

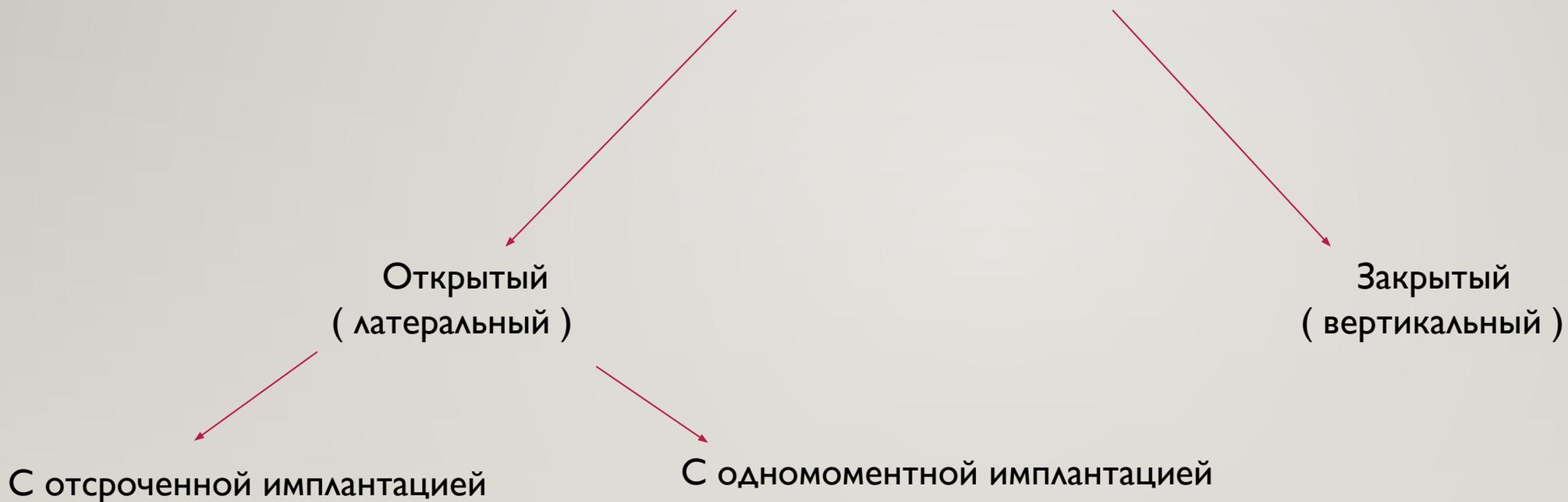
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М.
СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)
СНК КАФЕДРЫ ЧЛХ

СИНУСЛИФТИНГ

Презентацию подготовил студент
лечебного факультета, 5 курса , 31 гр. Гюн
Даниил-Недим Хюролович

СИНУСЛИФТИНГ (СУБАНТРАЛЬНАЯ АУГМЕНТАЦИЯ)

это хирургическая операция поднятия дна гайморовой пазухи для увеличения объема альвеолярного гребня до необходимого уровня, определяемого задачами имплантологического лечения



ПОКАЗАНИЯ



- Недостаточное для установки имплантов расстояние между вершиной альвеолярного гребня и дном верхнечелюстной пазухи.

