

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель Министра

\_\_\_\_\_  
Р.А. Часнойть  
9 ноября 2007г.  
Регистрационный № 095-0708

**МЕТОДИКА НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ЭНДОСТАЛЬНОЙ  
ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ПЕРВИЧНОЙ АЛЛОГЕННОЙ  
ОРТОТОПИЧЕСКОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Белорусский государственный  
медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. О.П. Чудаков, д-р мед. наук, проф. С.А.  
Наумович, ассистент В.А. Шаранда, ассистент Ю.А. Раптунович

Минск 2007

Методика непосредственной эндостальной дентальной имплантации в первичной аллогенной ортотопической костной пластике нижней челюсти позволяет:

1. Использовать полученный костнопластический материал для замещения дефектов тела, угла и ветви нижней челюсти различной протяженности, включая тотальные и субтотальные дефекты.

2. За счет применения аллогенного ортотопического костнопластического материала получать хорошие эстетические и функциональные результаты лечения.

3. Избегать дополнительной хирургической травмы от забора аутогенной костной ткани, что не отягощает общее состояние больного, сокращает время хирургического вмешательства и сроки госпитализации.

4. За счет применения эндостальных дентальных имплантатов значительно улучшить возможности ортопедической реабилитации пациентов после костнопластической реконструкции дефектов тела нижней челюсти и повысить функциональную ценность изготавливаемых челюстно-лицевых протезов и аппаратов.

5. За счет применения методики непосредственного введения эндостальных дентальных титановых имплантатов оптимизировать перестройку и приживание аллогенного костнопластического материала, замедление краевой резорбции трансплантированной кости.

6. Сократить сроки и улучшить общие результаты комплексной реабилитации пациентов с различными видами хирургических болезней нижней челюсти.

Уровень внедрения – республиканские и областные стационары (отделения челюстно-лицевой хирургии) и отделения ортопедической стоматологии республиканской и областных стоматологических поликлиник.

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

1. Стоматологический кабинет со стандартным набором инструментария, оборудования и расходными материалами для ортопедического приема больных.

2. Челюстно-лицевой хирургический стационар для проведения костнопластических операций и эндостальной дентальной имплантации.

3. R-оборудование (ортопантомограф, компьютерный томограф).

4. Зуботехническая лаборатория.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

1. Замещение дефектов угла, ветви и тела нижней челюсти различной протяженности, включая субтотальные и тотальные дефекты, образующиеся в результате хирургического лечения различных патологических процессов и травм.

2. Обширные по протяженности дефекты тела и альвеолярного отростка нижней челюсти, нарушающие функции челюстно-лицевой области и эстетичный внешний вид.

3. Невозможность применения для костно-пластического замещения дефекта нижней челюсти аутогенного костного материала, как из внутриротовых, так и из внеротовых источников вследствие наличия патологии костной ткани, возраста или состояния пациента, отсутствия необходимого дополнительного оборудования.

4. Трудности в восстановлении нормальных контуров нижней челюсти вследствие значительного несоответствия аутогенного костного блока из донорской области и замещаемого фрагмента челюсти.

5. Невозможность восстановления утраченных функций челюстно-лицевой области, в частности функции жевания, посредством традиционных конструкций челюстно-лицевых протезов.

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА**

### **Обследование пациента**

Обследование следует начинать с опроса, включающего сбор жалоб и анамнез (заболевания и жизни). Важно определить причины развития заболевания, его давность и проводившееся предшествующее лечение, наличие сопутствующих заболеваний. При ранее проводимом лечении следует проанализировать возможные причины неудачных исходов предыдущего хирургического лечения и протезирования. При наличии в полости рта зубных протезов – выяснить, когда они были изготовлены, доволен ли пациент ими, не являются ли они причиной хронической травмы тканей полости рта.

Объективное обследование включает внешний осмотр, определение состояния височно-нижнечелюстного сустава, оценку прикуса, слизистой оболочки полости рта, состояние периодонта и твердых тканей зубов. Все данные манипуляции проводятся в соответствии с принятыми методиками.

Рентгенологическое обследование проводится с целью установления и подтверждения точного диагноза. Можно использовать стандартные рентгенологические методики – рентгенограммы лицевого черепа фас и боковые, в отдельных случаях – внутриротовую рентгенографию. Наиболее удобной в получении информации о состоянии зубного ряда является ортопантограмма, которая позволяет получить информацию о зубочелюстной системе в комплексе. По рентгенологической картине можно оценить состояние и топографию зубного ряда, состояние его периапикальных тканей, степень атрофии альвеолярной кости челюсти и ее структуру.

Также необходимо использование данных компьютерной томографии, которые позволяют дать более точную оценку топографии патологического процесса челюстных костей, что в свою очередь оптимизирует постановку диагноза и разработку плана лечения.

При наличии объемного образования челюстных костей важная роль отводится гистологическому исследованию, которое позволяет верифицировать опухоль и на основании которого выносится решение об объеме хирургического вмешательства.

К лабораторным методам исследования относят: общий и биохимический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора, определение времени свертываемости и протромбинового индекса, а также общий анализ мочи. При необходимости назначаются дополнительные лабораторные исследования (по показаниям).

