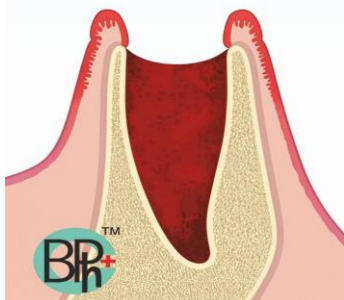


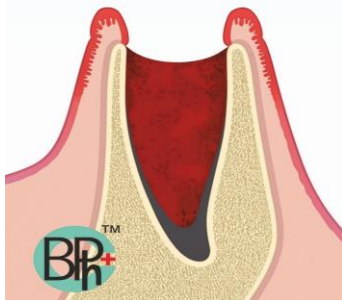
ОБРАЗОВАНИЕ КРОВОЯНОГО СГУСТКА

в течении 1-3 часа



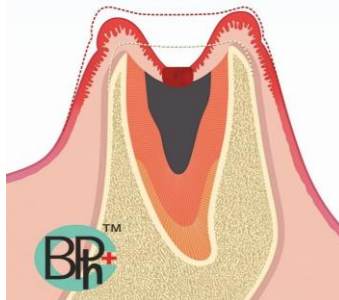
ФОРМИРОВАНИЕ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ

через 1-5 дней



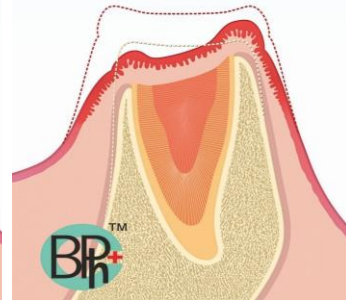
ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ КРАЁВ ЛУНКИ, ФОРМИРОВАНИЕ РУБЦОВОЙ ТКАНИ, НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ ОБЫЗВЕЩЕНИЯ РУБЦОВОЙ ТКАНИ

через 5-15 дней



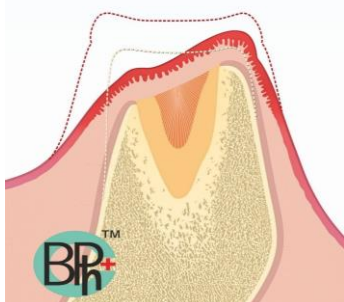
ОБРАЗОВАНИЕ РЕТИКУЛОФИБРОЗНОЙ КОСТНОЙ ТКАНИ

через 1-1,5 месяца



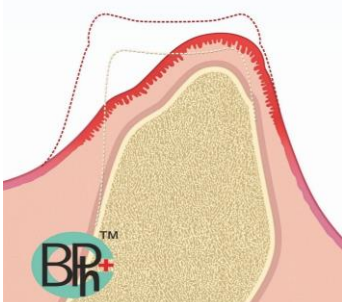
ФОРМИРОВАНИЕ ТРАБЕКУЛЯРНОЙ КОСТИ

через 3 месяца



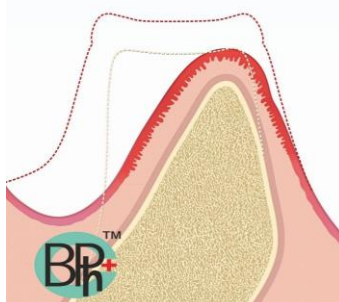
АТРОФИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ КОСТИ

через 6-9 месяцев



АТРОФИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ КОСТИ

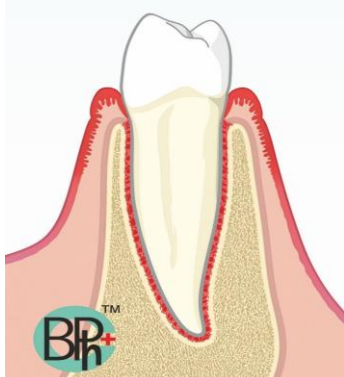
через 12 месяцев



ЧИТАТЬ ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ ПО ПРОЦЕССАМ РЕЗОБЦИИ КОСТИ

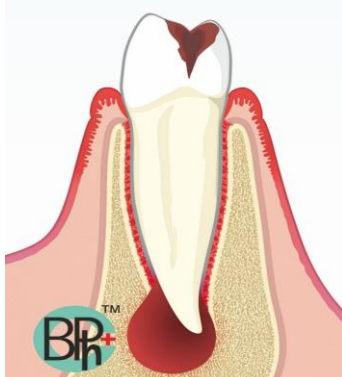


ПРИМЕР ИСХОДНОЙ СИТУАЦИИ ЗДОРОВОГО ЗУБА

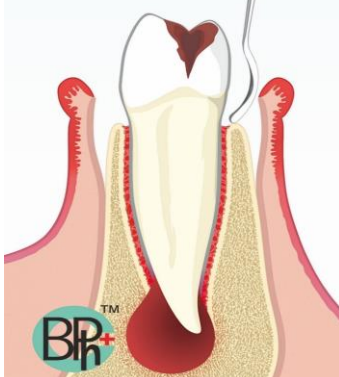


ПОКАЗАНИЕ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА

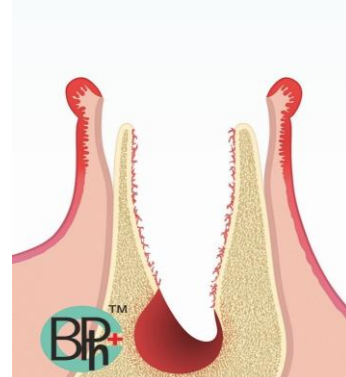
нецелесообразность
терапевтического лечения



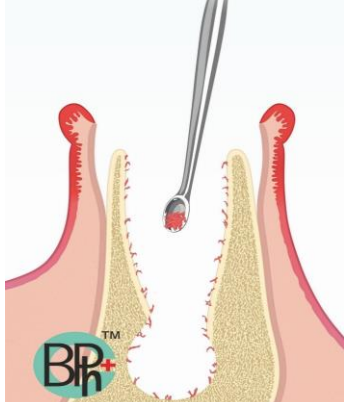
ПРОВОДИМ СЕПАРАЦИЮ СЛИЗИСТОЙ ВМЕСТЕ С НАДКОСТНИЦЕЙ (чуть ниже уровня прикрепленной слизистой)



ВИД ЛУНКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА



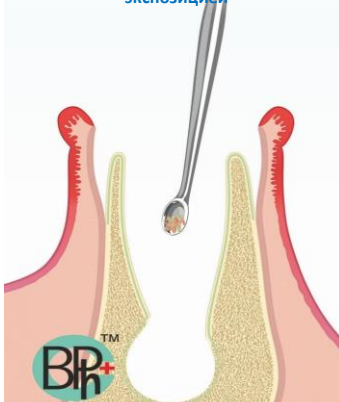
ПРОВОДИМ ПЕРВИЧНЫЙ КЮРЕТАЖ ЛУНКИ



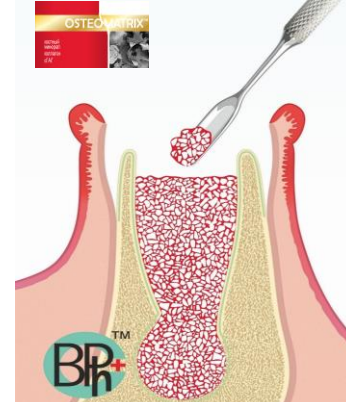
ПРОВОДИМ ОБРАБОТКУ ЛУНКИ АНТИБИОТИКАМИ С ЦЕЛЬЮ САНАЦИИ (3 ЭКСПОЗИЦИИ ПО 1 МИНУТЕ) ДОКСИЦИКЛИН И 10% РАСТВОР ДИМЕКСИДА



ПОВТОРНЫЙ КЮРЕТАЖ ЛУНКИ ПОСЛЕ САНАЦИИ РАНЫ РЕКОМЕНДОВАНО МЕЖДУ 2 И 3 ЭКСПОЗИЦИЕЙ



ЗАПОЛНЯЕМ ЛУНКУ ОСТЕОИНДУКТИВНЫМ МАТЕРИАЛОМ



ВНОСИМ ЗАЩИТНЫЙ СЛОЙ
ОСТЕОКОНДУКТИВНОГО
МАТЕРИАЛА



ПРЕДОТВРАЩАЕМ МИГРАЦИЮ
КОСТНОГО МАТЕРИАЛА ПРИ
ПОМОЩИ РЕЗОРБИРУЕМОЙ
КОЛЛАГЕНОВОЙ МЕМБРАНЫ

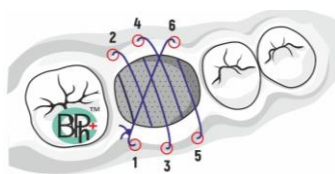
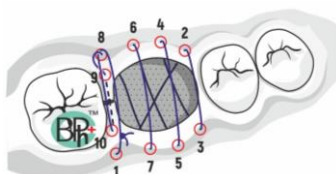


УШИВАЕМ РАНУ

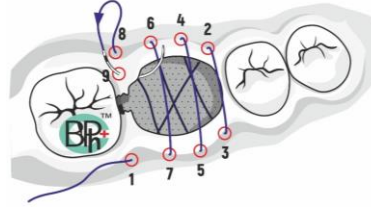
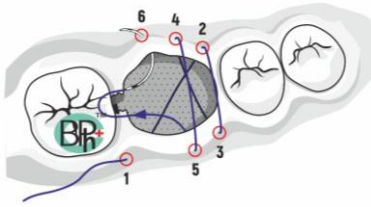
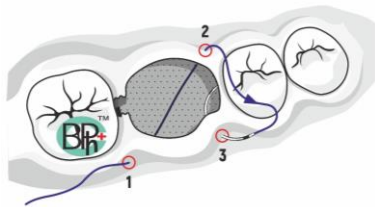
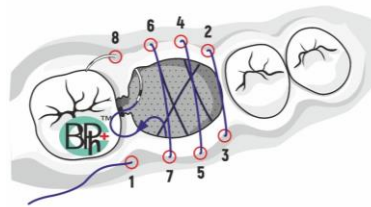
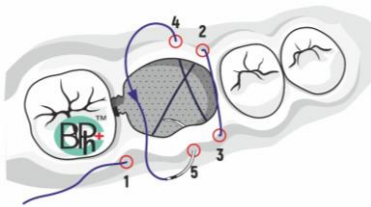
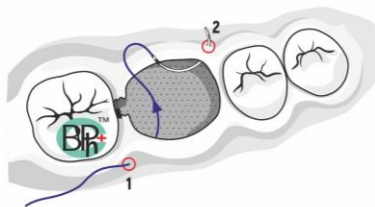
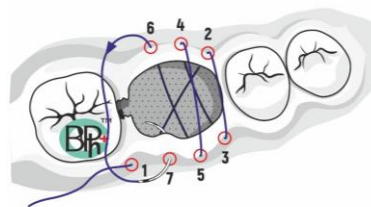
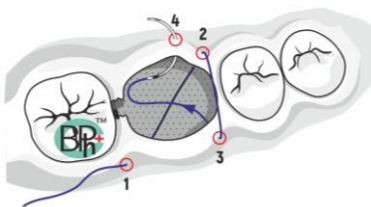
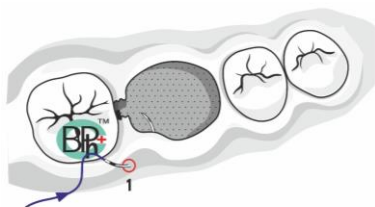
ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ
через 6 месяцев

