

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список авторского коллектива	5
Предисловие	8
ГЛАВА 1. Работа с хирургическим инструментом	9
ГЛАВА 2. Разрез скальпелем, правила работы со скальпелем	14
ГЛАВА 3. Дентальная имплантация, общие принципы	16
ГЛАВА 4. Удаление жевательных зубов и одномоментная имплантация	18
ГЛАВА 5. Удаление верхнечелюстных резцов и одномоментная имплантация	22
ГЛАВА 6. Удаление нижнечелюстных резцов и одномоментная имплантация	32
ГЛАВА 7. Забор и пересадка свободного костного блока для утолщения альвеолярного отростка	36
ГЛАВА 8. Забор костной ткани с бугра верхней челюсти	47
ГЛАВА 9. Забор свободного костного блока с подбородочной области	54
ГЛАВА 10. Забор свободного костного блока с теменной области	66
ГЛАВА 11. Направленная костная регенерация посредством костной стружки и титановой сетки	93
ГЛАВА 12. Направленная костная регенерация костной стружкой и индивидуально изготовленной титановой сеткой	102
ГЛАВА 13. Вертикальная аугментация над нижнечелюстным сосудисто-нервным пучком	111
ГЛАВА 14. Латерализации нижнечелюстного сосудисто-нервного пучка для установки дентальных имплантатов в зоне вертикальной атрофии альвеолярного отростка	125
ГЛАВА 15. Выполнение открытого синус-лифтинга	137
ГЛАВА 16. Устранение осложнений при открытом синус-лифтинге	144
ГЛАВА 17. Выполнение закрытого синус-лифтинга	149
ГЛАВА 18. Выполнение назион-лифтинга	159
ГЛАВА 19. Тотальные работы с использованием навигационных шаблонов	166
ГЛАВА 20. Тотальная работа на 8 имплантатах	173
ГЛАВА 21. Разрешение экстремальных результатов клинических наблюдений после костной аугментации	177
ГЛАВА 22. Тотальные рецессии десны — формирование фиксирующих швов	181
ГЛАВА 23. Устранение рецессий десны с использованием методики коронарно-смещенного лоскута	187

ГЛАВА 24. Двухэтапная стрип-пластика и аугментация в области имплантатов	190
ГЛАВА 25. Разрешение экстремальных состояний	194
Заключение	204
Список литературы	205

ПРЕДИСЛОВИЕ

Уважаемые коллеги!

Наш авторский коллектив обладает многолетним опытом успешного хирургического лечения пациентов с частичной вторичной адентией, атрофией альвеолярного отростка, деформациями прикуса и дефектами челюстей. Наши научные исследования опубликованы во множестве российских и международных статей, а также представлены в диссертационных работах.

В условиях стремительного развития цифровых технологий и высокой загруженности специалистов мы создали практическое иллюстрированное руководство, основанное на 15-летнем клиническом опыте. Оно содержит минимум теории и максимально наглядно раскрывает алгоритмы различных видов костной пластики в практике челюстно-лицевого хирурга — от простых до самых сложных случаев реконструкции альвеолярного отростка.

Ключевые особенности.

Пять универсальных принципов, которые позволяют последовательно выполнять каждый вид пластики. Предсказуемый результат с минимальным количеством оперативных вмешательств.

Практическая ориентация: вместо множества теоретических подходов — только проверенные эмпирические методики.

Богатый визуальный материал: клинические фотографии, компьютерно-томографические снимки, а также рисованные схемы операций, созданные авторами без заимствований.

Также мы планируем выпустить еще три тома, посвященных ортогнатической хирургии, микрохирургии и лечению травматических деформаций. Таким образом, серия охватит всю челюстно-лицевую хирургию в формате практических атласов, основанных на тех же принципах.

Авторы выражают **глубокую благодарность** своим родителям, учителям, пациентам, а также женам и детям за **неиссякаемое терпение и поддержку** в работе над этим руководством.

Мы искренне надеемся, что **результат нашего труда** оправдает их доверие и станет достойным вкладом в развитие челюстно-лицевой хирургии.

РАБОТА С ХИРУРГИЧЕСКИМ ИНСТРУМЕНТОМ

1. Чувствуйте центр тяжести

При работе с инструментом важно ощущать его баланс. Это относится как к топору, так и к тончайшей кисти для разметки. Центр тяжести инструмента влияет на точность и контроль движений.

2. Ощущайте тяжесть инструмента

Чем больше опыт, тем лучше ощущается состояние инструмента. По его весу можно понять степень затупления: тупой инструмент ощущается иначе, чем острый.

