

Операція синус-ліфту з одномоментною імплантацією

Surgery Sinus-lift with Immediate Implantation

Ілик Р.Р.¹, Сирко О.М.²

¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, каф. ортопедичної стоматології (зав. – проф. Р.М. Ступницький)

²Клініка стоматології «РОМА», м. Дрогобич, хірург – стоматолог вищої категорії

R.R. Ilyk, O.M. Syrko

Резюме У статті розглядаються важливі аспекти проведення операції синус-ліфту з одномоментною імплантацією при мінімальній залишковій висоті кістки. Визначено важливі моменти для досягнення адекватної первинної стабілізації імплантатів.

Summary In the article the main aspects of sinus-lift operation with immediate implantation under condition of minimal height of the bone are analyzed. The key elements for reaching the adequate initial stabilization of implants are suggested.

Ключові слова синус-ліфт, імплантація, аугментація, кісткове вікно

Key words sinus-lift, implantation, augmentation, bone window

Імплантація в дистальних відділах верхньої щелепи пов'язана з певними труднощами. Найчастіше це недостатня висота залишкового обсягу кістки, що обмежується дном гайморової пазухи, та не дуже висока кісткова щільність (тип D3-D4). Безперечно, операція синус-ліфту значно розширює можливості реабілітації пацієнта з використанням дентальних імплантатів у дистальних відділах верхньої щелепи.

Операція синус-ліфту, тобто підняття дна гайморової пазухи з субантральною аугментацією, вперше була проведена у 1976 році американським

ученим Татумом (Tatum). На першому етапі проводили операцію синус-ліфту з субантральною аугментацією. Наступним етапом була власне імплантація після адекватного дозрівання кісткової тканини. Вдосконалення хірургічних протоколів проведення операції синус-ліфту, розробка спеціальних інструментів, обладнання, матеріалів для аугментації, використання бар'єрних мембран, розробка імплантатів з удосконаленими поверхнею та макродизайном для їх покращеної первинної фіксації дозволяє на сьогодні провести операцію синус-ліфту одномоментно з

імплантацією навіть при мінімальній висоті залишкової кістки.

Показанням для проведення операції синус-ліфту є недостатня висота залишкового обсягу кістки в дистальних відділах верхньої щелепи, що унеможлиблює встановлення імплантатів. При висоті залишкової кістки 10 мм і більше нема необхідності проведення операції синус-ліфту. З появою на ринку коротких імплантатів (від 6 мм) при достатній ширині альвеолярного відростка (більше 6 мм) також нема потреби проведення операції синус-ліфту.

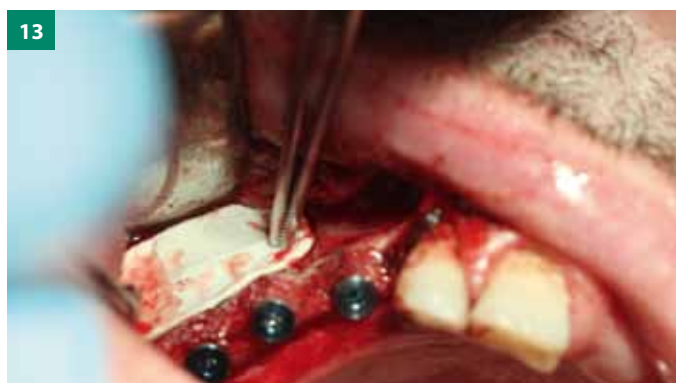




Переважній більшості пацієнтів операцію синус-ліфту можна проводити в амбулаторних умовах. При цьому необхідно враховувати загальні протипоказання, які не дозволяють провести стоматологічну реабілітацію з ви-

користанням дентальних імплантів. Слід також враховувати стан гайморової пазухи. При хронічних синуситах необхідна консультація ЛОР-спеціаліста. Обираючи тип синус-ліфту [закритий – внутрішній, непрямий та

відкритий – зовнішній, прямий через латеральне (вестибулярне) кісткове вікно], зважають на висоту залишкової кістки. Оскільки лише при висоті 4 мм і більше можна проводити закритий синус-ліфт, відповідно при висоті



