

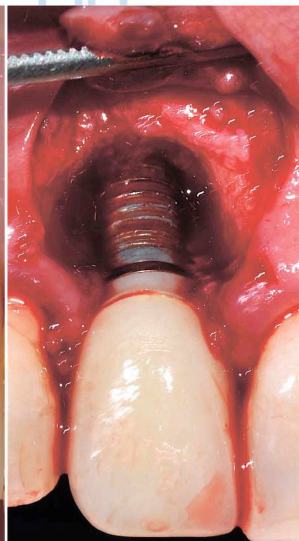


7. Установка формирователей десны соответствующего диаметра. Отсутствие атрофии в области имплантатов. Ушивание раны непрерывным узловым швом.

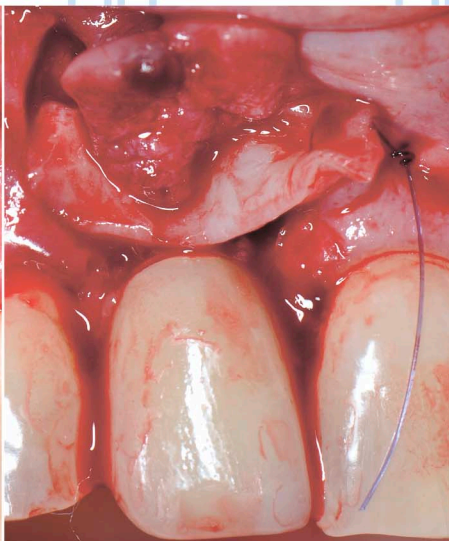
## 6. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИИМПЛАНТИТА 12-ГО ЗУБА



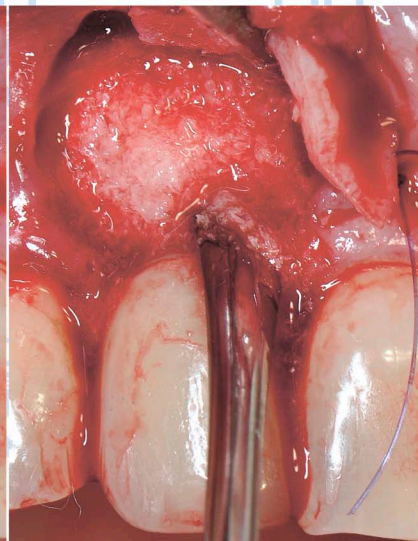
1. Исходная клиническая картина в полости рта. Зондирование в области межзубного сосочка. Погружение зонда на 10 мм в глубину. Геморрагия.



2. Костный дефект в области имплантата. Обширная костная резорбция в области имплантата. Круговой дефект с оголением больше половины длины.



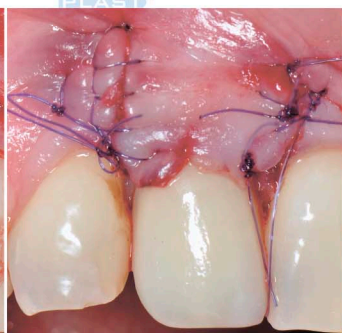
3. Формирование трапецевидного лоскута и его мобилизация. Расщепление СНЛ ниже уровня МГГ. Фиксация ауто трансплантата швом «на вожжах».



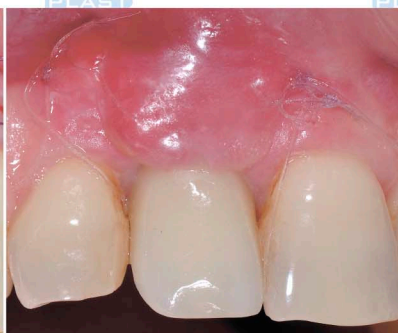
4. Заполнение костного дефекта в области имплантата. Минерализованный спонгиозный порошок гидратированный в 0,9 % NaCl. Внесение материала и конденсация.



5. Позиционирование ауто трансплантата и фиксация латерально. Равномерное распределение остеотропного биоимплантата под фиксированным ауто трансплантатом.



6. Сведение краев лоскутов и ушивание операционной раны. Фиксация СНЛ двойным обвивным петлевым швом к зубу. Субпериостальные стальные швы в основании СНЛ.



7. Клиническая картина в полости рта на момент снятия швов (14 дней). Формирование объема мягких тканей вестибулярно для замещения дефекта и регенерации.



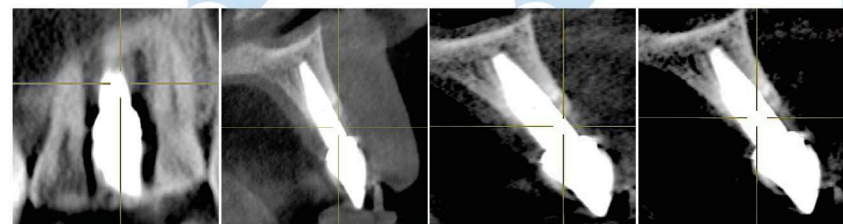
8. Клиническая картина через 2 месяца. Восстановление межзубных сосочков по высоте и объему. Движение тканей продолжается. Невысокие эстетические показатели.



9. Клиническая картина через 6 месяцев. Полное восстановление объема и качества мягких тканей. Физиологический вид. Высокие эстетические показатели. Норма.



10. Зондирование в области основания межзубного сосочка на глубину биологической ширины 1 мм. Формирование прикрепленной десны и восстановление кости.



Компьютерное томографическое обследование. Восстановление замыкающей компактной пластинки вестибулярно. Оригинальное фото и редактированные изображения. Наблюдается формирование костной структуры в области пластики.