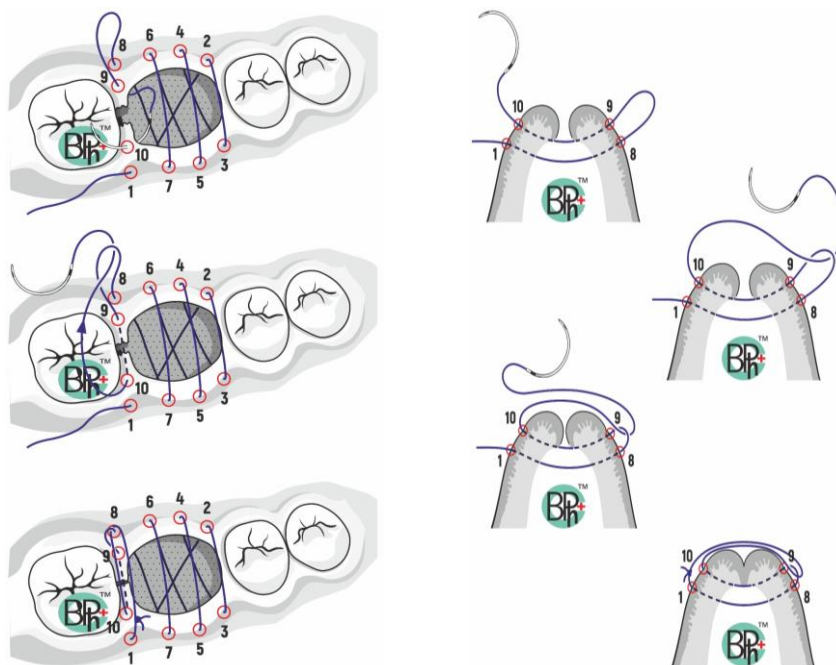
ВАРИАНТ УШИВАНИЯ РАНЫ
ПРИ РАЗРЫВЕ СЛИЗИСТОЙ

ВАРИАНТ УШИВАНИЯ РАНЫ БЕЗ
РАЗРЫВА СЛИЗИСТОЙ

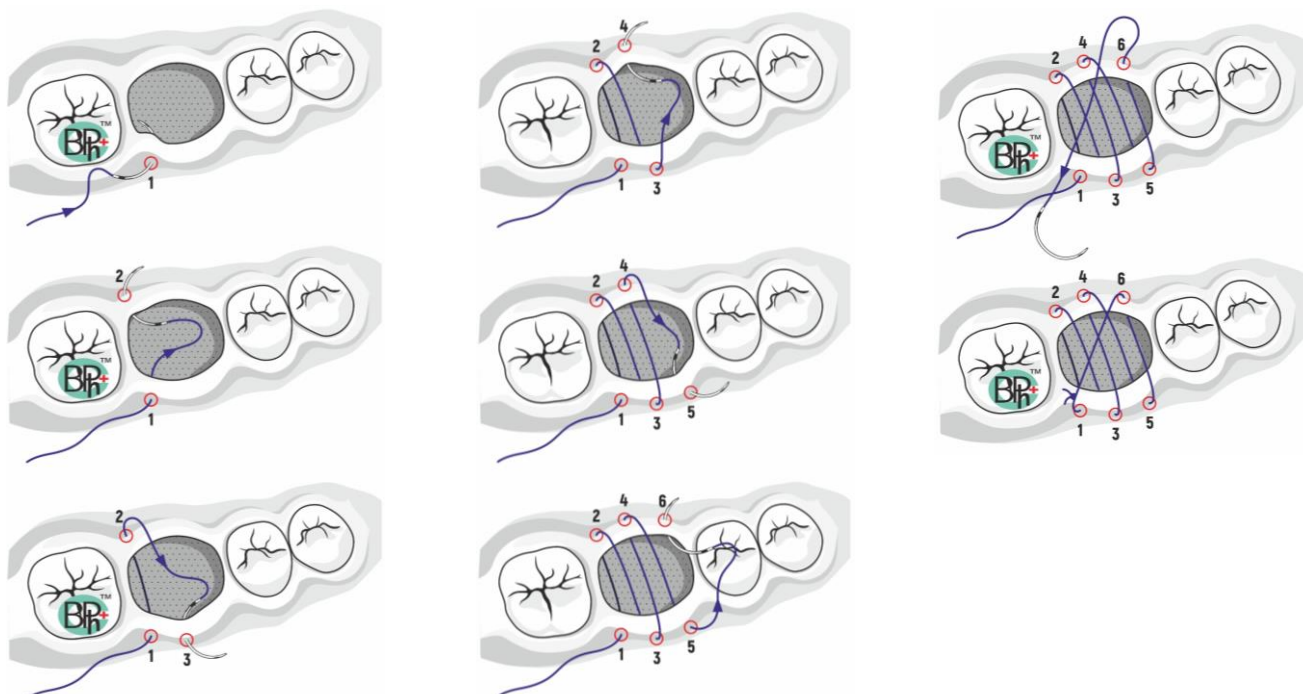


ВАРИАНТ УШИВАНИЯ РАНЫ ПРИ РАЗРЫВЕ СЛИЗИСТОЙ,
ПРЕДЛОЖЕННЫЙ **BRADLEY ROSS, DMD**



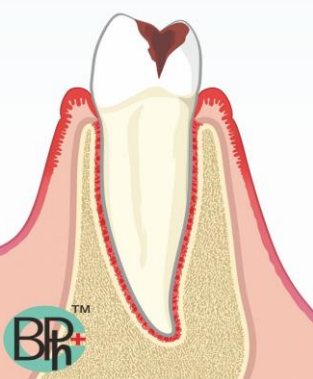


**ВАРИАНТ УШИВАНИЯ РАНЫ БЕЗ РАЗРЫВА СЛИЗИСТОЙ,
ПРЕДЛОЖЕННЫЙ АЛЕКСЕЕМ ИВАЩЕНКО**

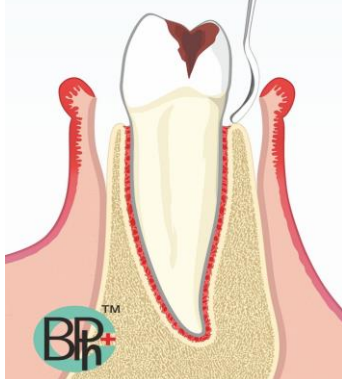


ПОКАЗАНИЕ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА

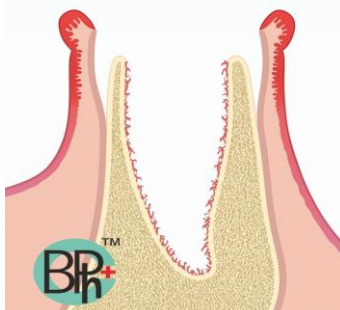
нецелесообразность
терапевтического лечения



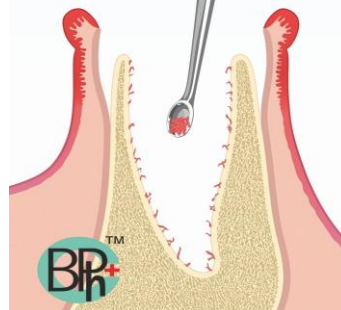
ПРОВОДИМ СЕПАРАЦИЮ СЛИЗИСТОЙ ВМЕСТЕ С НАДОСТНИЦЕЙ (чуть ниже уровня прикрепленной слизистой)



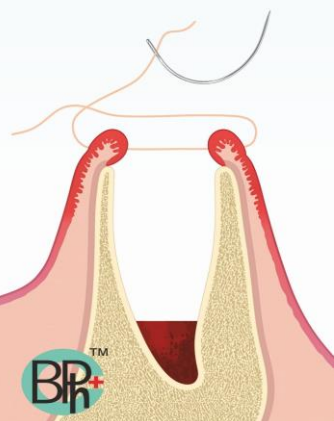
ВИД ЛУНКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА



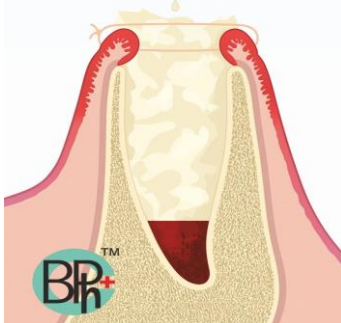
ПРОВОДИМ КЮРЕТАЖ ЛУНКИ



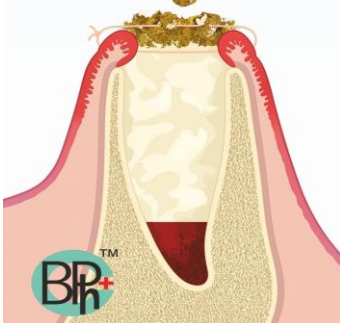
УШИВАЕМ РАНУ



ЗАПОЛНЯЕМ ЛУНКУ СМЕСЬЮ ИЗ
ГЕПАРИНОВОЙ МАЗИ С ЛЮБЫМ
АНТИБИОТИКОМ ШИРОКОГО
СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ

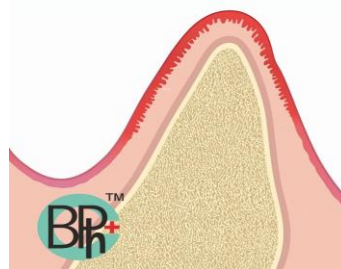


ПОД ВИТКИ ШВОВ УКЛАДЫВАЕМ
АЛЬВЕОЖИЛЬ, КОТОРАЯ ЗАРАНЕЕ
БЫЛА НАСЫЩЕНА ЙОДОФОРМОМ

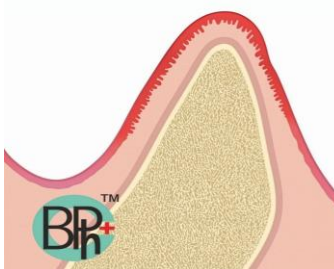


ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

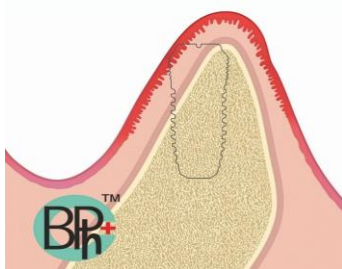
через 12 месяцев



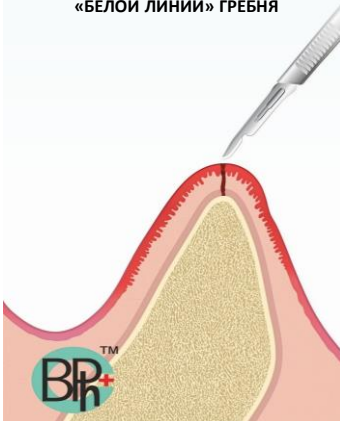
ИСХОДНАЯ СИТУАЦИЯ С
ДЕФИЦИТОМ КОСТИ
С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ



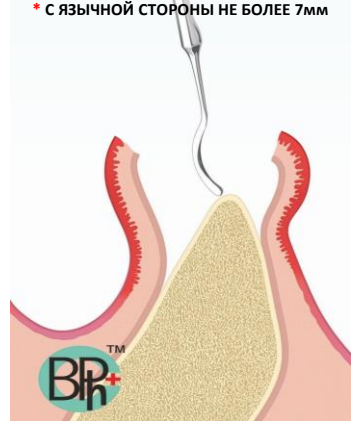
ПЛАНИРУЕМОЕ МЕСТО
УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА



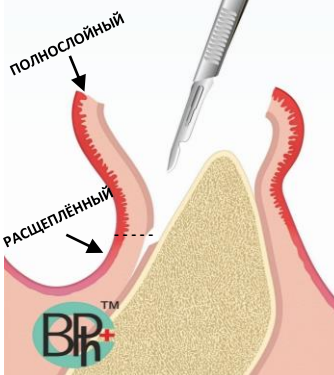
ПРОИЗВОДИМ РАЗРЕЗ ПО
СЕРЕДИНЕ -
«БЕЛОЙ ЛИНИИ» ГРЕБНЯ



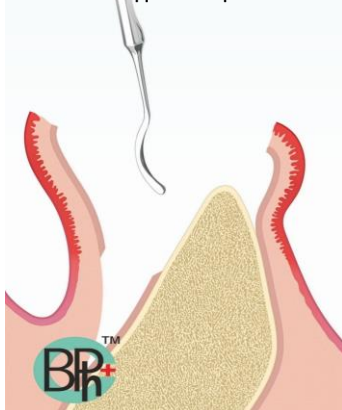
СЕПАРИРУЕМ СЛИЗИСТУЮ
ВЕСТИБУЛЯРНО ДО ГРАНИЦЫ
ПРИКРЕПЛЕННОЙ СЛИЗИСТОЙ
* С ЯЗЫЧНОЙ СТОРОНЫ НЕ БОЛЕЕ 7мм



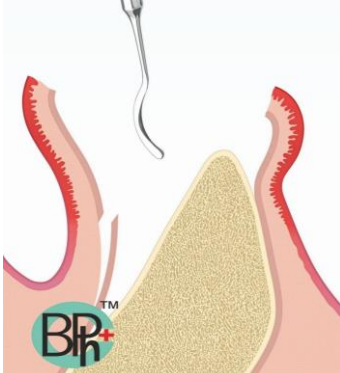
ФОРМИРУЕМ «РАСЩЕПЛЕННЫЙ ЛОСКУТ»
С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ НА ГРАНИЦЕ
ПЕРЕХОДА НЕПОДВИЖНОЙ В
ПОДВИЖНУЮ СЛИЗИСТУЮ НАДРЕЗАЕМ
НАДОСТНИЦУ



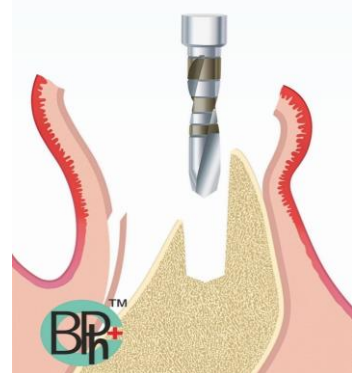
ТУПЫМ ИНСТРУМЕНТОМ ОТДЕЛЯЕМ
МЫШЕЧНЫЙ СЛОЙ ОТ
НАДОСТНИЦЫ



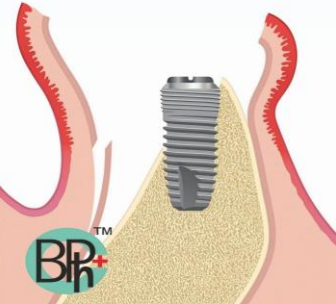
ОТСЛАИВАЕМ НАДОСТНИЦУ ОТ
КОСТИ, ФОРМИРУЕМ
ПОДНАДОСТНИЧНЫЙ КАРМАН ДЛЯ
МЕМБРАНЫ, ЧУТЬ НИЖЕ УРОВНЯ
АПЕКСА БУДУЩЕГО УСТАНОВЛЕННОГО
ИМПЛАНТАТА



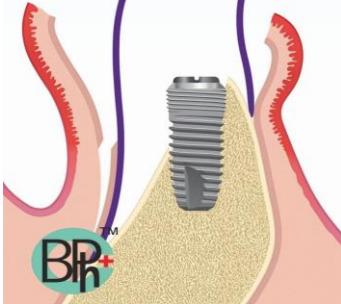
ФОРМИРУЕМ ЛОЖЕ ДЛЯ
УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА



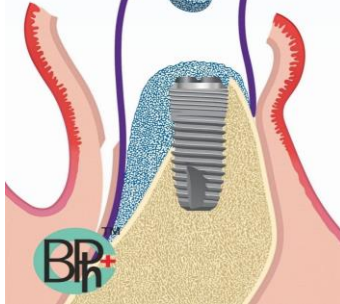
УСТАНАВЛИВАЕМ ИМПЛАНТАТ



УКЛАДЫВАЕМ МЕМБРАНУ



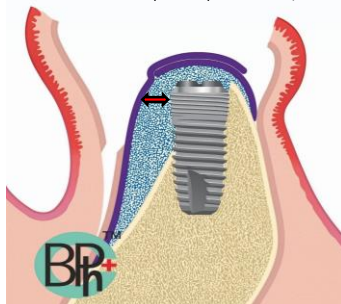
ПРИ ПОМОЩИ **ОСТЕОКОНДУКТИВНОГО** МАТЕРИАЛА ВОССТАНАВЛИВАЕМ УТРАЧЕННЫЙ ОБЪЕМ КОСТИ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ И ЗАЩИЩАЕМ ИМПЛАНТАТ ОТ ФИБРОИНТЕГРАЦИИ, А КОСТЬ ОТ РЕЗОРБЦИИ



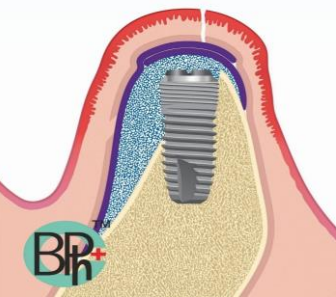
«СХЛОПЫВАЕМ» МЕМБРАНУ ПО ПРИНЦИПУ «ПАЛЬТО»

* для надёжного долгосрочного эффекта толщина костной стенки с вестибулярной стороны имплантата должна быть не менее 2-3мм (иногда предпочтительнее 4мм)

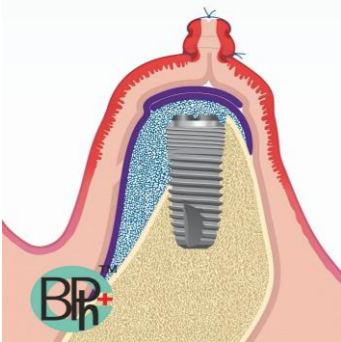
* Уле Грондер «Имплантация в эстетически значимой зоне. Постоперационный алгоритм планирования лечения», 2017г.



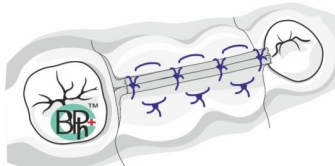
СВОДИМ КРАЯ СЛИЗИСТОЙ



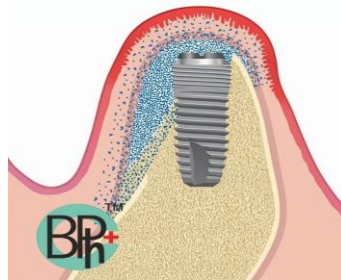
УШИВАЕМ СЛИЗИСТУЮ



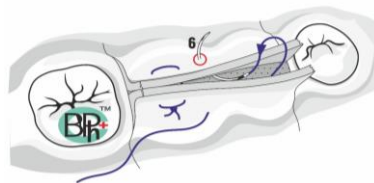
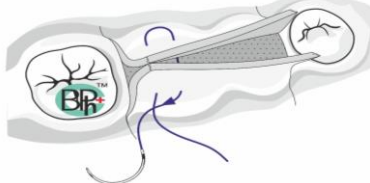
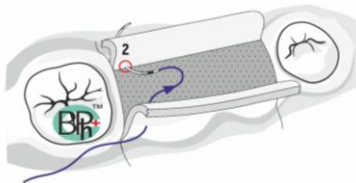
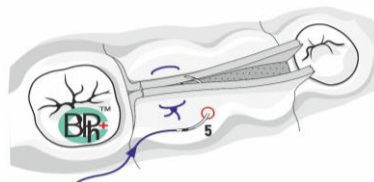
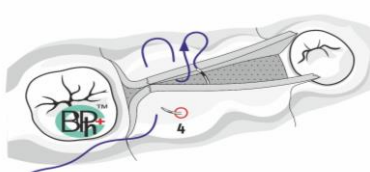
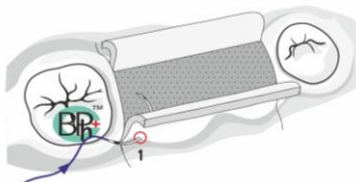
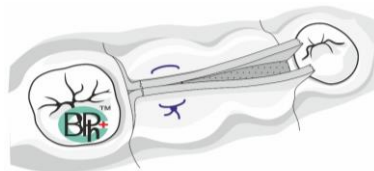
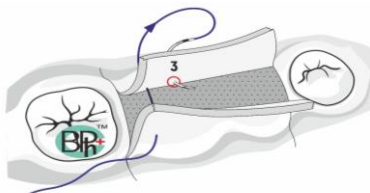
ВАРИАНТ УШИВАНИЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, РЕКОМЕНДОВАННЫЙ **ИШТВАНОМ УРБАНОМ И НАОШИ САТО**