ОТНОСИТЕЛЬН ЫЕ

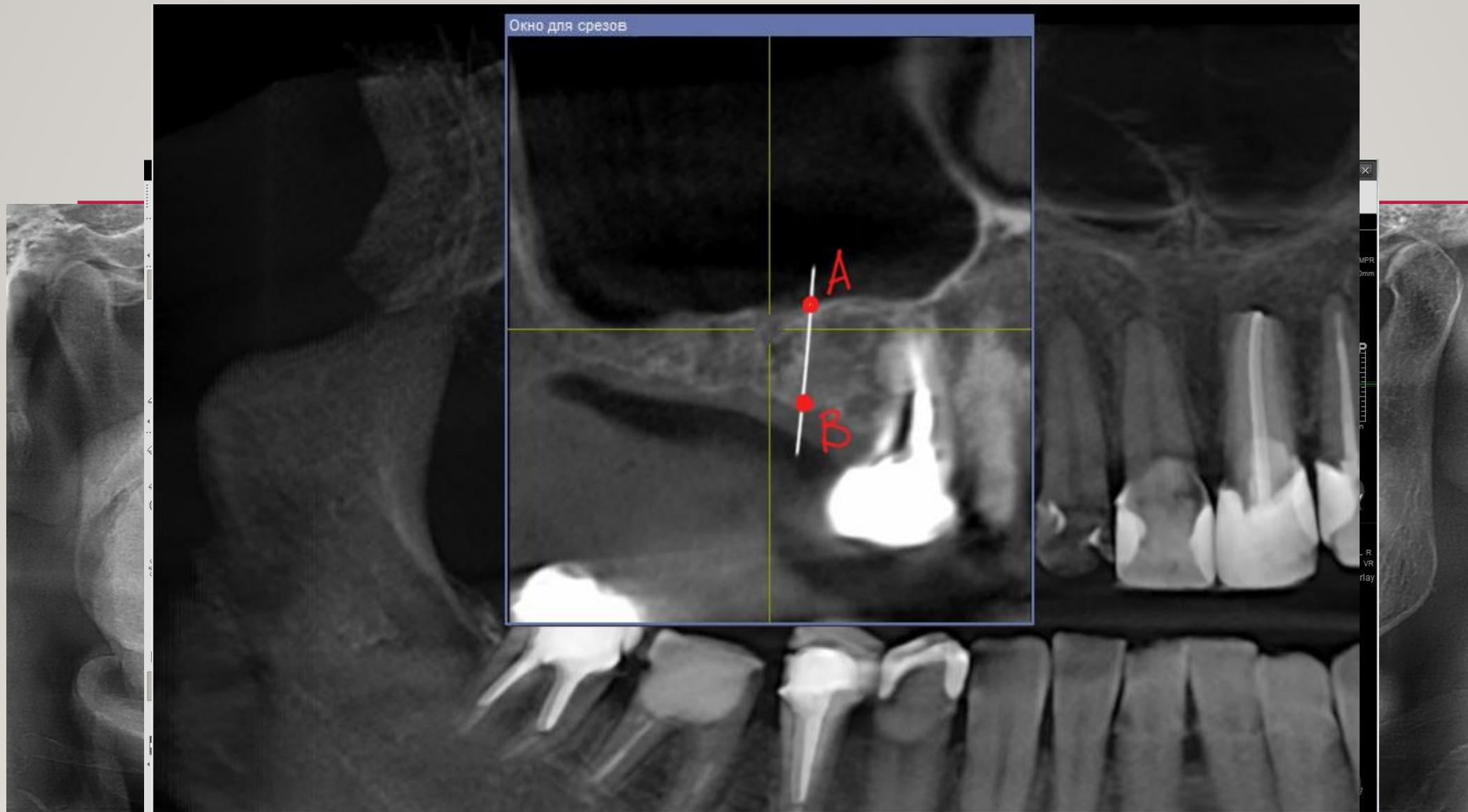
- Заболевания придаточных пазух носа в стадии обострения
- Заболевания зубочелюстной системы в стадии обострения
- Хронические соматические заболевание
- Неудовлетворительная гигиена полости рта

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ



АБСОЛЮТНЫЕ

- Злокачественная или доброкачественная опухолевая патология верхнечелюстных пазух.
- Некоторые аутоимунные заболевания.
- Заболевания, при которых нарушаются регенеративные способности организма.
- Прием лекарств подавляющих иммунитет
- Заболевание крови, нарушение свертывание крови

