


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

  
Первый заместитель Министра  
\_\_\_\_\_ Е.Н.Кроткова  
16.06. 2022г.  
Регистрационный № 018-0422

**МЕТОД УСТАНОВКИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ В  
БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Белорусский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ:

к.м.н., доцент Шевела Т.Л., д.м.н., профессор Кабак С.Л., к.м.н., доцент Мельниченко Ю.М., Мехтиев Р.С., Карапетян Г.М.

Минск, 2022

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Е. Н. Кроткова

16.06.2022

Регистрационный № 018-0422

**МЕТОД УСТАНОВКИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ В БОКОВЫХ  
ОТДЕЛАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Белорусский государственный  
медицинский университет»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. Т. л. Шевела, д-р мед. наук, проф. С. Л. Кабак, канд.  
мед. наук, доц. Ю. М. Мельниченко, Р. С. Мехтиев, Г. М. Карапетян

Минск 2022

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод установки дентальных имплантатов в боковых отделах верхней челюсти, который может быть использован в последующем в комплексе медицинских услуг, направленных на восстановление целостности боковых отделов верхнего зубного ряда.

Инструкция предназначена для врачей – челюстно-лицевых хирургов, врачей – стоматологов-ортопедов, врачей – стоматологов-хирургов учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь населению в амбулаторных или стационарных условиях, или в условиях отделений дневного пребывания.

## **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

1. Конусно-лучевой компьютерный томограф.
2. Персональный компьютер с оптическим дисководом и минимальной оперативной памятью 4 Гб.
3. Индивидуальные средства защиты для врача-стоматолога и его ассистента.
4. Хирургические инструменты:
  - 4.1 инструменты для формирования и отслаивания лоскута: хирургические скальпели (лезвия №№ 12 и 15; микролезвие); серповидная гладилка; распатор стоматологический; крючок Фарабефа; слюноотсос хирургический.
  - 4.2 инструменты и шовный материал для закрытия раны: иглодержатель; шовный материал; ножницы; стоматологическое зеркало; хирургический пинцет.
  - 4.3 хирургический набор для установки дентальных имплантатов завода-производителя.
5. Лекарственные средства для местной анестезии (лидокаин, артикаин).
6. Противомикробные лекарственные средства: амоксициллин, ампициллин, клиндамицин, цефалексин, цефазолин, цефтриаксон.
7. Нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен и др.).
8. Травяные настои (ромашка, календула, шалфей).
9. Назальные деконгестанты (нафазолин, оксиметазолин, ксилометазолин и др.).
10. Антисептическое лекарственное средство для обработки слизистой оболочки полости рта (водный раствор хлоргексидина биглюконата, 0,05 %).
11. Физиодиспенсер с хирургическим микро мотором.

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

1. Адентия (МКБ-10: K00.0).
2. Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни (МКБ-10: K08.1).

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

1. Нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния (МКБ-10: D65-D69).
2. Острые и хронические заболевания в стадии декомпенсации.
3. Заболевания тканей маргинального и апикального периодонта в области зубов, расположенных рядом с метом имплантации.
4. Острые или обострение хронических воспалительных процессов челюстно-лицевой области (периостит, остеомиелит, лимфаденита и прочие заболевания), злокачественные и доброкачественные новообразования верхней челюсти.
5. Нарушение проходимости естественного отверстия верхнечелюстной пазухи.
6. Хронический папилломатозный синусит.
7. Иные противопоказания к хирургическим операциям.

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

### **Этап I. Предоперационная подготовка**

1. Оценка проходимости остиомеатального комплекса и исключение наличия верхнечелюстного синусита, определение уровня расположения нижней стенки верхнечелюстной пазухи и топографии внутрикостного сосудистого анастомоза.

2. Выбор размеров имплантата и методики имплантации с учетом объема костной ткани в составе альвеолярного отростка верхней челюсти на уровне отсутствующих зубов:

оптимальной считается длина имплантата в 11–14 мм;

рекомендуется использовать имплантаты следующего диаметра: премоляры верхней челюсти —  $4,0 \pm 0,2$  мм; моляры верхней челюсти — не менее 4,0 мм. При низкой плотности костной ткани используются имплантаты большего диаметра;

при подборе размера имплантата необходимо учитывать, что все его поверхности должна окружать костная ткань толщиной не менее 0,5–1 мм, а расстояние между двумя соседними имплантатами должно быть не менее 2–3 мм. Минимальное расстояние от верхушки имплантата до дна верхнечелюстной пазухи должно быть 1 мм;

допускается контакт верхушки имплантата с кортикальной пластинкой нижней стенки верхнечелюстной пазухи. В случае гиперплазии пазухи и невозможности проведения синус-лифтинга допускается выведение верхушки имплантата в полость синуса на глубину до  $1/3$  его длины.

3. Получение информированного согласия, в котором пациенту сообщается о возможности съемного протезирования как альтернативного метода лечения.

4. Изготовление хирургического шаблона в зуботехнической лаборатории.

### **Этап II. Аугментация кости альвеолярного отростка верхней челюсти**

Производится при высоте альвеолярной кости в области имплантации менее 10 мм.

### **Этап III. Дентальная имплантация с учетом инструкции производителя имплантата**

Одномоментно с удалением зуба.