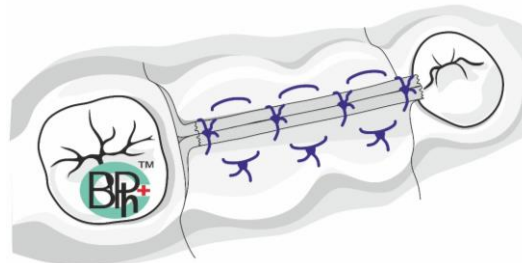
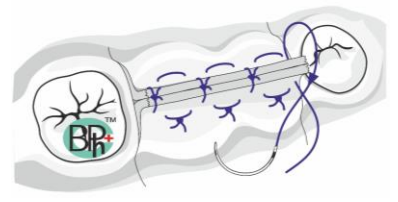
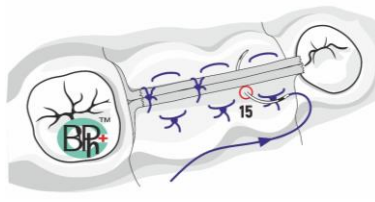
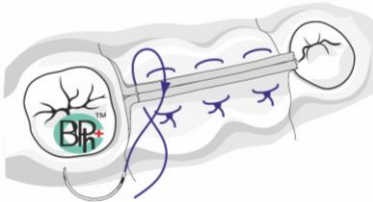
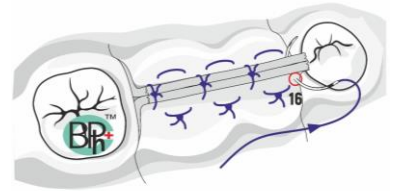
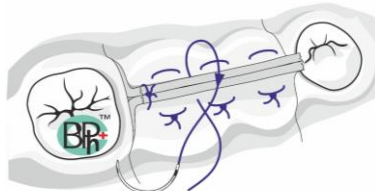
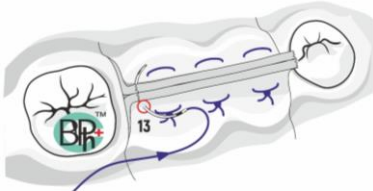
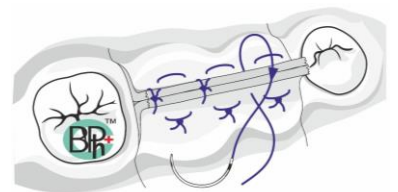
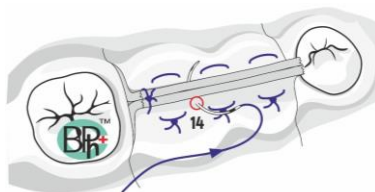
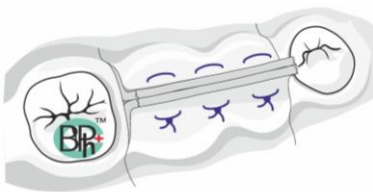
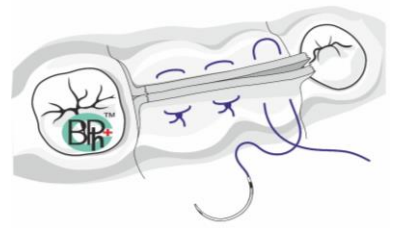
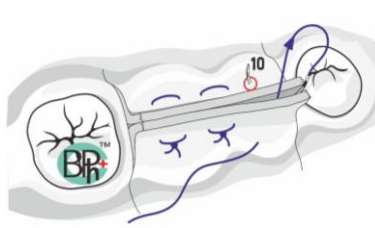
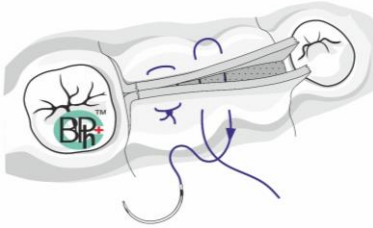
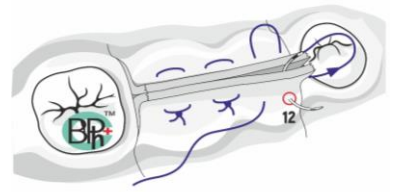
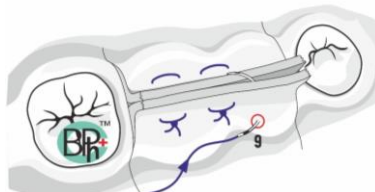
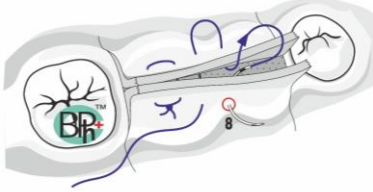
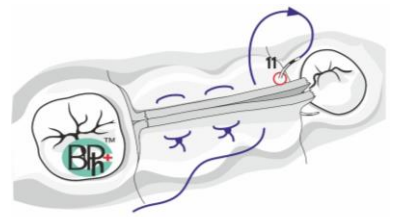
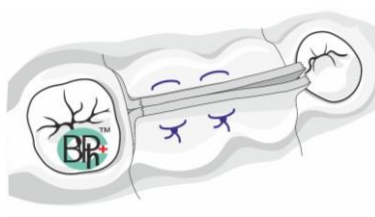
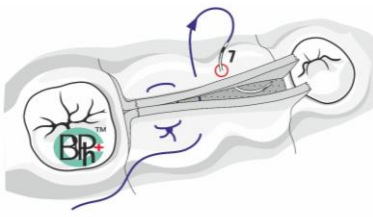


РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА



ВАРИАНТ УШИВАНИЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, РЕКОМЕНДОВАННЫЙ **ИШТВАНОМ УРБАНОМ И НАОШИ САТО**





ИСХОДНАЯ СИТУАЦИЯ С
ДЕФИЦИТОМ КОСТИ С
ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ

ПЛАНИРУЕМОЕ МЕСТО
УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА

ПРОИЗВОДИМ РАЗРЕЗ ПО
СЕРЕДИНЕ - «БЕЛОЙ ЛИНИИ»
ГРЕБНЯ

СЕПАРИРУЕМ СЛИЗИстую
ВЕСТИБУЛЯРНО ДО ГРАНИЦЫ
ПРИКРЕПЛЕННОЙ СЛИЗИстой
* С ЯЗЫЧНОЙ СТОРОНЫ НЕ БОЛЕЕ
7мм

ФОРМИРУЕМ «РАСЩЕПЛЁННЫЙ
ЛОСКУТ» С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ
СТОРОНЫ НА ГРАНИЦЕ ПЕРЕХОДА
НЕПОДВИЖНОЙ В ПОДВИЖНУЮ
СЛИЗИстую НАДРЕЗАЕМ
НАДКОСТНИЦУ

ТУПЫМ ИНСТРУМЕНТОМ
ОТДЕЛЯЕМ МЫШЕЧНЫЙ СЛОЙ
ОТ НАДКОСТНИЦЫ

ОТСЛАИВАЕМ НАДКОСТНИЦУ ОТ
КОСТИ, ФОРМИРУЕМ
ПОДНАДКОСТНИЧНЫЙ КАРМАН
ДЛЯ МЕМБРАНЫ, ЧУТЬ НИЖЕ
УРОВНЯ АПЕКСА БУДУЩЕГО
УСТАНОВЛЕННОГО ИМПЛАНТАТА

УКЛАДЫВАЕМ МЕМБРАНУ

НА ПОВЕРХНОСТЬ КОСТИ УКЛАДЫВАЕМ
ОСТЕОИНДУКТИВНЫЙ МАТЕРИАЛ
* ПЕРФОРАЦИЯ КОРТИКАЛЬНОГО СЛОЯ
НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНА

ПРИ ПОМОЩИ ОСТЕОКОНДУКТИВНОГО
МАТЕРИАЛА ВОССТАНАВЛИВАЕМ
УТРАЧЕННЫЙ ОБЪЕМ КОСТИ С
ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ И ЗАЩИЩАЕМ
ОСТЕОИНДУКТОР ОТ ПРОРАСТАНИЯ
МЯГКИХ ТКАНЕЙ

«СКЛОПЫВАЕМ» МЕМБРАНУ
ПО ПРИНЦИПУ «ПАЛЬТО»

СВОДИМ КРАЯ СЛИЗИстой

УШИВАЕМ МЯГКИЕ ТКАНИ

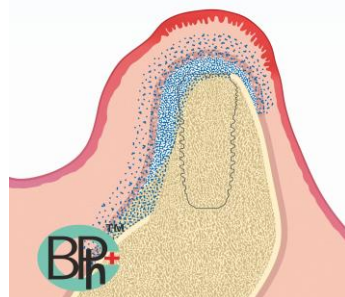
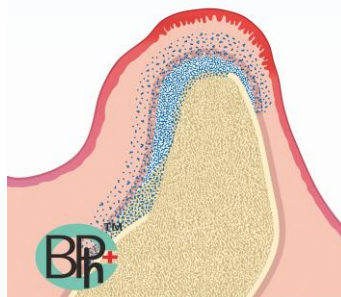
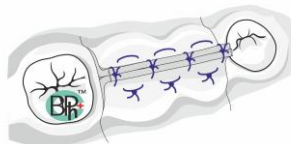
ВАРИАНТ УШИВАНИЯ НА НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ, РЕКОМЕНДОВАННЫЙ
ИШТВАНОВ УРБАНОМ И НАОШИ
САТО

РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ

ТЕПЕРЬ МОЖЕМ УСТАНОВИТЬ
ИМПЛАНТАТ И ИМЕЕМ БОЛЬШОЕ
КОЛИЧЕСТВО СЛИЗИстой С
НАДЕЖНОЙ ПОДДЕРЖКОЙ, ДЛЯ
БУДУЩЕЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ
КОНСТРУКЦИИ



СМОТРЕТЬ
ПОЛНЫЙ
ПРОТОКОЛ
ЗДЕСЬ

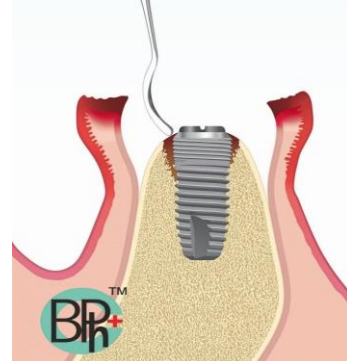
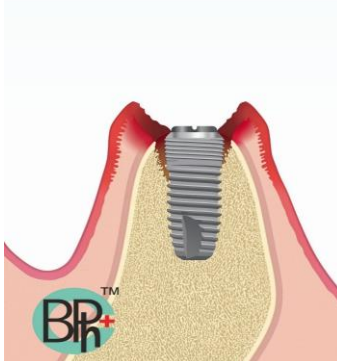
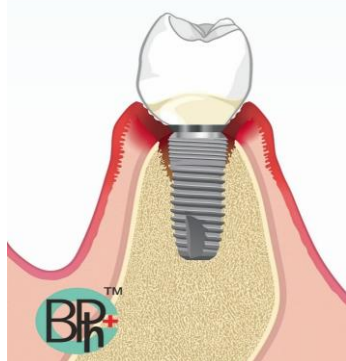
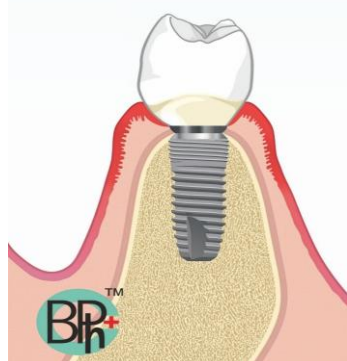


ИСХОДНАЯ СИТУАЦИЯ

ВОЗНИК ПЕРИИМПЛАНТИТ

СНЯЛИ КОРОНКУ И
УСТАНОВИЛИ ЗАГЛУШКУ

СЕПАРИРУЕМ СЛИЗИстую

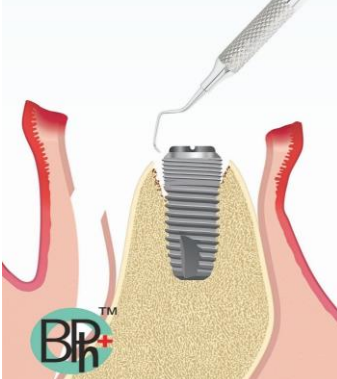
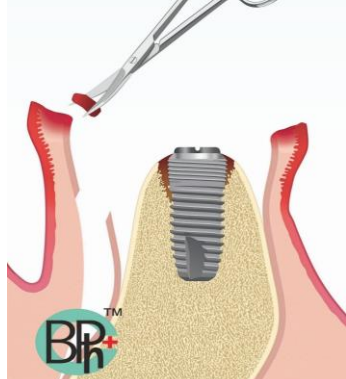
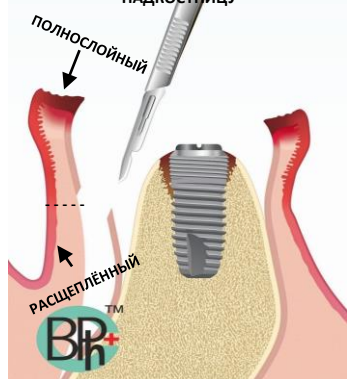


ФОРМИРУЕМ «РАСЩЕПЛЁННЫЙ ЛОСКУТ» С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ НА ГРАНИЦЕ ПЕРЕХОДА НЕПОДВИЖНОЙ В ПОДВИЖНУЮ СЛИЗИстую НАДРЕЗАЕМ НАДКОСТНИЦУ