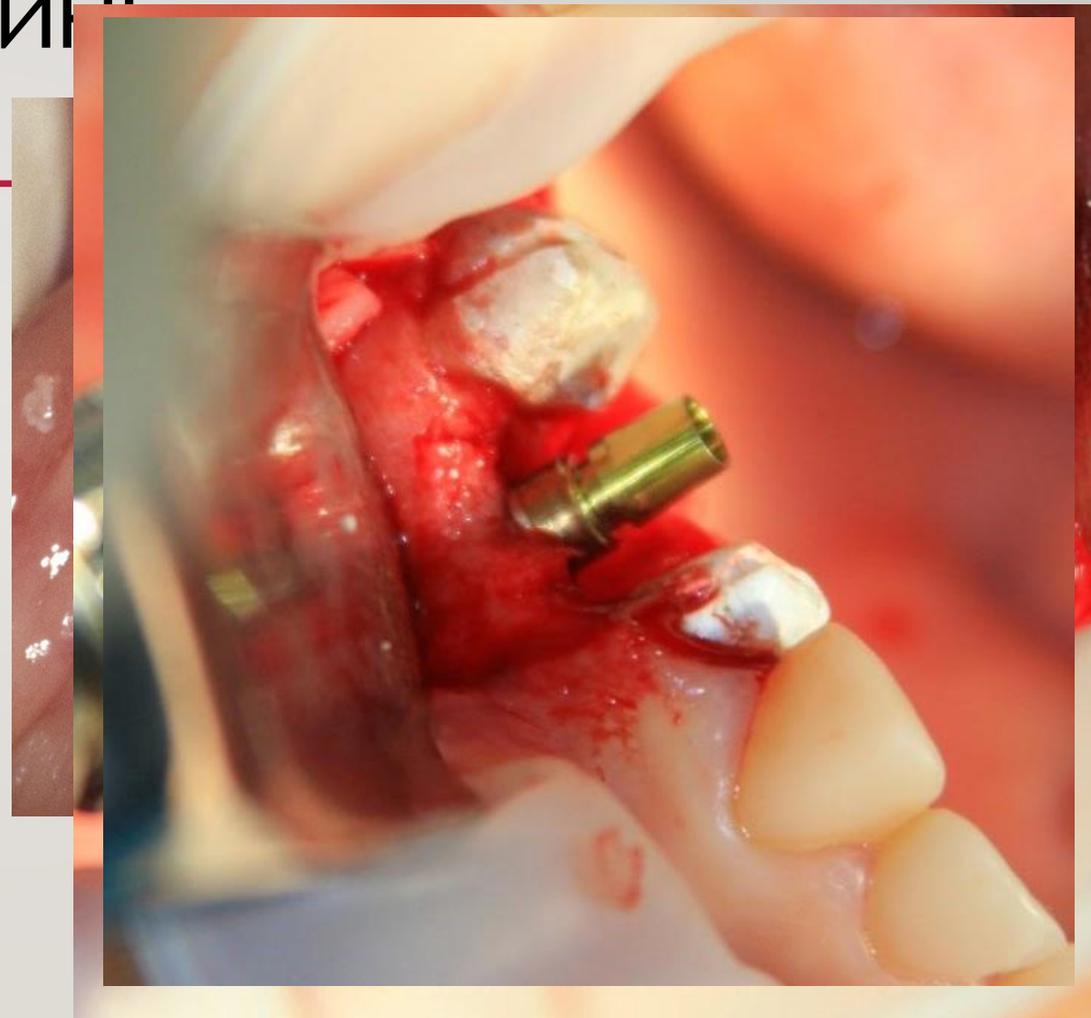


ЗАКРЫТЫЙ СИНУСЛИФТИНГ

Ход

операции

- Формируем цилиндрический канал в костной лунке.
- С помощью остеотомов спрессованный костный столбик вколачивается в слизистую для перемещения дна гайморовой пазухи.
- Помещаем в образовавшуюся полость спейсер (остеопластический материал)
- Установка импланта.