3. Состояние инструмента — залог успеха (рис. 1.1–1.9)



Рис. 1.1. Кюреты для открытого синус-лифтинга



Рис. 1.2. Харвестеры для забора костной аутострукки

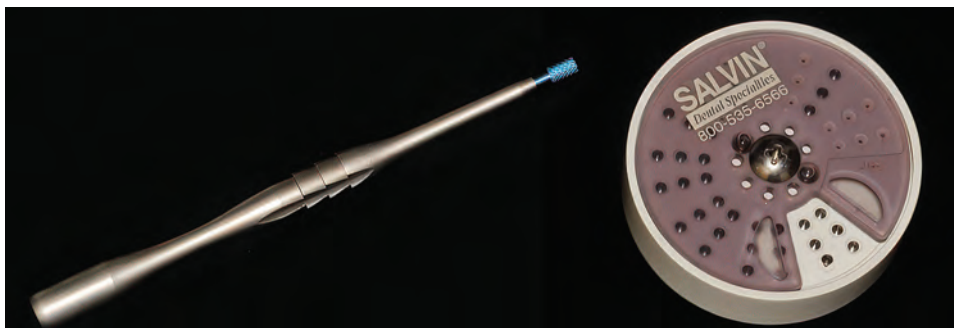


Рис. 1.3. Ударные пины и пинодержатель для фиксации мембраны



Рис. 1.4. Безударные пины, пинодержатель и наконечник для фиксации мембраны

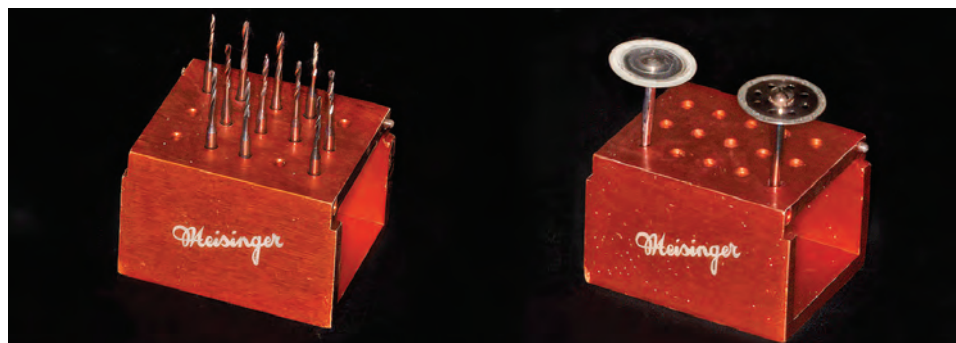


Рис. 1.5. Инструменты для костной пластики. Фрезы диаметром 1,2 мм; 1,5 мм и диски для забора костного аутотрансплантата, фиксации костного блока



Рис. 1.6. Инструменты для костной пластики. Молоточек и долото. Г-образный ретрактор

