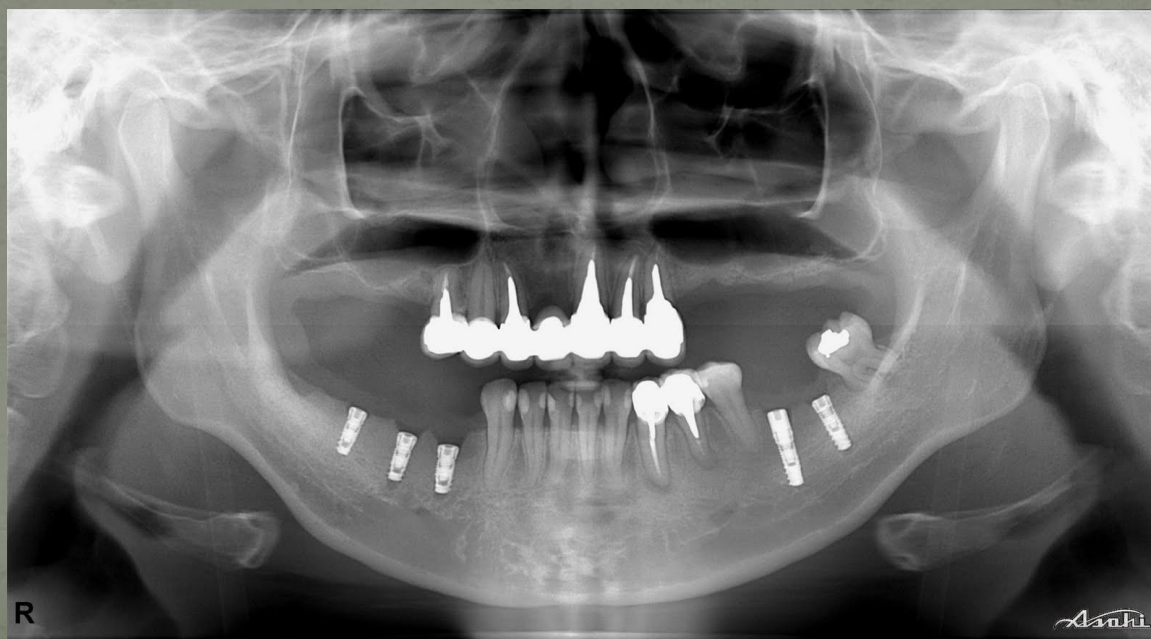


# СИНУС-ЛИФТИНГ ОТКРЫТЫЙ

---

ВЫПОЛНИЛА:  
СТУДЕНТКА 5 КУРСА 11 ГРУППЫ  
ЛУКМАНОВА В.С.

Атрофия кости (уменьшение в объёме), а в некоторых случаях, полное отсутствие костной ткани, является серьезным препятствием для проведения качественной имплантации зубов с пожизненной гарантией. С целью оказания качественной помощи пациентам, у которых костная ткань истончена до 7 мм и более, были разработаны методики, направленные на создание полноценных условий протезирования зубов. Одной из самых востребованных процедур костной пластики верхней челюсти на сегодняшний день является синус лифтинг. Это операция, направленная на восстановление истонченной кости верхней челюсти.



Субантральная аугментация является способом улучшения результатов дентальной имплантации при наличии сильной атрофии боковых отделов верхней челюсти. Посредством увеличения костного массива в области синуса субантральная аугментация позволяет стоматологу использовать более длинные имплантаты, что предпочтительно в боковых отделах челюсти с целью создания условий для адекватного сопротивления окклюзионной нагрузке. Синус-лифтинг показан, когда недостаточная высота альвеолярного отростка препятствует установке имплантата длиннее 10 мм. При ширине альвеолярного отростка менее 4 мм показано выполнение методик увеличения ширины гребня