НОЖНИЦАМИ УДАЛЯЕМ ГРАНУЛЯТ СО СЛИЗИстОЙ

КЮРЕТОЙ УБИРАЕМ ГРАНУЛЯТ ИЗ ДЕФЕКТА

УЛЬТРАЗВУКОМ ОБРАБАТЫВАЕМ ТОЛЬКО КОСТНЫЙ КРАЙ ДЕФЕКТА (НЕ ЗАДЕВАЯ ИМПЛАНТАТ)

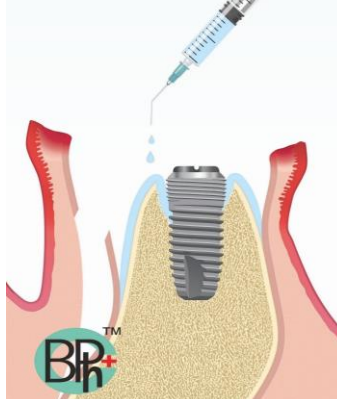


ОБРАБАТЫВАЕМ ИМПЛАНТАТ ЩЁТКОЙ
10% РАСТВОРОМ ДИМЕКСИДА С ДОКСИЦИКЛИНОМ

ОБРАБАТЫВАЕМ ДЕФЕКТ СОДОЙ

ОТМЫВАЕМ ПЕРЕКИСЬЮ ВОДОРОДА

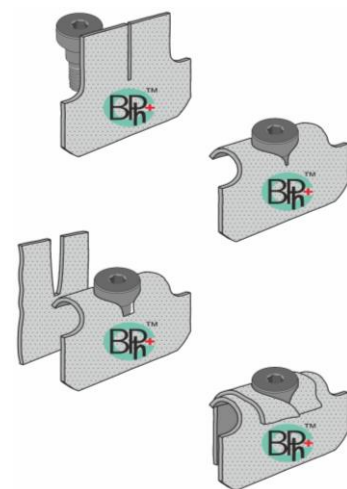
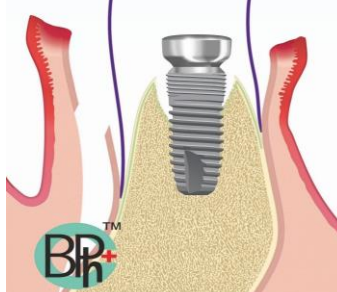
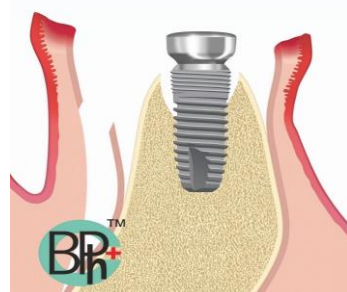
ЕЩЁ РАЗ УЛЬТРАЗВУКОМ ОБРАБАТЫВАЕМ ТОЛЬКО КОСТНЫЙ КРАЙ ДЕФЕКТА (НЕ ЗАДЕВАЯ ИМПЛАНТАТ)



ЗАМЕНЯЕМ ЗАГЛУШКУ НА ФОРМИРОВАТЕЛЬ ДЕСНЕВОГО КРАЯ

ПРОВОДИМ ОБРАБОТКУ ЛУНКИ АНТИБИОТИКАМИ С ЦЕЛЬЮ САНАЦИИ (3 ЭКСПОЗИЦИИ ПО 1 МИНУТЕ) ДОКСИЦИКЛИН И 10% РАСТВОР ДИМЕКСИДА

ЗАПРАВЛЯЕМ МЕМБРАНУ ПОДНАДКОСТНИЧНО



В БИОИМПЛАНТ ГАП
ДОБАВЛЯЕМ
ДОКСИЦИКЛИН И
ВОССТАНАВЛИВАЕМ
КОСТНЫЕ ГРАНИЦЫ

СКЛОПЫВАЕМ МЕМБРАНУ

УШИВАЕМ РАНУ

РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ 30 ДНЕЙ, КОГДА
УЖЕ МОЖНО ПРИСТУПАТЬ К
ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЭТАПУ
ИЗГОТОВЛЕНИЯ НОВОЙ КОРОНКИ
ИЛИ УСТАНОВКИ СТАРОЙ КОРОНКИ

ПОСЛЕ УСТАНОВКИ КОРОНКИ

ПЕРИИМПЛАНТИТ – МЫ ЗНАЕМ
КАК С НИМ ПРАВИЛЬНО
БОРЬТЬСЯ!!!

СМОТРЕТЬ РЕАЛЬНЫЕ ФОТО-КЕЙСЫ ПО ЛЕЧЕНИЮ ПЕРИИМПЛАНТИТА



ИСХОДНАЯ СИТУАЦИЯ

ПОКАЗАНИЕ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА

нецелесообразность
терапевтического лечения

ШАРОВИДНЫМ
БОРОМ
УБИРАЕМ
КАРИОЗНЫЙ
РАСПАД
(ТЩАТЕЛЬНО)

ПИЛОТНЫМ СВЕРЛОМ
ФОРМИРУЕМ
ПЕРФОРАЦИЮ В
ЦЕНТРЕ ОСТАТКА ЗУБА

ФОРМИРУЕМ ЛОЖЕ
БУДУЩЕГО ИМПЛАНТАТА
(на всю длину и на 50%
от предполагаемого
диаметра)

ВИД ПОСЛЕ
ФОРМИРОВАНИЯ
ЛОЖА ДЛЯ
ИМПЛАНТАТА

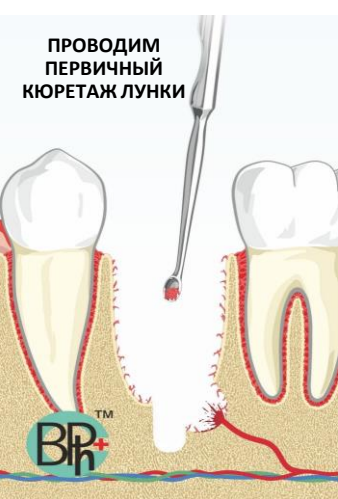
ХИРУРГИЧЕСКИМ
БОРОМ
ПРОИЗВОДИМ
РАЗДЕЛЕНИЕ КОРНЕЙ

АТРАВМАТИЧНО
УДАЛЯЕМ КОРНИ
ЗУБА

НЕ МЕНЕЕ 3мм

1,5-2мм

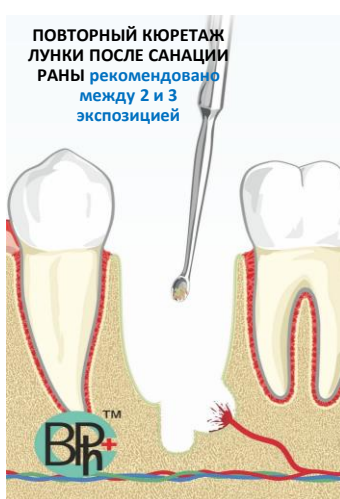
ПРОВОДИМ
ПЕРВИЧНЫЙ
КЮРЕТАЖ ЛУНКИ



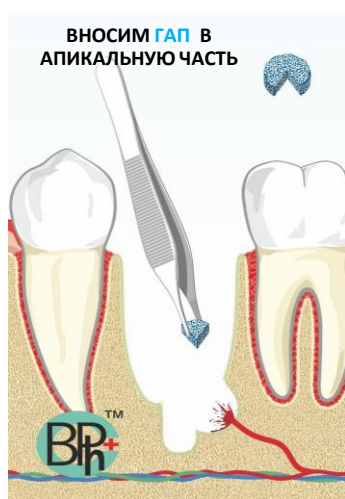
ПРОВОДИМ ОБРАБОТКУ ЛУНКИ
АНТИБИОТИКАМИ С ЦЕЛЮ САНАЦИИ
3 ЭКСПОЗИЦИИ ПО 1 МИНУТЕ
ДОКСИЦИКЛИН и 10% РАСТВОР ДИМЕКСИДА



ПОВТОРНЫЙ КЮРЕТАЖ
ЛУНКИ ПОСЛЕ САНАЦИИ
РАНЫ РЕКОМЕНДОВАНО
МЕЖДУ 2 и 3
ЭКСПОЗИЦИЕЙ



ВНОСИМ ГАП В
АПИКАЛЬНУЮ ЧАСТЬ



ПРОИЗВОДИМ
ПЛОМБИРОВКУ ГАПОМ
ВЫХОДА
СОСУДИСТОГО ПУЧКА
(для прекращения
кровотечения и
разрастания
фиброзных клеток)



ЗАПОЛНЯЕМ ЛУНКУ
ОСТЕОИНДУКТИВНЫМ МАТЕРИАЛОМ,
ПРЕДВАРИТЕЛЬНО ВЫМОЧЕННЫМ В
ЛИНКОМИЦИНЕ (или другом
АНТИБИОТИКЕ ШИРОКОГО СПЕКТРА
ДЕЙСТВИЯ ТРОПНЫМ К КОСТНОЙ ТКАНИ)



СВЕРЛОМ НА ОДИН ДИАМЕТР
МЕНЬШЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО
ДИАМЕТРА ИМПЛАНТАТА
ПРОХОДИМ ЧЕРЕЗ ВНЕСЕННЫЙ
МАТЕРИАЛ (НА МАЛЫХ ОБОРОТАХ)



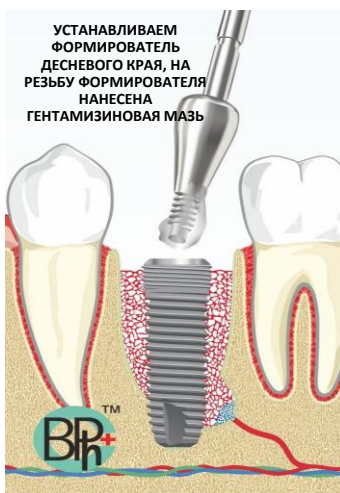
ВИД ПОСЛЕ СВЕРЛЕНИЯ



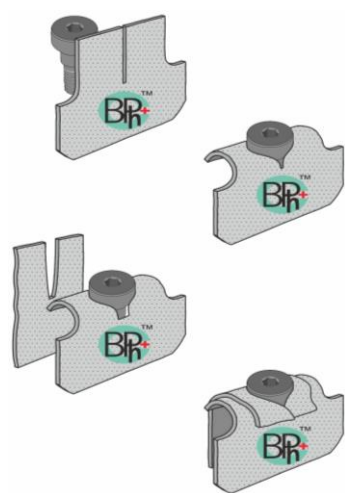
УСТАНОВЛИВАЕМ
ИМПЛАНТАТ С ПЕРВИЧНОЙ
СТАБИЛИЗАЦИЕЙ В
ОБЛАСТИ АПЕКСА И
БОКОВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ
ЛУНКИ



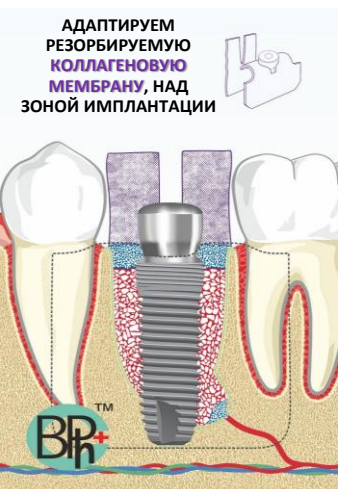
УСТАНОВЛИВАЕМ
ФОРМИРОВАТЕЛЬ
ДЕСНЕВОГО КРАЯ, НА
РЕЗЬБУ ФОРМИРОВАТЕЛЯ
НАНЕСЕНА
ГЕНТАМИЗИНОВАЯ МАЗЬ