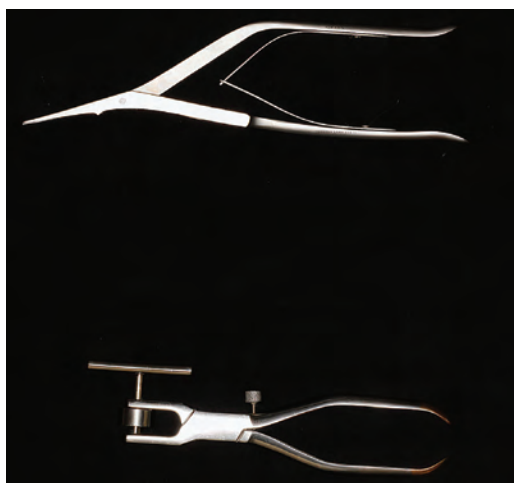


Рис. 1.7. Инструменты для костной пластики. Распатор Смита. Костная мельница

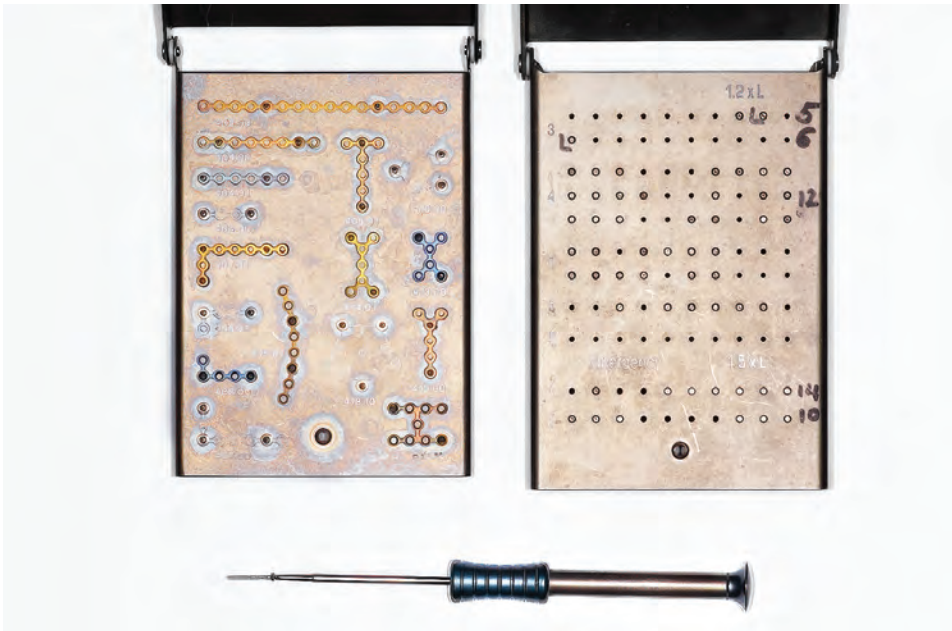


Рис. 1.8. Инструменты для фиксации костного блока. Микровинты, пластины. Отвертка Конмет с жалом для винтов 1,2 мм

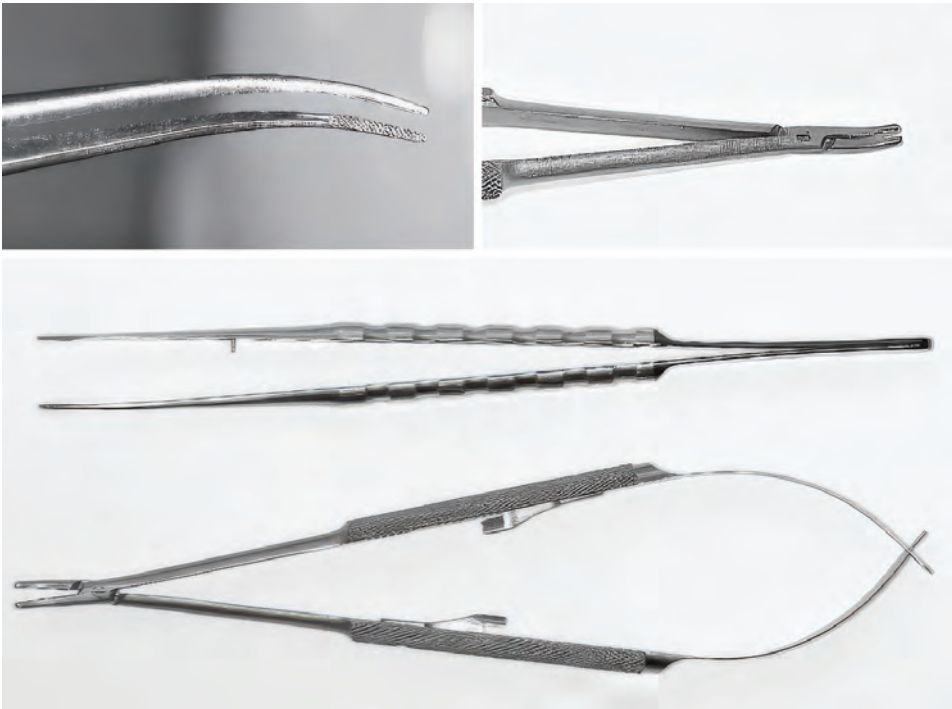


Рис. 1.9. Инструменты для прецизионного шивания тканей. Микрохирургические пинцет и иглодержатель

- Острые кончиков и правильное удержание branшей определяют качество работы.
- Если инструмент согнулся — его место в мусорной корзине.
- Если инструмент затупился — заточите его.
- Если branши стерлись — попрощайтесь со «старым другом» и замените его новым инструментом.

4. Правильный хват — ключ к контролю

- Ножницы, иглодержатель, москит, зажим Кохера, зажим Бильрота, корнцанг работают при удержании большим и безымянным пальцами.
- Распатор — исключение, при работе с ним основной контроль ведется указательным пальцем.

5. Соблюдайте правила обработки, сушки

и стерилизации — это продлевает жизнь инструментов

- Гигиена инструментов так же важна, как личная гигиена хирурга.
- Транспортировка хирургических инструментов должна быть максимально бережной, сравнимой с перевозкой младенца в специализированных кюветах.
- Грубое обращение, неправильная транспортировка и небрежное хранение — основные причины порчи инструментов.

