

№ 1

Клинические примеры

NB! Все клинические примеры отцифрованы с фотослайдов и не подвергались никакой компьютерной обработке (кроме кадрирования)



Клиническая картина у 44, 43, 42 до операции. Пародонтальный зонд проникает в зубодесневой карман на всю длину. Глубина кармана свыше 10 мм. Изначальная рецессия у 43 – до 4 мм, у 42 – до 3 мм.



Откинута слизисто-надкостничные лоскуты. Костная деструкция у 43 – свыше 12 мм, у 42 (по медиальной поверхности) – свыше 10 мм.



Зафиксирована мембрана, проведена подсадка материала Bio-Oss. У 44 фиксация мембраны титановым винтом.



14 сутки после операции. Наблюдается выраженная рецессия десневого края по поверхности мембраны. Под мембраной в раневом экссудате – подсадочный материал. В этот период возможно дополнительное внесение материала. 45-41 шинирование временной конструкцией балочного типа, материал Evicrol.



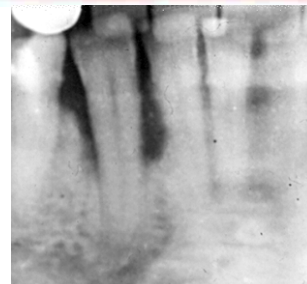
Сразу после удаления мембраны. (2 месяца после установки). Плотный сформировавшийся блок из Bio-Oss. Здесь также возможно дополнительное внесение материала. Межзубная прошивка лоскутов не обязательна.



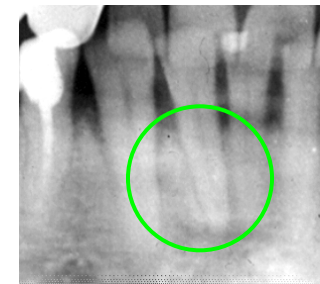
Через 1 месяц после удаления мембраны. Наблюдается эпителизация поверхности подсадочного материала. Пародонтальный карман отсутствует (рецессия у 43, 42 – до 4 мм).



Клиническая картина через 6 месяцев после операции. Костная деструкция не определяется. Пародонтальный карман до 1 мм. Итоговая рецессия на дооперационном уровне.



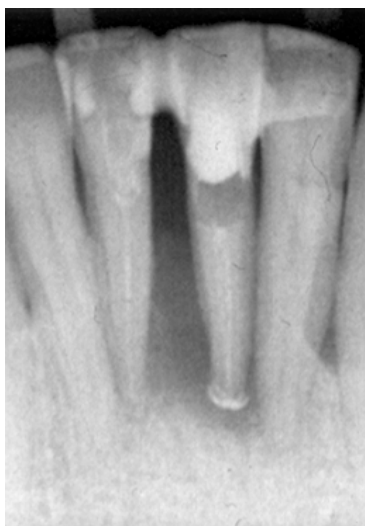
Rg до операции.
Максимальный костный дефект в области 43, 42.



Через 6 мес. после операции.
Реконструкция костной ткани с ростом пародонтальной связки.

Клинические примеры

NB! Все клинические примеры отцифрованы с фотослайдов и не подвергались никакой компьютерной обработке (кроме кадрирования)



Исходная ситуация 31 зуб находится вне кости и фиксирован в области коронковой части на соседних зубах за счет шины как "акробат".



Мембрана зафиксирована титановыми винтами, проведена подсадка материала Bio-Oss. Изначальная рецессия на 41 – 2 мм, 31, 32 – 3 мм.



Через 6 месяцев после операции. Наблюдается восстановление кости до 1/4 длины корня.



Зубы расшинированы. На зубы надеты две мембраны (рабочая и запасная). Повторное шинирование жесткой конструкцией с внутренним армированием ортодонтической проволокой для исключения послеоперационной подвижности и возможного разрыва связей – подсадочный материал – корень зуба.



Откинута слизисто-надкостничные лоскуты. Под корень зуба 31 введен инструмент с целью демонстрации, что зуб находится вне кости.



Через 6 месяцев после операции. Несмотря на косметические недостатки, решен главный вопрос – (возможно, впервые) удалось восстановить высоту альвеолярного отростка и частично (на 1/4 длины корня) погрузить зуб в кость. Повторными операциями можно в дальнейшем полностью восстановить анатомию альвеолярного отростка, существовавшую до пародонтита.

Клинические примеры

NB! Все клинические примеры отцифрованы с фотослайдов и не подвергались никакой компьютерной обработке (кроме кадрирования)



Клиническая ситуация у 11 до операции. Пародонтальный зонд проникает в зубодесневой карман на всю длину (глубина пародонтального кармана свыше 10 мм)



Откинута слизисто-надкостничная лоскут. Полное отсутствие кости с вестибулярной поверхности 11.



Зафиксирована мембрана, проведена подсадка материала Bio-Oss



Сразу после удаления мембраны (через 1,5 мес. после установки). Костноподобный блок из Bio-Oss.



Клиническая картина через 4 месяца после операции. Рецессия у 11 – до 1 мм. Пародонтальный карман – до 4 мм. Реальный прирост костной ткани – свыше 6 мм.