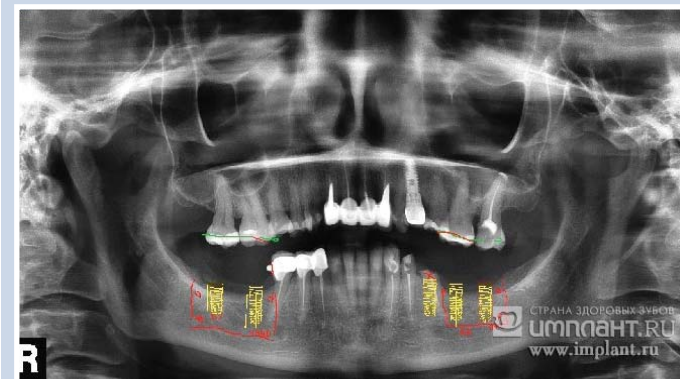
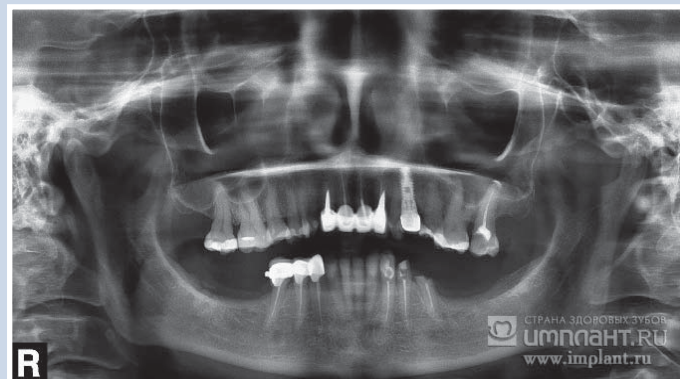


КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

ПЛАСТИКА КОСТНЫМИ БЛОКАМИ:

ПАЦИЕНТКА Е. КЛИНИКИ "ИМПЛАНТ.РУ". УСТАНОВКА 5-ТИ ИМПЛАНТОВ Н/Ч, БЛОКИ НА 3 И 4 СЕКМЕНТАХ.



1. Пациентка обратилась в клинику с жалобой на частичное отсутствие зубов на нижней челюсти. Ранее она пользовалась бюгельным протезом с замковыми креплениями. М/к коронки с замком в области 34 и 35го зубов, расфиксировавшись, обломали культю 35го зуба, тем самым сформировали субтотальный дефект коронковой части 34го зуба и тотальный дефект коронковой части 35го зуба. В предыдущей клинике пациентке предложили перелечить эти зубы и восстановить целостность зубного ряда также бюгельным протезом с замками. Мы предложили более дорогостоящий, более инвазивный, НО более комфортный, надежный и предсказуемый во времени план лечения.

2. Наш план лечения выглядел следующим образом. Нам хотелось получить на каждый отсутствующий зуб – отдельно стоящий имплантат с коронкой. Решено было выполнить манипуляцию в два этапа. Первый заключается в создании условий для инсталляции имплантатов (пластика костными блоками), а второй этап – сама имплантация. Вашему вниманию представлен пока только первый этап.



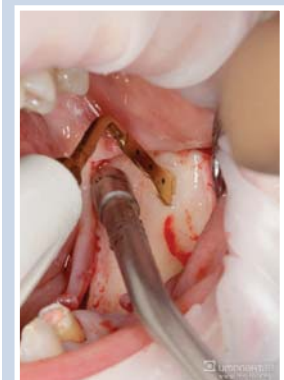
3. Исходная ситуация в полости рта.

4. Внутриротовая картина в привычной окклюзии в боковой проекции.

5. Окклюзионная поверхность третьего и четвертого сегментов. Обратите внимание на толщину гребня и отсутствие ЗКПД.



6. Итак, горизонтальный разрез чуть язычнее вершины гребня (по неподвижной слизистой), окаймляющий корень 35гозуба. Откидываем вестибулярно трапецивидный лоскут. Видим, что наш гребень имеет достаточную толщину (за счет косой линии), но недостаточную высоту для установки имплантатов нужной высоты и диаметра.



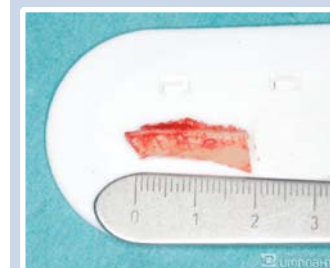
7. При помощи пьезохирургического инструмента начинаем «отчерчивать» контур нашего блока по косой линии. Наличие костной ловушки поможет собрать и получить аутокость (сразу стружку).



8. Также при помощи данного инструмента мы углубляемся в толщу (в глубину) кости. Не увлекайтесь проводя надпил дистально, помните, что в конце косой линии (ближе к углу НЧ) имеется бугристость к которой крепится жевательная мышца.



9. Затем поддев гладилкой или элеватором наш костный блок, нехитрым образом отделяем его от общего объема тала нижней челюсти.



10. Продольный размер нашего блока составил около 2 см.



12. Приложив блок к реципиентному участку, сквозь полученные отверстия в блоке, продолжаем формировать приемные ложа для фиксирующих винтов в приемном участке кости.