УДАЛЕНИЕ НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ РЕЗЦОВ И ОДНОМОМЕНТНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ

1. Оптимальная тактика при удалении нижних резцов (рис. 6.1, 6.2)



Рис. 6.1. Антропфотометрия при обращении



Рис. 6.2. Выполнены удаление зубов № 31, 32, 41, 42 и установка дентальных имплантатов в позиции № 32, 42 с пластикой десны аутотрансплантатом с бугра верхней челюсти

Рекомендуется одномоментная дентальная имплантация в проекции двух латеральных резцов при удалении всех четырех нижнечелюстных резцов: используется несъемное мостовидное протезирование для предотвращения смещения центральной линии и резорбции кости в области соседних зубов.

2. Одиночная имплантация нижнечелюстного резца

- В случае установки одиночного имплантата следует использовать тонкий дентальный имплантат диаметром 3–3,5 мм.

3. Оптимальный диаметр ложа для имплантата

- Для резцовых коронок не рекомендуется расширять ложе имплантата более чем до 3,5 мм.

4. Минимальный торк для одномоментной нагрузки

- Имплантат должен устанавливаться с минимальным торком 30 Н/см для обеспечения одномоментной нагрузки временным абатментом и коронкой.

5. Аугментация и фиксация временной коронки (рис. 6.3, 6.4)



Рис. 6.3. Вид установленных имплантатов и десны на этапе постоянного протезирования. Отмечается хороший уровень десны по периметру и достаточный уровень биологической ширины

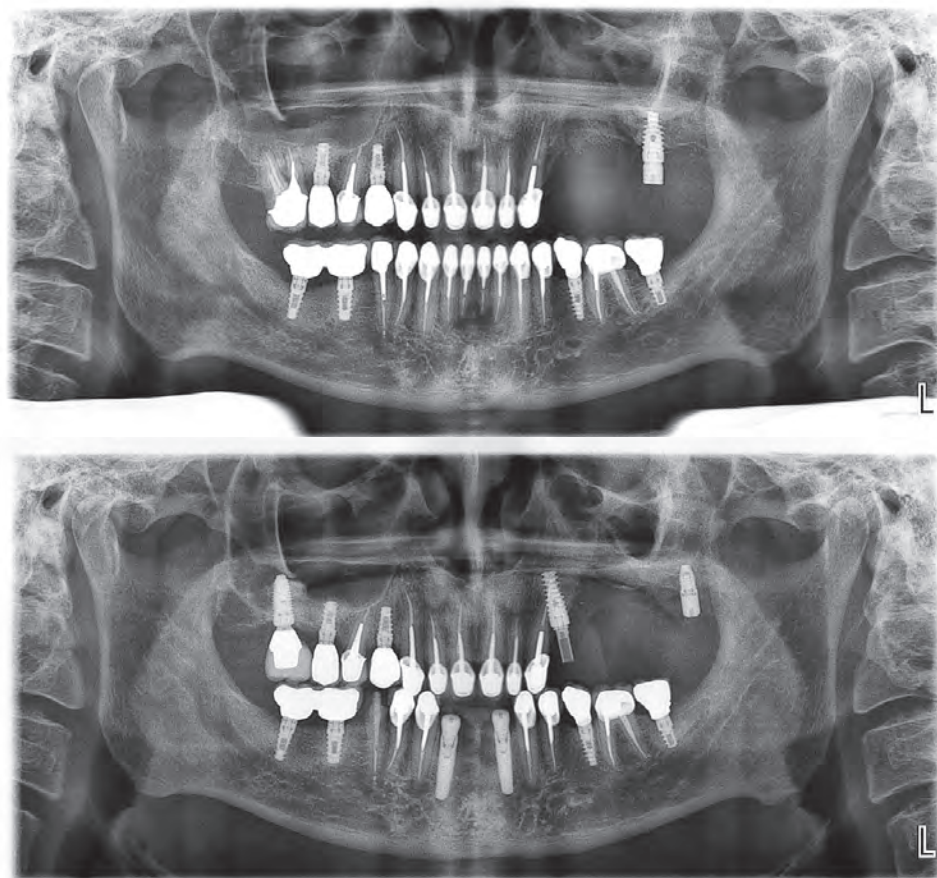


Рис. 6.4. Ортопантограмма на этапе обращения и на этапе постоянного протезирования

- После аугментации костной стружкой и десневой пластики с вестибулярной стороны фиксируется временная коронка.
- Временная коронка не должна контактировать с антагонистами в смыкании.