ОТКРЫТЫЙ СИНУСЛИФТИНГ

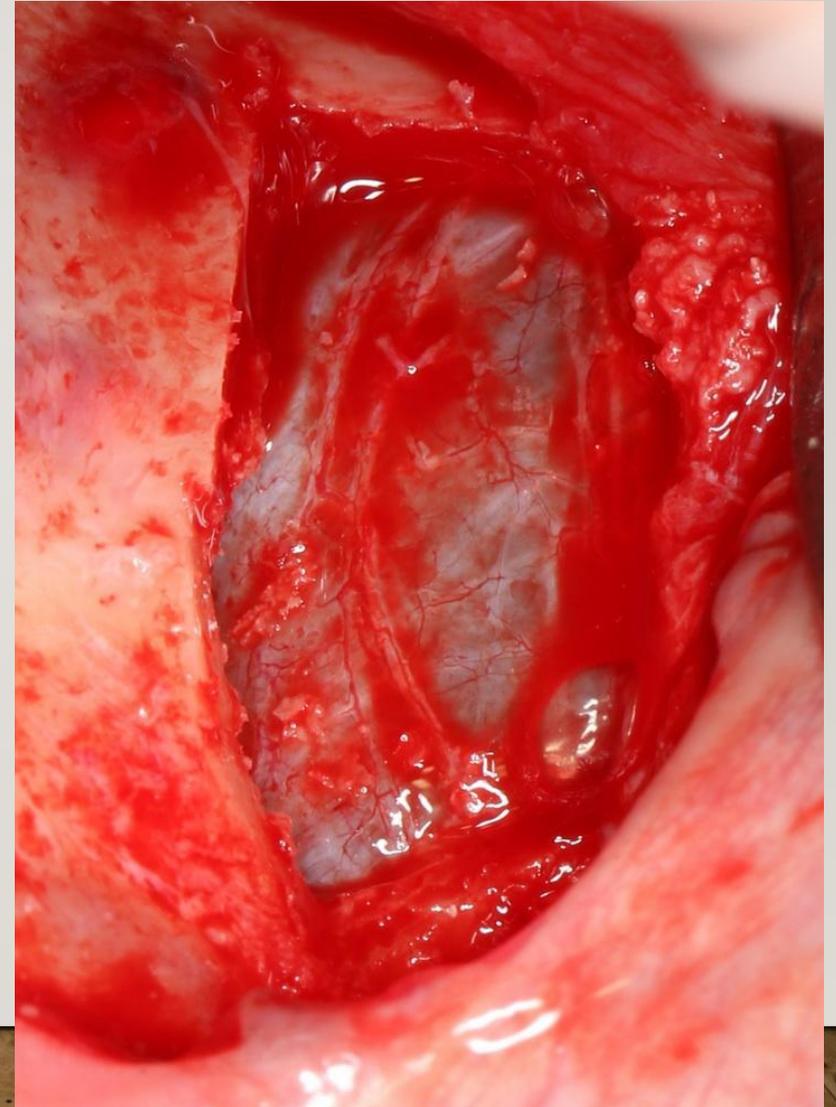
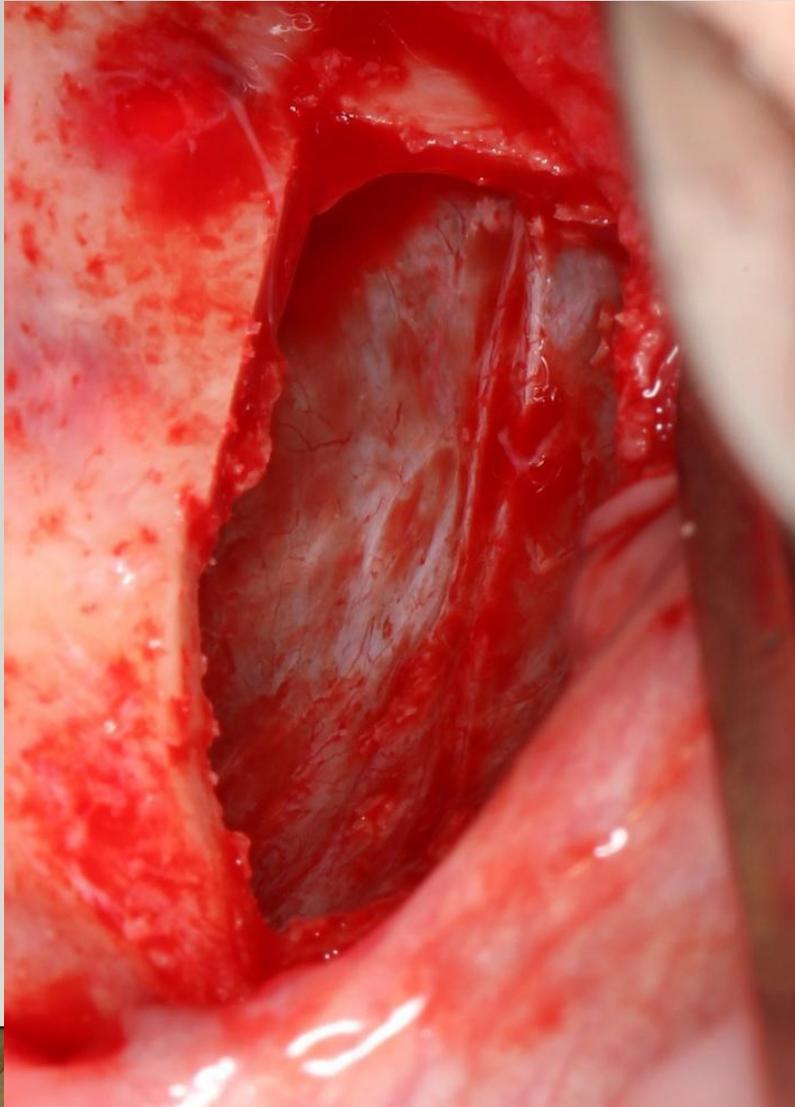
Ход
операции

1. Разрез.
2. Скелетирование передней поверхности верхней челюсти.
3. Остеотомия стенки верхней челюсти.
4. Создание субантрального пространства.
5. Пространства.
6. Заполнение субантрального пространства спейсером.