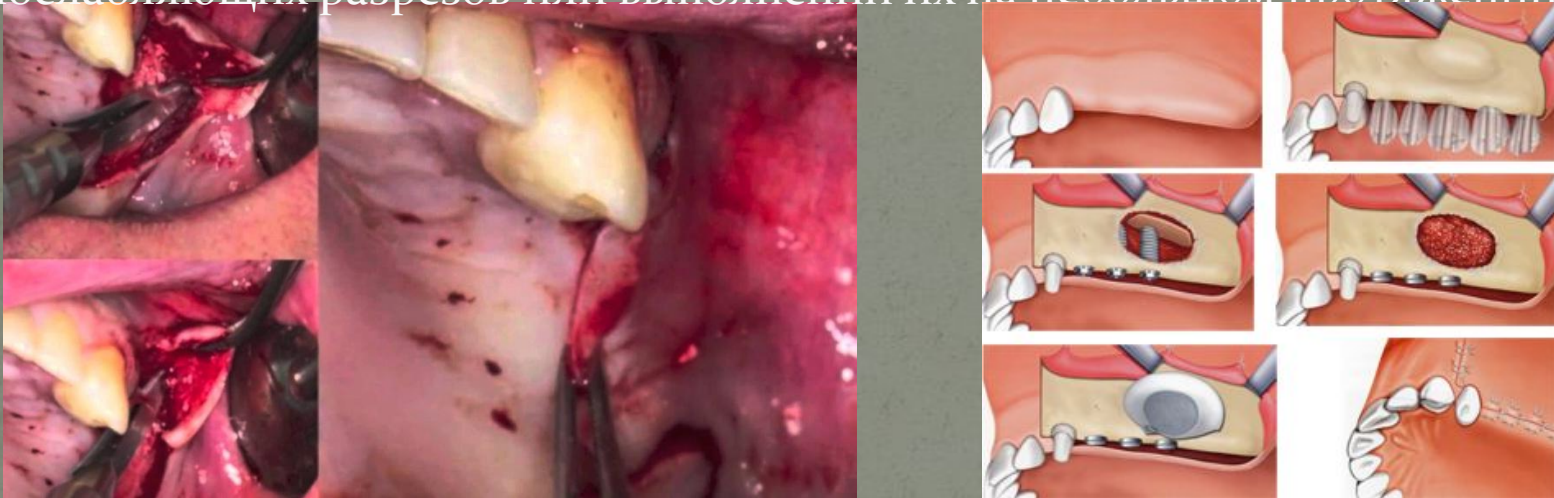
## Предоперационная подготовка

До проведения субантральной аугментации доктор должен убедиться в здоровом состоянии верхнечелюстных пазух пациента. Наличие в анамнезе хирургических вмешательств в области синуса может ограничить возможности клинициста при проведении операции и даже явиться противопоказанием к ней. С помощью рентгенографии и клинических методов исследования необходимо оценить архитектуру пазухи на предмет выявления анатомических ограничений, которые могут препятствовать выполнению вмешательства (например, множественные перегородки). Необходимо обращать внимание на то, является ли пациент курильщиком, так как это может ухудшить исход процедуры. Из-за наличия вероятности стаза секрета в пазухе и бактериальной контаминации рекомендуется назначение антибактериальной терапии до операции. Антибиотиками выбора, в зависимости от состояния здоровья пациента и аллергии к лекарственным средствам, могут быть препараты группы пенициллина и цефалоспорины.



## Хирургическая процедура

Разрез проводят от дистального бугра (немного небно относительно края гребня) до области клыка, обнажая латеральную стенку пазухи. Заживление раны значительно улучшается в случае отказа от использования послабляющих разрезов или выполнении их на небольшом протяжении.



Необходимо обратить внимание на толщину альвеолярной кости, чтобы провести нижний распил чуть выше нижней границы пазухи. Распил кортикального слоя выполняется с помощью шаровидного алмазного или фиссурного бора в сопровождении обильной ирригации.

Манипуляцию необходимо проводить крайне осторожно во избежание перфорации шнейдериановой мембраны .

Изготавливаются небольшие точки перфорации кости по верхней границе распила, после чего путем использования методики “зеленой веточки” создается отверстие по типу “дверки”, открывающейся вовнутрь.

Обнажение латеральной стенки верхней челюсти. Намечены границы остеотомии



Проламывание латеральной "дверки" с экспозицией слизистой пазухи



Процедура проламывания выполняется исключительно аккуратно с одновременным отслаиванием слизистой по периметру остеотомии с помощью кюреты. При поднятии “дверки” на достаточную высоту, излишки слизистой складываются в виде “аккордеона” у противоположной стенки синуса



В этот момент целесообразно попросить пациента глубоко подышать носом, что поможет убедиться в отсутствии перфорации слизистой. При наличии движений слизистой во время носового дыхания, свидетельствующих о ее целостности, в подготовленное пространство помещают костный материал, который утрамбовывают спереди, медиально и сзади. Материал помещают достаточно плотно, чтобы не оставлять полостей. Закрывать костное окно возможно тем же аллотрансплантатом или коллагеновой мембраной.