### **Постановка диагноза и составление предварительного плана лечения**

По результатам сбора жалоб пациента, анамнеза заболевания, данных специальных методов исследования проводится постановка диагноза и составление предварительного плана лечения. На данном этапе необходимо решить вопросы об объеме хирургического лечения, методе замещения костного дефекта, выборе эндостальных дентальных имплантатов оптимальной длины и диаметра, о виде шинирующей конструкции, а также о последующей реабилитации пациента. Стоит обратить внимание на то, что трансплантат должен быть тщательно изолирован от полости рта, что является важным моментом в профилактике осложнений. С учетом этого следует планировать применение двухэтапных дентальных имплантатов.

### **Изготовление шинирующих конструкций**

В том случае, когда для шинирования фрагментов нижней челюсти планируется применение индивидуально изготавливаемой съемной шины (шины Ванкевич), врачом ортопедом-стоматологом изготавливаются оттиски с верхней и нижней челюсти эластическими массами и определяется центральное соотношение челюстей. Полученные модели передаются в зуботехническую лабораторию, где зубной техник составляет модели в конструктивный прикус, моделирует базис с фиксирующими элементами и оральными направляющими отростками и изготавливает шину из пластмасс горячей полимеризации. Готовую шину ортопед-стоматолог припасовывает в полости рта пациента и передает в стационар.

### **Хирургическое лечение**

Предоперационная подготовка проводится согласно общепринятым методикам. При наличии показаний с учетом планируемого объема операции предварительно проводится бимаксиллярное шинирование.

Перед операцией проводится премедикация, рекомендованная анестезиологом. Положение больного – лежа на спине. Интубация – интраназальная, желательна с использованием эндоскопической техники. Доступ к пораженному участку челюсти или имеющемуся ранее дефекту осуществляется принятыми в клинике методами. Так же производится резекция пораженного участка челюсти или моделирование и освежение краев дефекта. Затем моделируется и припасовывается к краям костного дефекта ортотопический аллогенный трансплантат. После этого в трансплантат вводятся эндостальные дентальные имплантаты при помощи

инструментария, рекомендованного фирмой-производителем. Смоделированный трансплантат с дентальными имплантатами вводится в имеющийся дефект и фиксируется с помощью системы титановых минипластин в состоянии жесткой и стабильной фиксации. Послеоперационную рану послойно зашивают с оставлением резинового выпускника, на кожу – швы из соответствующего шовного материала. Накладывается асептическая давящая повязка. В течение суток после операции больной должен наблюдаться в ОИТР. Назначается комплексная противовоспалительная терапия, щадящая диета. Проводятся ежедневные перевязки. Если предварительно проведено бимаксиллярное шинирование – накладывается межчелюстная резиновая тяга. Это служит дополнительным фактором иммобилизации челюсти, а также позволяет зафиксировать челюсти в положении центральной окклюзии. В связи с этим мы рекомендуем проведение предварительного бимаксиллярного шинирования. Резиновый дренаж удаляется через 3-е суток. Швы снимаются через 10-12 дней. В течение всего послеоперационного периода необходимо тщательно следить за гигиеной полости рта.

#### **Послеоперационное ортопедическое лечение**

После снятия швов врач стоматолог-ортопед получает оттиски с верхней и нижней челюсти эластическими массами. Полученные модели передаются в зуботехническую лабораторию для изготовления непосредственных протезов по типу частичных съемных пластиночных протезов. Непосредственным протезом пациент пользуется до завершения перестройки костного трансплантата и остеоинтеграции дентальных имплантатов. После этого проводится изготовление постоянного протеза, конструкция которого определяется протяженностью и топографией дефекта тела челюсти, количеством и расположением дентальных имплантатов и собственных зубов пациента, состоянием слизистой оболочки протезного ложа, особенностями архитектоники мягких тканей полости рта, видом прикуса.

### **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

#### **Нагноение послеоперационной раны**

Происходит при несоблюдении мер асептики и антисептики, назначении неадекватной противовоспалительной терапии, неправильном уходе за послеоперационной раной. Для устранения данного осложнения необходимо назначение комплексной противовоспалительной терапии после определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам, тщательные перевязки с использованием современных антисептиков, при необходимости – проведение ПХО гнойного очага.

#### **Болезнь трансплантата**

Учитывая аллогенный характер трансплантата, в отдельных случаях происходит отторжение последнего. В данной ситуации показано удаление либо всего трансплантата, либо проведение секвестрэктомии, если реакции

отторжения подверглась лишь часть трансплантата. В последующем проводят повторную операцию пластического устранения костного дефекта.

### **Серома**

Скопление транссудата в области послеоперационной раны. Возникает в результате нетщательного ушивания послеоперационной раны, вовлечение в процесс операции железистых образований, неправильного ухода за послеоперационной раной. При образовании серомы показана пункция с аспирацией содержимого и наложение давящей повязки.

### **Отсутствие интеграции в системе «трансплантат – дентальный имплантат»**

В данном случае показано проведение дентальной имплантации в более поздние сроки.

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

### *Общие противопоказания:*

- заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации;
- органическое или функциональное поражение нервной системы;
- заболевания крови;
- заболевания органов дыхания в стадии декомпенсации;
- сахарный диабет;
- беременность;
- инфекционные заболевания..

Данные противопоказания в большинстве случаев являются временными, операцию проводят после общетерапевтической подготовки пациентов.

### *Местные противопоказания:*

- инфекционно-воспалительные заболевания полости рта, челюстей и околочелюстных мягких тканей.

Оперативное вмешательство осуществляется после купирования острых воспалительных процессов.