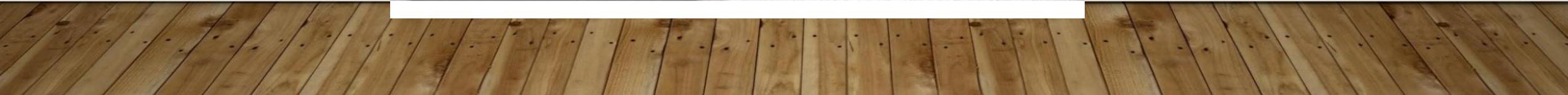
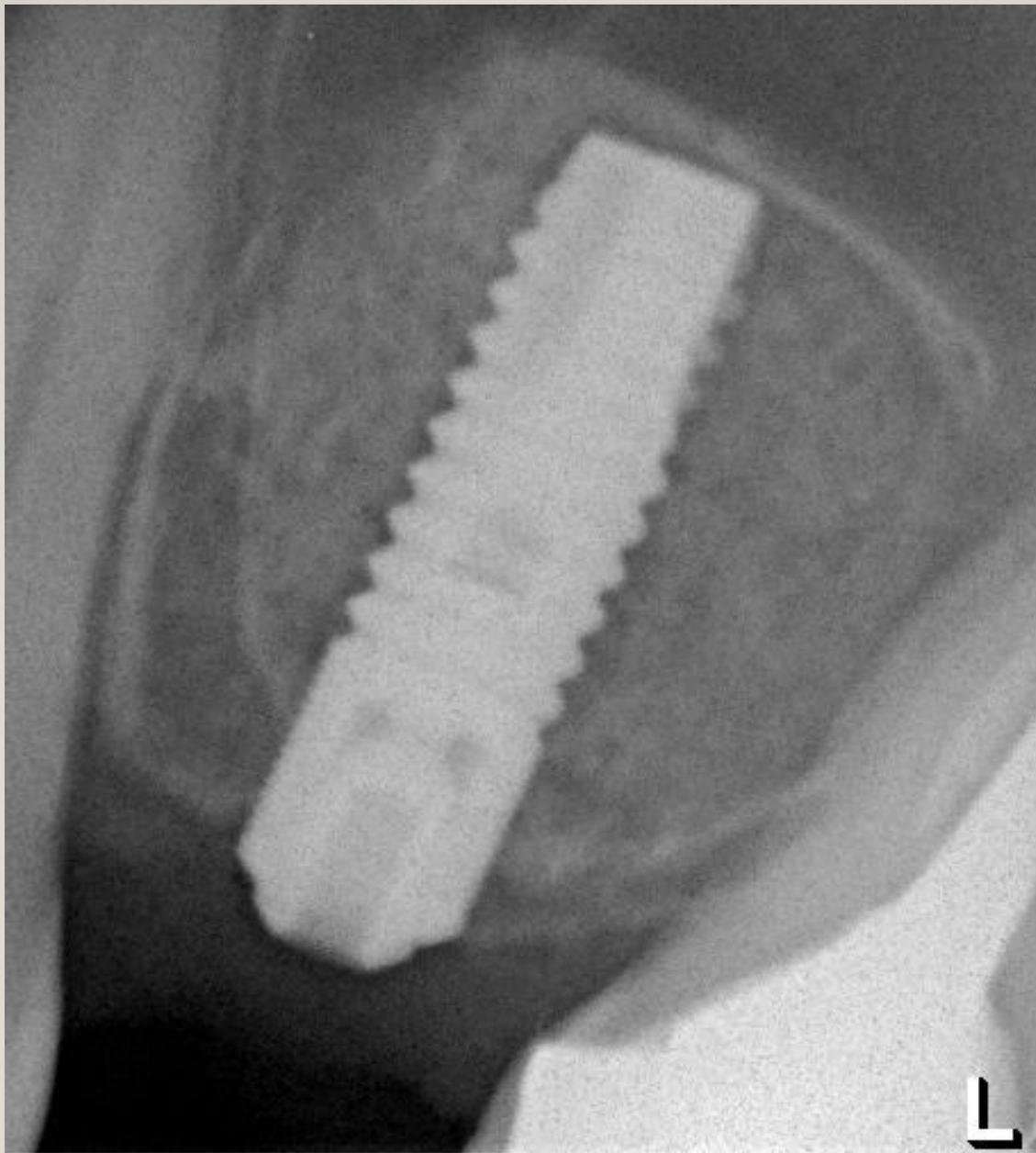
ФОРМИРОВАНИЕ СУБАНТРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА



Контроль отсутствия повреждения слизистой оболочки гайморовой пазухи: слева – вдох, справа – выдох.



фактор риска	риск минимальный	риск средний	риск максимальный
Планируемая длина импланта	менее 10 мм	9-11 мм	более 11 мм
Часть импланта, проникающая в субантральное пространство	менее 1/3	1/3-1/2	более 2/3
Расстояние от дна гайморовой пазухи до наивысшей точки альвеолярного отростка (см рисунок 15)	более 8 мм	4-8 мм	менее 8 мм
Биотип костной ткани в области имплантации	I, II	III	IV
Внешний вид слизистой оболочки гайморовой пазухи	плотная, белого цвета, ярко выраженный сосудистый рисунок	молочно-белого или желтоватого цвета, сосудистый рисунок выражен умеренно	полупрозрачная, сосудистый рисунок не выражен
Подвижность импланта после установки	отсутствует	незначительная подвижность в горизонтальной плоскости	подвижность в трех плоскостях
Повреждение слизистой оболочки гайморовой пазухи в ходе операции (перфорация)	отсутствует	не более 2-3 мм в диаметре	более 5 мм в диаметре
Вид спейсера	аутокостная стружка+ксеногенный остеопластический материал в пропорции не менее 30/70	ксеногенный остеопластический материал (гранулы), увлажненный физраствором или кровью	гелеобразный (жидкий) ксеногенный остеопластический материал



- небольшие, менее 2 мм в диаметре, перфорационные отверстия не требуют какого-то особого лечения. Можно продолжить создание субантрального пространства с большей осторожностью, по направлению к отверстию, а не от него. Чаще всего, по мере ослабления натяжения слизистой оболочки, такие перфорации закрываются самостоятельно.
- если диаметр перфорационного отверстия составляет 3-8 мм, для его закрытия потребуется барьерная мембрана. Ее подгоняют по размеру (на 3-5 мм больше диаметра перфорации). Для увеличения эластичности и адгезии, мембрану можно смочить кровью или физраствором, после чего аккуратно «приклеивают» к перфорационному отверстию. Дальнейшее заполнение субантрального пространства спейсером и установку имплантов проводят с большой осторожностью.
- при диаметре перфорации 10-12 мм можно использовать тонкую костную пластинку, взятую, к примеру, с бугра верхней челюсти. С помощью нее закрывается перфорация, затем фиксируется барьерная мембрана, после чего субантральное пространство заполняется спейсером и устанавливаются импланты (если это планировалось).
- с перфорационными отверстиями диаметром больше 12 мм сильно возрастают риски негативного результата, даже если их и удастся закрыть. В этом случае наиболее правильной тактикой будет прекращение операции, отказ от спейсера, обработка и ушивание операционной раны. Вернуться к операции синуслифтинга можно через 1-1,5 месяца.