Далее ушиваем ра



## Осложнения во время операции

Наиболее частым осложнением, возникающим во время операции, является разрыв слизистой пазухи. Разрывы и перфорация слизистой происходят приблизительно в 30% случаев субантральной аугментации. Устранение подобных разрывов предотвращает контаминацию области раны слизью и другими потенциально загрязненными средами.





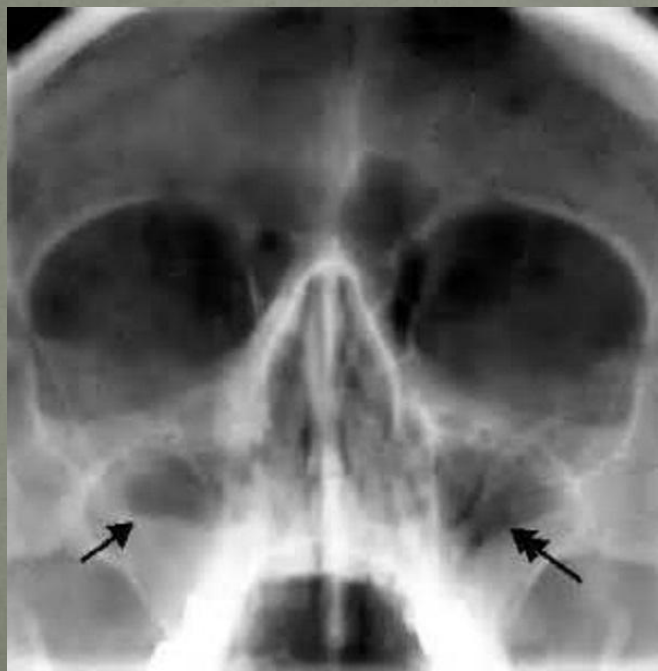
Для закрытия перфорации могут быть использованы многие методики и материалы.

Ушивание или латание являются одними из наиболее часто применяемых способов. По мнению автора латание предпочтительнее ушивания, поскольку технически менее сложно. К материалам, используемым для закрытия перфораций, относятся: аутогенная кость; Джелфилм® (Gelfilm®) (рассасываемая целлюлоза); Коллатейп® (Collatape®) (при незначительных перфорациях); лиофилизированная деминерализованная ламинированная кость



## Осложнения в послеоперационном периоде

При аккуратном и тщательном выполнении синус-лифтинга у пациентов, риск возникновения осложнений минимален. Однако, при нарушении протокола проведения хирургического вмешательства, в области раны возможны такие осложнения как инфицирование, формирование ороантрального свища, подвижность имплантатов, кровотечение, синусит, болезненность и нарушение пассажа жидкости из пазухи.



Лечение инфекционных осложнений необходимо проводить достаточно агрессивно, чтобы предотвратить образование свища и потерю материала, использованного для подсадки. При возникновении первых симптомов инфекционного процесса, необходимо наладить дренирование патологического очага в удалении от остеотомии, а также провести культуральные исследования и тесты на определение чувствительности бактерий к антибиотикам. С помощью своевременного назначения адекватной антибактериальной терапии можно предотвратить образование свища и потерю материала.

При прогрессировании инфекционного процесса и формировании свища может быть необходимо провести санацию патологического очага и его ирригацию. После подавления инфекционного процесса необходимо провести закрытие свищевого хода, в последующем можно повторить процедуру синус-лифтинга.

При возникновении синусита назначают антибактериальные и противовоспалительные средства.



При проведении хирургического вмешательства с целью синус-лифтинга, используются различные материалы, например, деминерализованная лиофилизированная кость, резорбируемый и нерезорбируемый гидроксиапатит, неорганический костный минерал (полученный из костей крупного рогатого скота) и аутогенная кость. Исследования показывают высокую эффективность применения различных материалов. При выборе материала для подсадки необходимо обращать внимание на возраст и состояние здоровья пациента, объем и локализацию пространства, которое нужно заполнить.

Чаще всего в практике используют резорбируемый гидроксиапатит (в частности неорганический бычий минерал), деминерализованную лиофилизированную аллогенную кость и аутогенную кость. Иногда, при необходимости заполнения большого объема и создания постоянного каркаса показано добавление небольшого количества плотного (нерезорбируемого - прим. переводчика) гидроксиапатита. Однако, при использовании любого материала скорость достижения эффекта и его степень определяются количеством материала и состоянием здоровья пациента