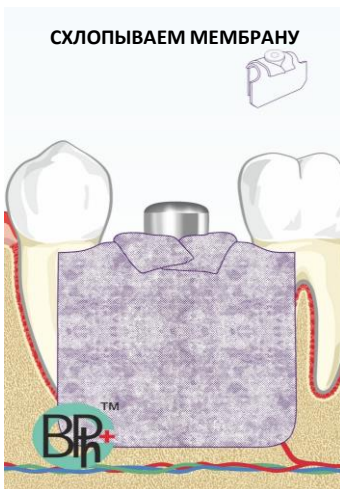
ВНОСИМ ЗАЩИТНЫЙ СЛОЙ
ОСТЕОИНДУКТИВНОГО
МАТЕРИАЛА, ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ
ПЕРИИМПЛАНТИТА И
ПРОРАСТАНИЯ ФИБРОЗНЫХ КЛЕТОК



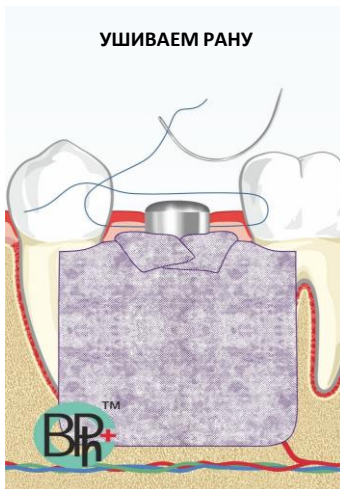
АДАПТИРУЕМ
РЕЗОРБИРУЕМУЮ
КОЛЛАГЕНОВУЮ
МЕМБРАНУ, НАД
ЗОНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ



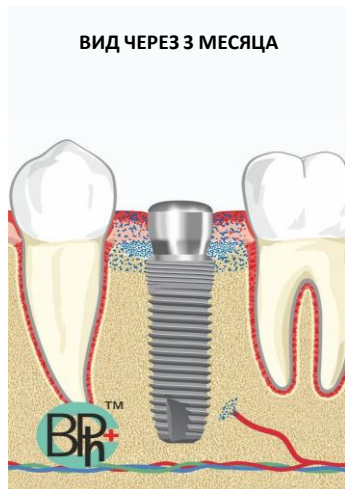
СХЛОПЫВАЕМ МЕМБРАНУ

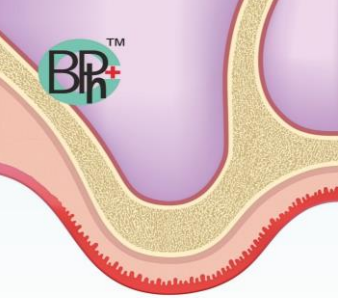


УШИВАЕМ РАНУ

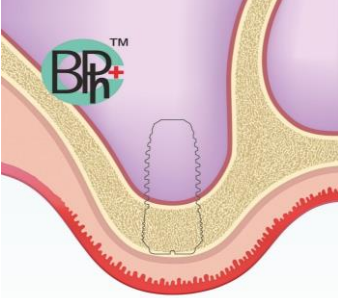


ВИД ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА





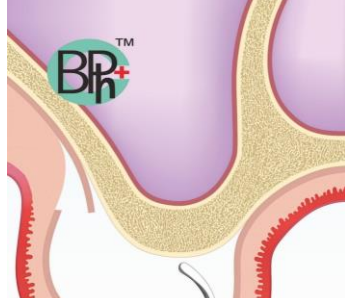
ИСХОДНАЯ СИТУАЦИЯ



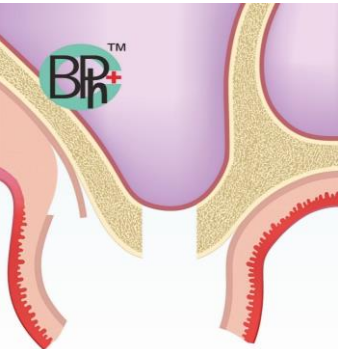
ПЛАНИРУЕМОЕ МЕСТО
УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА



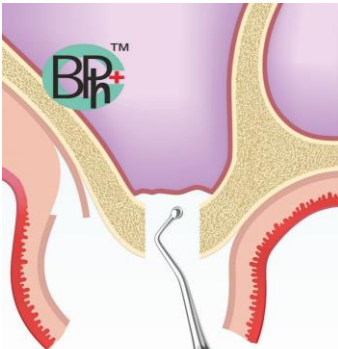
ПРОИЗВОДИМ РАЗРЕЗ ПО
СЕРЕДИНЕ - «БЕЛОЙ ЛИНИИ»
ГРЕБНЯ



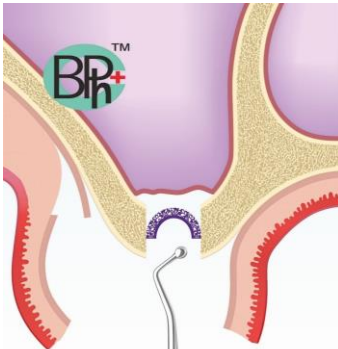
СЕПАРИРУЕМ СЛИЗИСТУЮ ВЕСТИБУЛЯРНО ДО
ГРАНИЦЫ ПРИКРЕПЛЕННОЙ СЛИЗИСТОЙ
• С ЯЗЫЧНОЙ СТОРОНЫ НЕ БОЛЕЕ 7мм
ФОРМИРУЕМ «РАСЩЕПЛЕННЫЙ ЛОСКУТ» С
ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ НА ГРАНИЦЕ
ПЕРЕХОДА НЕПОДВИЖНОЙ В ПОДВИЖНУЮ
СЛИЗИСТУЮ НАДРЕЗАЕМ НАДКЛЮСТИЦУ



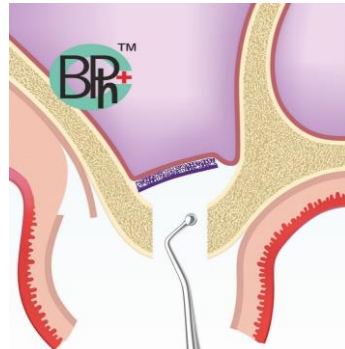
ФОРМИРУЕМ ЛОЖЕ ДЛЯ
УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА



ШАРОВИДНОЙ ГЛАДИЛКОЙ
ПРИПОДНИМАЕМ МЕМБРАНУ
ШНАЙДЕРА



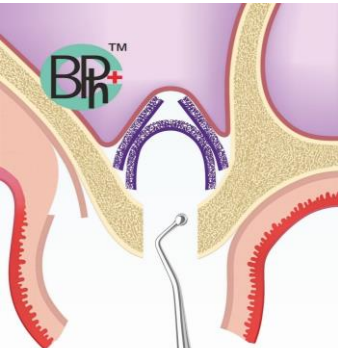
ОТРЕЗАЕМ КУСОК ФЛИСА И
ВНОСИМ ЕГО ВНУТРЬ



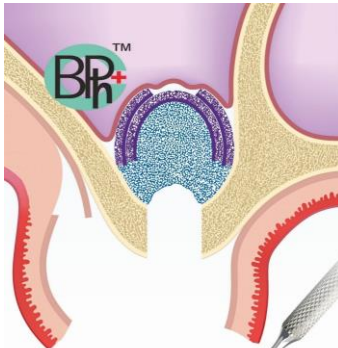
ЧЕРЕЗ ФЛИС ЕЩЕ БОЛЬШЕ
ОТОДВИГАЕМ МЕМБРАНУ ШНАЙДЕРА



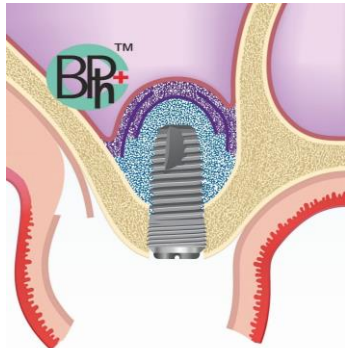
ВТОРЫМ КУСОМ ФЛИСА
ПРОДОЛЖАЕМ ОТОДВИГАТЬ
МЕМБРАНУ ШНАЙДЕРА



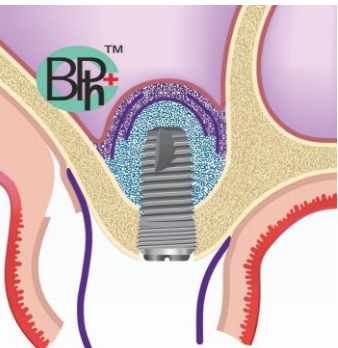
ТРЕТЬИМ КУСОМ ФЛИСА
ФОРМИРУЕМ «КУПОЛ»



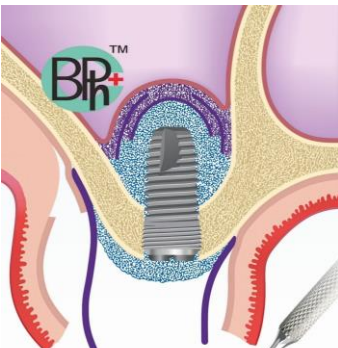
ВНОСИМ
ОСТЕОКОНДУКТИВНЫЙ
МАТЕРИАЛ



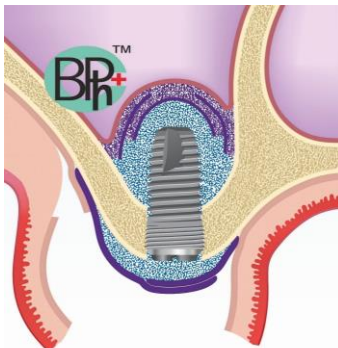
УСТАНОВЛИВАЕМ ИМПЛАНТАТ



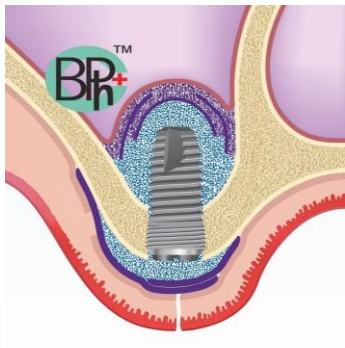
УКЛАДЫВАЕМ МЕМБРАНУ



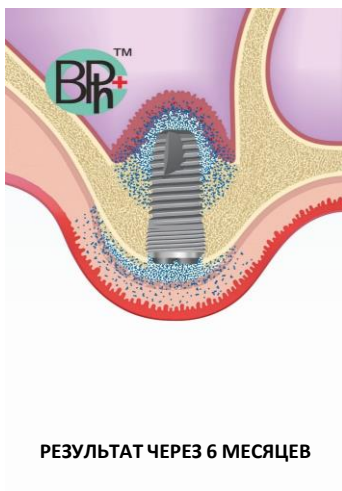
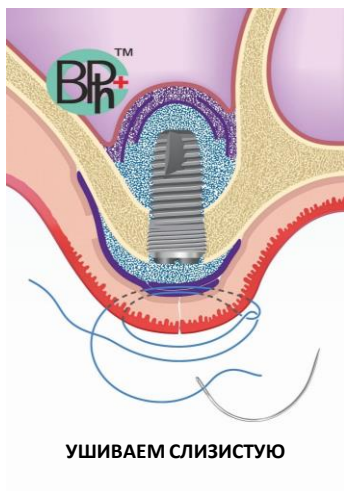
ПРИ ПОМОЩИ **ОСТЕОКОНДУКТИВНОГО**
МАТЕРИАЛА ВОССТАНАВЛИВАЕМ
УТРАЧЕННЫЙ ОБЪЕМ КОСТИ С
ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ И
ЗАЩИЩАЕМ ИМПЛАНТАТ ОТ
ФИБРОИНТЕГРАЦИИ, А КОСТЬ ОТ
РЕЗОРБЦИИ