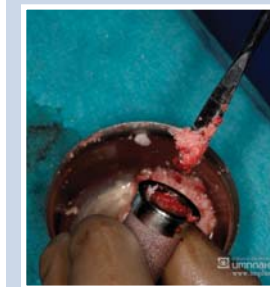
13. На данном снимке Вы видите сам процесс фиксации блока. Блок располагается по отношению к общему объему кости не винирно, а по принципу сендвича, т.е. имеется щель (зазор).



14. Блок фиксирован двумя винтами. Донорская зона пока обнажена.



11. Далее отступя от краев блока приблизительно по 3мм, формируя в нем отверстия для фиксирующих винтов. Напомню, что диаметр отверстий должен быть совсем чуть более, чем диаметр самих винтов (для того, чтобы не возникло напряжения в толще блока и он не треснул в момент прикручивания).



15. Наличие костной ловушки поможет хирургу получить хороший объем аутокости (посмотрите на слайд, где отчерчиваем блок), которая в дальнейшем будет использоваться для микса графта и запаковывания всех щелей в области вмешательства.



16. Как говорилось ранее, все пространства и щели уплотняются костным миксом (в данном случае это ауто- и аллокость). Также не забываем про донорский участок. Резорбируемая мембрана (Collagen) фиксированна двумя пинами к телу кости.



17. Свободный край мембраны заведен язычно под надкостницу. Ушиваемся Prolene 5.0, начинаем с прихватывания мембраны язычно.



18. Мембрана фиксирована узловыми швами язычно. Для того, чтобы проколоть и подшить мембрану Collagen, её нужно сначала «размочить».



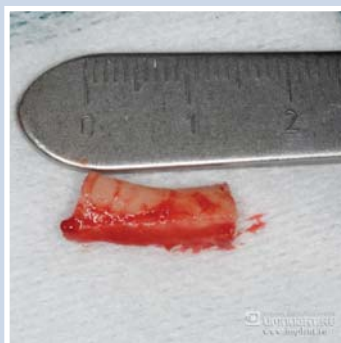
20. Переходим в 4ый квадрант. Такой же горизонтальный разрез по вершине гребня, чуть язычнее, т.о. чтобы разрез проходил по неподвижной слизистой. Откидываем трапецивидный лоскут, оголяя тем самым рабочую зону. И опять наружная косая линия «предлагает себя в качестве донора» блока аутокости.



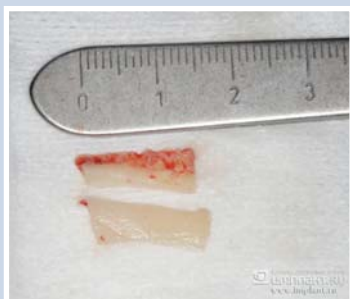
19. Также в данном случае, на донорскую зону, покрытую костной стружкой, мы кладем фибриновый сгусток отжатый между двумя стерильными салфетками.



21. Пьезохирургическим инструментом производим забор блока в 4ом квадранте, в области наружной косой линии.



22. Видим, что размер этого блока составляет около 1,5 см. Полученный блок обладает хорошей толщиной, поэтому при помощи сепарационного диска разделяем его пополам на две пластинки.



23. Вот что получается в итоге после наших манипуляций (две пластинки, одинаковые по толщине и размеру).



25. Фиксируем вторую пластинку с вестибулярной стороны. Помните о подготовке ложа под винты, которые будут фиксировать блок.



28. Так же специальными пинами фиксируем резорбируемую мембрану Collagen на вестибулярной поверхности тела НЧ ...



29. ... отводим её край и заполняем все щели, ниши и пустоты смесью синтетической (OSTEN), алло- и аутокости, которую собрали при помощи костной ловушки в момент забора блока.



31. По такой же схеме как и в 3-ем квадранте ушиваемся.



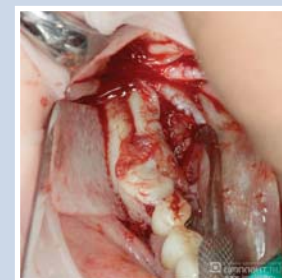
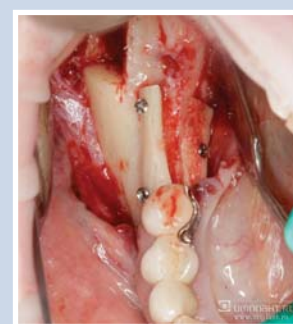
32. Вид нижней челюсти после окончания ушивания. Для того, что бы пациента не кололи в язык и щеку концы мононити, их можно оплавить при помощи горячего, например, штотфера. Хотя наличие колящихся концов лучше будет мотивировать пациента на использование Солкосерила :).



24. Наша задача построить опалубку из компакта кости. Язычок зафиксировали. Помните, один из важных моментов – это отсутствие какой-либо подвижности у блока! Иначе прорастает эпителий и далее секвестрация. Если удастся стабилизировать и фиксировать одним винтом, можно остановиться на одном.



26. Фиксируем блок винтом и специальной отверткой.



30. После того как добавленную стружку уплотнили, сверху покрываем весь участок фибриновыми сгустками (отжатыми).

27. Для последней пластинки понадобилось два винта. Опалубка выстроена. Верхняя часть костных блоков возвышается над уровнем реципиентной зоны (ведь мы хотим увеличить объем кости по высоте).



33. На контрольном ОПГ снимке, сделанном сразу по окончании операции, отчетливо видны как донорские зоны, так и фиксированные при помощи винтов блоки. Еще видны пины для мембраны (более короткие).