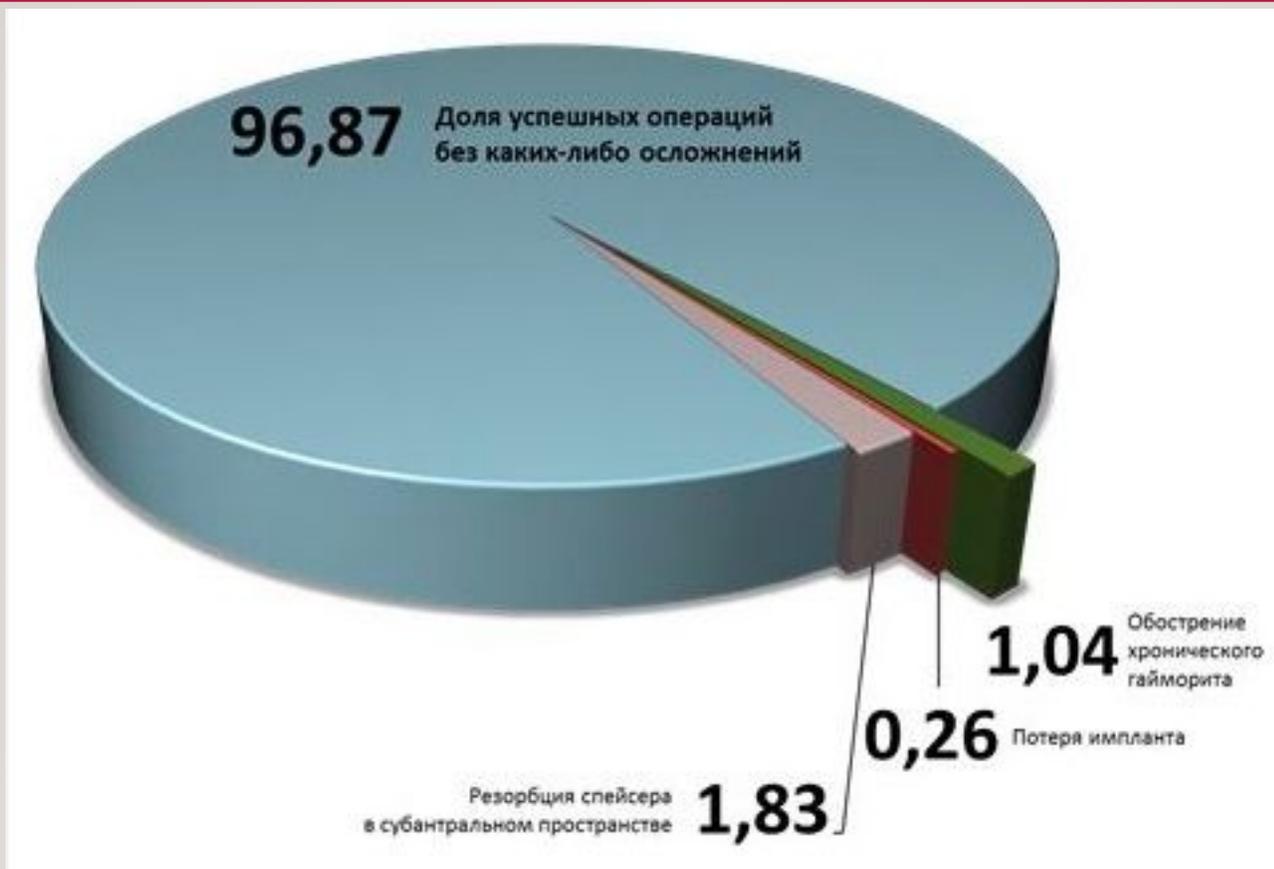
ОТКРЫТЫЙ

Плюсы	Минусы
Контроль над состоянием слизистой оболочки гайморовой пазухи	Более травматичен

ЗАКРЫТЫЙ

Плюсы	Минусы
Менее травматичен	Отсутствия контроля над состоянием слизистой оболочки гайморовой пазухи.
	Затруднен в области коренных зубов

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ



ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

- Антибактериальная терапия - бета-лактамы широкого спектра действия - амоксициллин, аугментин. В случае непереносимости бета-лактамов, назначаем фторхинолоны - перфлорацин.
- Противовоспалительная терапия – НПВС (ибупрофен).
- Антигистаминные препараты – лоратадин.
- Витаминотерапия – витамины D3 и С в максимальных дозировках на длительное время

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РЕЖИМ

- Для успеха оперативного вмешательства очень важно сохранение герметичности субантрального пространства. Если это удастся – операция на 99 процентов удалась. Поэтому в послеоперационном периоде особое внимание уделяется швам, гигиене полости рта, а также перепадам давления в полости носа и полости рта.
- В ближайшем послеоперационном периоде (7-10 дней) пациенту следует избегать чихания, кашля, нельзя с усилием сморкаться, надувать воздушные шарик, играть на духовых инструментах, нырять, заниматься дайвингом и т. д. С осторожностью нужно относиться к авиаперелетам.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