«СХЛОПЫВАЕМ» МЕМБРАНУ
ПО ПРИНЦИПУ «ПАЛЬТО»

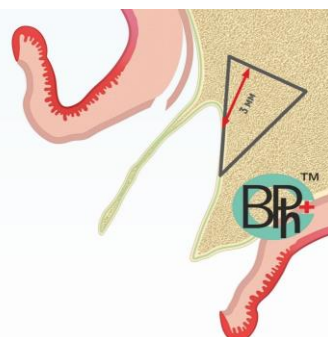
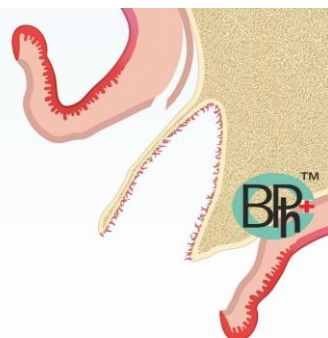
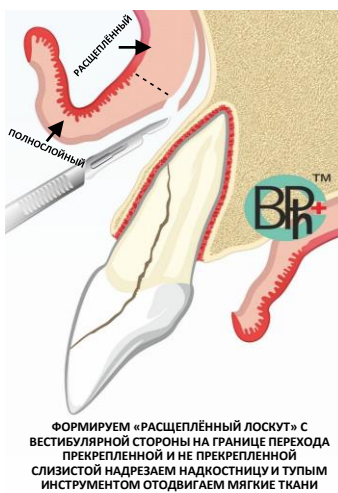
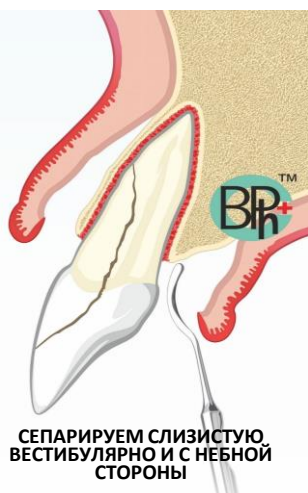
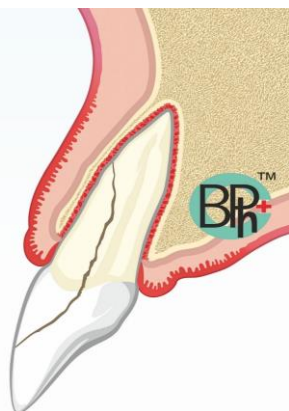


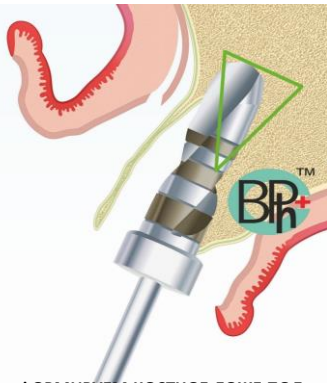
СВОДИМ КРАЯ СЛИЗИСТОЙ



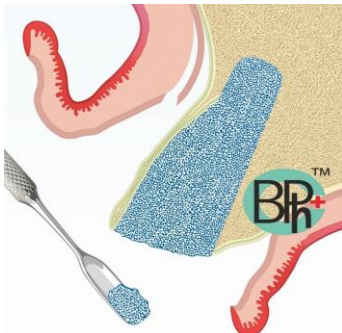
ПЕРЕЙТИ К
ПРОСМОТРУ
ВИДЕО ПО
ЗАКРЫТОМУ
СИНУС
ЛИФТИНГУ

ЧИТАТЬ ФУНДАМЕНТАЛЬНУЮ СТАТЬЮ СИНУС-ЛИФТИНГ - КОНЦЕПТ





ФОРМИРУЕМ КОСТНОЕ ЛОЖЕ ПОД ИМПЛАНТАТ С УЧЁТОМ ЗОНЫ ПРОРЕЗЫВАНИЯ И ВЫХОДА КАНАЛА ВИНТА ДЛЯ ТРАНСАКЛУЗИОННОЙ ФИКСАЦИИ



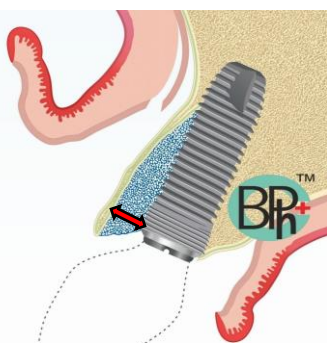
ЗАПОЛНЯЕМ ВСЁ ДЕФЕКТ ОСТЕОКОНДУКТИВНЫМ МАТЕРИАЛОМ **БИОИМПЛАНТ ГАП**



СВЕРЛОМ НА ОДИН ДИАМЕТР МЕНЬШЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ДИАМЕТРА ИМПЛАНТАТА, ФОРМИРУЕМ НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ИМПЛАНТАТА И ТЕМ САМЫМ УПЛОТНЯЕМ МАТЕРИАЛ АПИКАЛЬНО И ЛАТЕРАЛЬНО



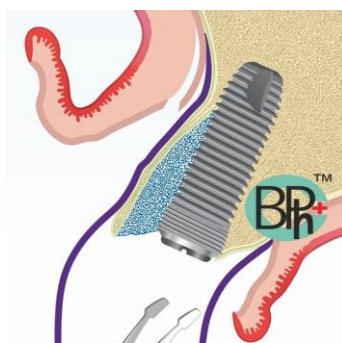
ВИД ЛУНКИ ПОСЛЕ СВЕРЛЕНИЯ



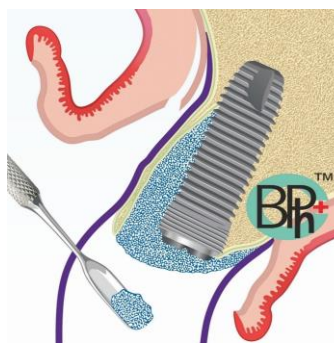
УСТАНОВИЛИ ИМПЛАНТАТ, ВКРУТИЛИ ЗАГЛУШКУ

* для надёжного долгосрочного эффекта толщина костной стенки с вестибулярной стороны имплантата должна быть не менее 2-3мм (иногда предпочтительнее 4мм)

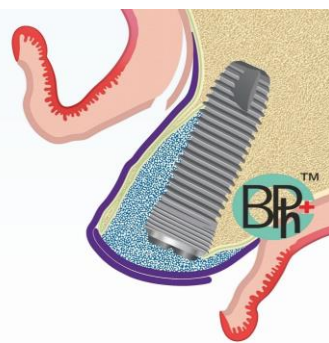
* Уле Грюндер «Имплантация в эстетически значимой зоне. Постоперационный алгоритм планирования лечения», 2017г



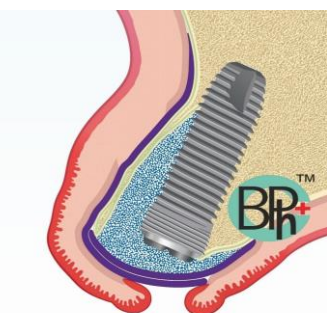
ЗАПРАВЛЯЕМ МЕМБРАНУ ПОДНАДОКСТНИЧНО, С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ НИЖЕ АПЕКСА ИМПЛАНТАТА



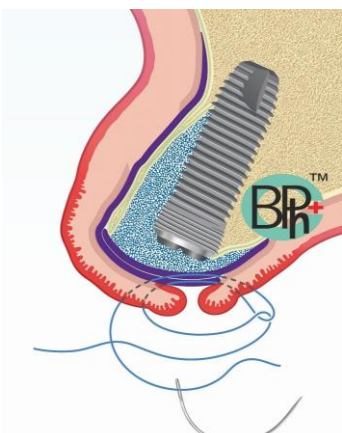
ВНОСИМ ЗАЩИТНЫЙ СЛОЙ ОСТЕОКОНДУКТИВНОГО МАТЕРИАЛА, ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИИМПЛАНТИТА И ПРОРАСТАНИЯ ФИБРОЗНЫХ КЛЕТОК



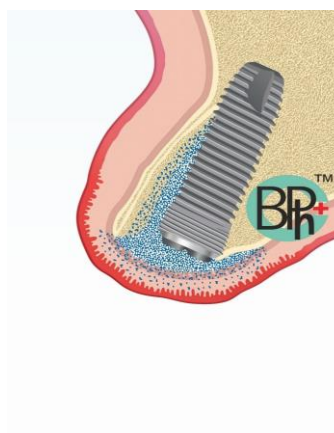
СХЛОПЫВАЕМ КОЛЛАГЕНОВУЮ МЕМБРАНУ, НАД ЗОНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ



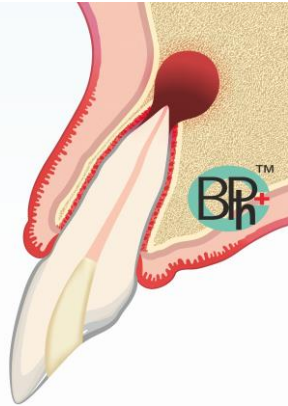
СВОДИМ КРАЯ СЛИЗИСТОЙ



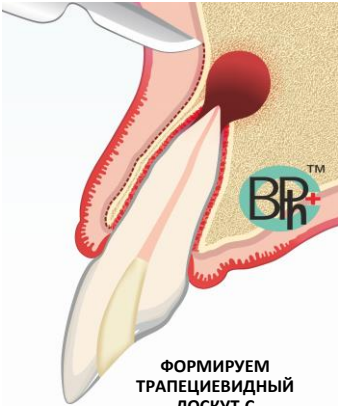
УШИВАЕМ РАНУ, ПОЛНОЕ СВЕДЕНИЕ НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО



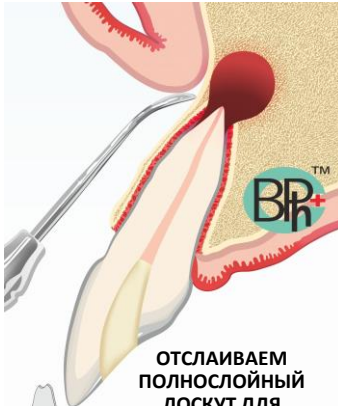
РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ 90 ДНЕЙ



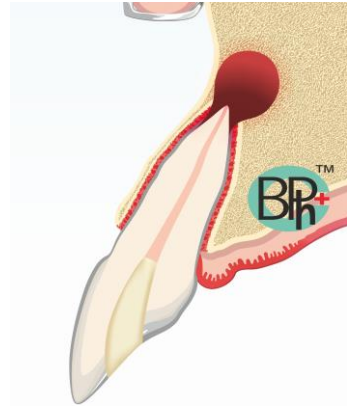
ПЕРИАПИКАЛЬНАЯ КИСТА
СООБЩАЮЩАЯСЯ С
КОРНЕВЫМ КАНАЛОМ