Одномоментно с аугментацией альвеолярной кости.

Через 3–6 мес. после удаления зуба.

Через 7–8 мес. после аугментации альвеолярной кости.

1. Предоперационная подготовка:

*антибиотикопрофилактика* (1 доза за 30–60 мин до операции):

амоксциллин или ампициллин — 2 г перорально или внутривенно;

клиндамицин (при аллергии на антибиотики группы пенициллина) — 600 мг перорально или внутривенно;

цефалексин — 2 г внутривенно, цефазолин или цефтриаксон — 1 г внутривенно (не используется при аллергии на антибиотики группы пенициллина ввиду перекрестной чувствительности);

*полоскание полости рта* 0,05 %-м водным раствором хлоргексидина биглюконата в течение 30–60 с и обработка хирургического шаблона дезинфицирующим раствором;

*местная инфльтрационная или проводниковая анестезия.*

2. Разрез слизистой оболочки и отслаивание слизисто-надкостничного лоскута.

3. Подготовка ложа имплантата согласно хирургическому протоколу в инструкции завода-производителя с обязательным охлаждением стерильным физиологическим раствором (NaCl) или раствором Рингера с использованием физиодиспенсера с хирургическим микромотором. Режущие инструменты рекомендуется использовать не более 50 раз. Ввиду функциональных и конструктивных особенностей сверла его кончик на 0,4 мм длиннее, чем глубина введения имплантата. Эту дополнительную длину следует обязательно учитывать во время планирования лечения, чтобы предотвратить повреждение важных анатомических структур. Также необходимо обязательно учесть объем удаленной костной ткани альвеолярного гребня и скорректировать длину выбранного имплантата.

4. Ось имплантата ориентируется перпендикулярно окклюзионной плоскости и параллельно продольной оси других имплантатов или соседних зубов. Допускается отклонение от этой оси не более, чем на 5–7°. Желательно, чтобы длинная ось имплантата проходила через бугор зуба-антагониста. Положение дентального имплантата в альвеолярной кости контролируется путем рентгенографии.

5. Наружный край имплантата устанавливается на уровне альвеолярного гребня, выступая из него или погружаясь в него не более чем на 0,5 мм. При использовании имплантатов с эффектом переключения платформ (если начальная часть абатмента имеет меньший диаметр, чем сам имплантат) возможно допустимое погружение имплантата до 1,5–3 мм от края альвеолярного гребня.

6. Необходимо обеспечить достаточную первичную стабильность имплантата в костной ткани. Оптимальное усилие введения имплантата в кость — 35–40 Н·см, максимальное — 45–50 (до 100) Н·см, минимальное — 25–30 Н·см.

Определение стабильности имплантата сразу после его установки может быть проведено с помощью динамометрического ключа.

7. После хирургической операции в целях регистрации непосредственного послеоперационного статуса необходимо выполнить рентгенологическое исследование. Допускается перфорация нижней стенки верхнечелюстной пазухи и проникновение верхушечной части имплантата в полость синуса на глубину до 3 мм.

Швы со слизистой оболочки полости рта следует снимать по прошествии 10–14 дней после операции.

#### **Оказание медицинской помощи в послеоперационном периоде**

1. Локальная гипотермия 10 мин с 30-минутным перерывом 4 раза в течение суток после хирургической операции.

2. Нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен 400 мг и другие) 2–3 раза в день в течение 3 дней.

3. Травяные ванночки (настои ромашки, календулы, шалфея) первые сутки, со вторых суток до 5 дней осторожное полоскание после каждого приема пищи.

4. Назальные деконгестанты (нафазолин 0,1 %, оксиметазолин 0,05 %, ксилометазолин 0,05–0,1 % и другие) в виде капель или спрея 2–3 раза в день в течение 5 дней.

#### **Правила поведения после операции**

1. Избегать физических нагрузок, отказаться от выполнения спортивных упражнений в ближайший месяц после имплантации.

2. Избегать переохлаждения и перегрева (рекомендуется отказаться в течение месяца от посещения бань, саун, бассейнов, купания в открытой воде).

3. Отказаться от курения, употребления алкогольных напитков и авиаперелетов (в первые 3–5 дней после операции).

4. Исключить употребление пищи в течение первых 3-х ч после операции, а также исключить горячую и холодную пищу и напитки в течение 3-х дней после операции.

5. Жевать пищу на стороне зубного ряда, противоположного месту имплантации.

Соблюдение указанных выше рекомендаций позволит исключить послеоперационные осложнения.

#### **Этап IV. Установка формирователя десневой манжеты**

Производится сразу после установки имплантата или через 3–6 мес. после операции при наличии первичной стабильности имплантата и возможности его немедленной нагрузки.

#### **Контроль клинической эффективности**

1. Через 3–6 мес. проводится конусно-лучевая компьютерная томография (контрольное исследование). Признаками эффективности оперативного вмешательства являются полная остеоинтеграция имплантата и отсутствие рентгенологических признаков одонтогенного синусита (реактивные изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи и наличие жидкого содержимого в ее полости).

2. Отсутствие болезненности при перкуссии и пальпации места проведения имплантации.

3. Отсутствие подвижности имплантата.

4. Отсутствие видимых признаков воспаления слизистой оболочки в области проведения операции (гиперемии, отека и наличия свищевого отверстия).