менше 4 мм проводять відкритий синус-ліфт з формуванням вестибулярного кісткового вікна. Втручання за цією методикою становить більшість з числа проведених у нашій клініці, набутий значний досвід операцій

відкритого синус-ліфту з одномоментною імплантацією, які розглянемо докладніше. Передопераційна підготовка пацієнта передбачає попереднє планування, комп'ютерну томографію (КТ) з рент-

генологічним шаблоном, аналіз даних КТ, модифікацію рентгенологічного чи виготовлення хірургічного шаблону після складання остаточного плану лікування. Використовуючи хірургічний шаблон на слизовій оболонці аль-

веолярного відростка, визначали проекцію імплантатів. Розріз, відповідно, зміщували в піднебінну сторону настільки, щоби провести імплантацію, не формуючи слизово-окісний клапоть з піднебінної сторони.

Підняття дна гайморової пазухи через створене вестибулярне вікно потребує достатньої мобілізації слизово-окісного клаптя шляхом проведення відповідного послаблюючого розрізу з вестибулярної сторони з розрахунку не менше 5 мм від майбутнього кісткового вікна, адже шви повинні знаходитися в проекції інтактної кістки та на достатній віддалі від бар'єрної мембрани, яка закриває кісткове вікно.

При формуванні кісткового вікна потрібно дотримуватися декількох правил. На нашу думку, як і інших фахівців, кісткове вікно повинно мати мінімальний діаметр, який дозволяє безпечно, без ризику перфорації, відшарувати мембрану Шнайдера. Рекомендований діаметр кісткового вікна – 5-10 мм. При достатньо великому об-

сязі субантральної аугментації чи наявності у пазусі кісткових перегородок створюється подвійне кісткове вікно. Розмір вікна залежить також від товщини латеральної кісткової стінки пазухи: чим товстіша кістка, тим більший розмір кісткового вікна.

Нижній край вікна повинен знаходитися як мінімум на 6-8 мм від альвеолярного краю. Така віддаль дозволяє встановити імплантат без ризику перелому кісткової стінки, особливо при мінімальній залишковій висоті (1-2 мм). Підняття мембрани Шнайдера вважається завершеним, якщо її можна без натягу підняти горизонтально, тобто до верхнього краю вікна.

Використовуючи хірургічний шаблон, проводили формування кісткового ложа для імплантатів. Через сформовані отвори глибиною визначали оптимальну довжину імплантатів.

Підсилення мембрани Шнайдера бар'єрною мембраною проводили лише у випадках перфорації. Після заповнення аугментаційним матеріалом 2/3 об'єму створеного простору та

його конденсації встановлювали імплантат. Наступним кроком було заповнення простору до рівня краю кістки.

Вестибулярне вікно, заповнене аугментаційним матеріалом, закривали бар'єрною мембраною.

Вкладання слизово-окісного клаптя на його місце та зашивання рани повинно бути особливо обережним та ретельним, щоби не змістити бар'єрну мембрану. Після завершення операції синус-ліфту обов'язковим є, згідно з нашим протоколом, рентгенологічний контроль.

Висновки

Одномоментно операцію синус-ліфту з імплантацією можна проводити навіть при мінімальній висоті залишкової кістки (1-2 мм), якщо вдається досягти адекватної первинної стабілізації імплантату. Важливим при цьому є тип використовуваного імплантату, що необхідно брати до уваги при плануванні оперативного втручання.

Література

1. Лянг М. Синус-лифт. От закрытого синус-лифта до синус-имплантат-стабилизатора. / М. Лянг – Львов: ГалДент.– 2008. –100 с.
2. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. / В.Л. Параскевич.– Москва: Медицинское информационное агентство.– 2006, 400с.
3. K. T. Sliwowski. Implanty krok po kroku. Czesc 1. / K. T. Sliwowski.– Warszawa: Wydawnictwo Kwintesencja, 2002.
4. Филипп Вортингтон. Остеоинтеграция в стоматологии. Введение. / Филипп Вортингтон, Бриен Р. Ланг, Вильям Е. Лавелле.– Берлин: Квинтэссенция. –2005.– 126 с.