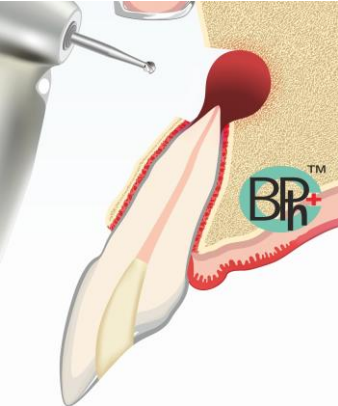
ФОРМИРУЕМ
ТРАПЕЦИЕВИДНЫЙ
ЛОСКУТ С
ВНУТРИБОРЗДКОВЫМ
РАЗРЕЗОМ В ОБЛАСТИ
ОДНОГО ЗУБА



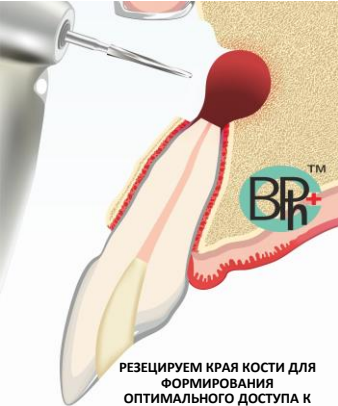
ОТСЛАИВАЕМ
ПОЛНОСЛОЙНЫЙ
ЛОСКУТ ДЛЯ
ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ДОСТУПА К ОЧАГУ
ПОРАЖЕНИЯ



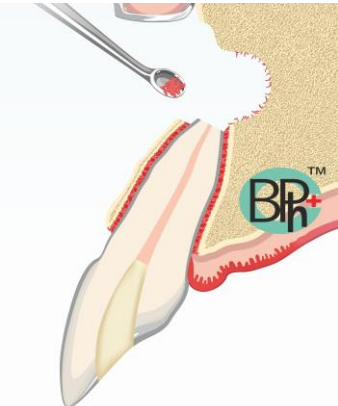
ОТКИДЫВАЕМ ЛОСКУТ С
ПОЛНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИЕЙ
ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ



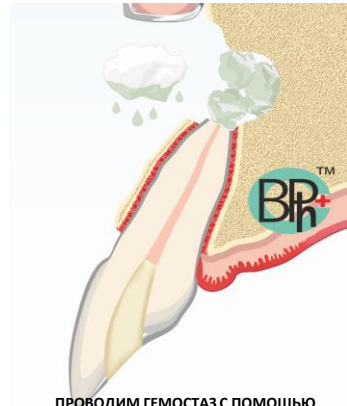
СОЗДАЁМ ОКНО В
ПРОЕКЦИИ КИСТЫ



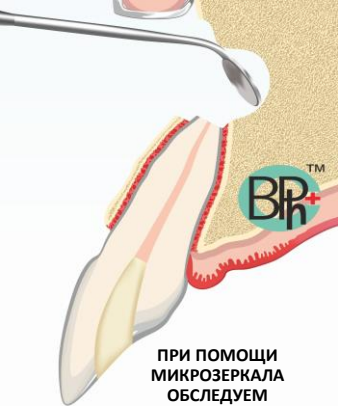
РЕЗЕЦИРУЕМ КРАЯ КОСТИ ДЛЯ
ФОРМИРОВАНИЯ
ОПТИМАЛЬНОГО ДОСТУПА К
САМОЙ КИСТЕ, ПОСЛЕ
ПРОВОДИМ РЕЗЕКЦИЮ
ВЕРХУШКИ КОРНЯ. СОЗДАНИЕ
СПИЛА, КАК МОЖНО БОЛЕЕ
ПЕРПЕНДИКУЛЯРНО ВЕРХУШКЕ



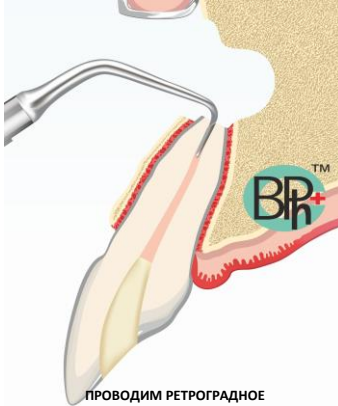
ПРОВОДИМ ПЕРВИЧНЫЙ
КЮРЕТАЖ



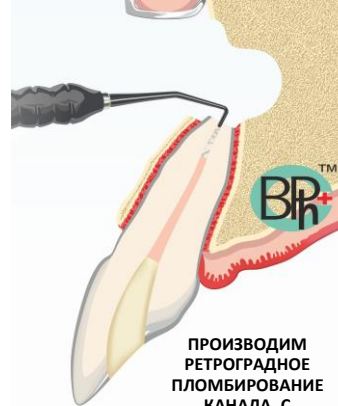
ПРОВОДИМ ГЕМОСТАЗ С ПОМОЩЬЮ
ВАТНЫХ ШАРИКОВ ВЫМОЧЕННЫХ В
СУЛЬФАТЕ ЖЕЛЕЗА (FeSO4). ПЛОТНО
УКЛАДЫВАЕМ И ДЕРЖИМ ИХ В ТЕЧЕНИЕ
НЕСКОЛЬКИХ МИНУТ



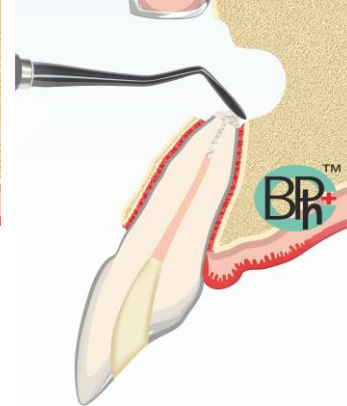
ПРИ ПОМОЩИ
МИКРОЗЕРКАЛА
ОБСЛЕДУЕМ
ПОВЕРХНОСТЬ СПИЛА И
ВИЗУАЛИЗИРУЕМ
ПОВЕРХНОСТЬ И
КОНТУРЫ КОРНЯ



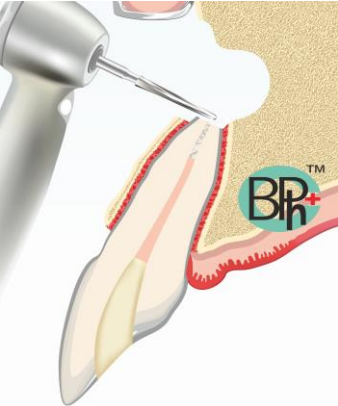
ПРОВОДИМ РЕТРОГРАДНОЕ
ПРЕПАРИРОВАНИЕ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРИ
ПОМОЩИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАСАДКИ.
ПРОМЫВАЕМ И ПОСЛЕ ВЫСУШИВАЕМ
КОРНЕВОЙ КАНАЛ БУМАЖНЫМИ ШТИФТАМИ
ИЛИ АДАПТЕРОМ СТОРКО



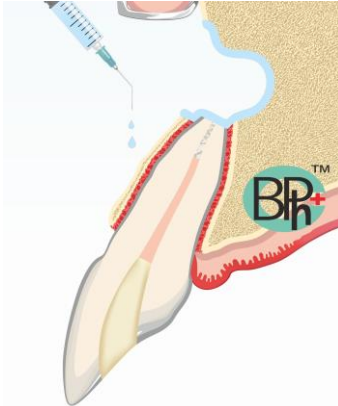
ПРОИЗВОДИМ
РЕТРОГРАДНОЕ
ПЛОМБИРОВАНИЕ
КАНАЛА, С
ПОМОЩЬЮ
ПЛАГЕРА И БЛОКА
ЛИ



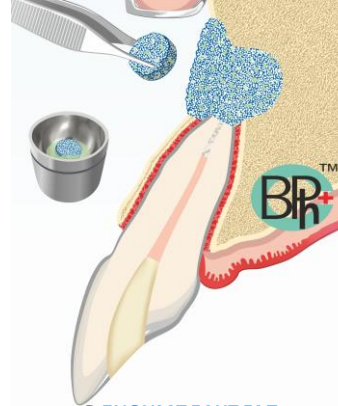
ПОСЛЕДНЮЮ ПОРЦИЮ МАТЕРИАЛА
ДЛЯ НАДЕЖНОГО ОБТУРИРОВАНИЯ
ДОБАВЛЯЕМ С НЕБОЛЬШИМ
ИЗБЫТКОМ



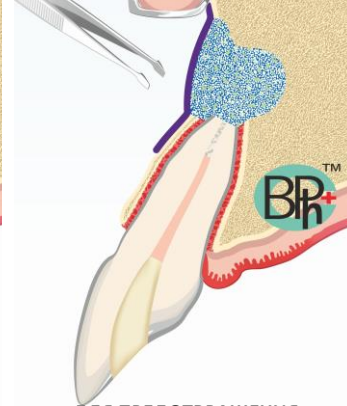
ПРОВОДИМ ШЛИФОВАНИЕ
АПикальной ПОВЕРХНОСТИ
ПЛОМБЫ



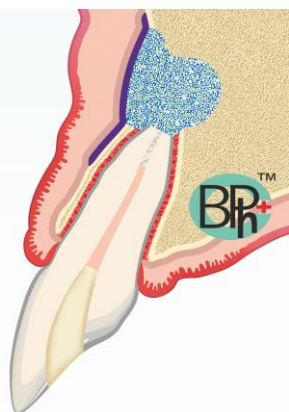
ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ЭТАП КЮРЕТАЖА
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРОМЫВАНИИ
ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ
ФИЗРАСТВОРОМ



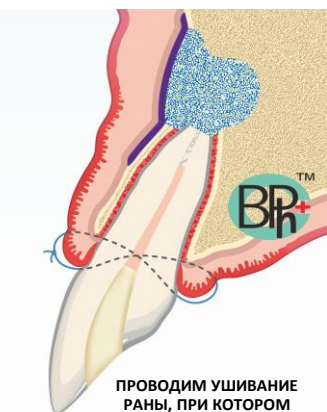
В БИОИМПЛАНТ ГАП
ДОБАВЛЯЕМ ДОКСИЦИКЛИН И
ВОССТАНАВЛИВАЕМ КОСТНЫЕ
ГРАНИЦЫ



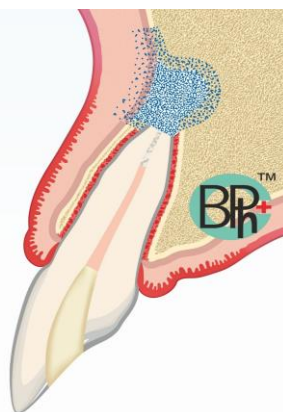
ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ
МИГРАЦИИ КОСТНОГО
МАТЕРИАЛА УКЛАДЫВАЕМ
КОЛЛАГЕНОВУЮ МЕМБРАНУ



**ВОЗВРАЩАЕМ ЛОСКУТ В
ИСХОДНОЕ СОСТОЯНИЕ**



**ПРОВОДИМ УШИВАНИЕ
РАНЫ, ПРИ КОТОРОМ
ШВЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ
РЕПОЗИЦИЮ И НАДЕЖНОЕ
УДЕРЖАНИЕ ЛОСКУТА БЕЗ
НАТЯЖЕНИЯ**



ВИД ЧЕРЕЗ 4-6 МЕСЯЦЕВ

МНОГО ПОЛЕЗНОЙ ИНФОРМАЦИИ НА НАШЕМ САЙТЕ

WWW.BIOIMPLANTAT.RU



**НАША ГРУППА В
TELEGRAM**

**ПОДПИШИСЬ,
БУДЬ В КУРСЕ
НАШИХ НОВОСТЕЙ**