

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра  
Е.Н. Кроткова

« 21 » 2023 г.

Регистрационный № 129-1122



**МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ДЕСНЕВОЙ МАНЖЕТКИ В ОБЛАСТИ  
УСТАНОВКИ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: учреждение образования «Белорусский  
государственный медицинский университет»

АВТОРЫ: к.м.н., доцент Головки А.И.

Минск, 2022

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на протезирование пациентов с адентией, реализуемый на хирургическом этапе установки дентального имплантата.

Инструкция предназначена для врачей-стоматологов-ортопедов, врачей-стоматологов-хирургов и иных врачей-специалистов организаций здравоохранения стоматологического профиля, оказывающих медицинскую помощь пациентам, с адентией в стационаре и амбулаторных условиях и (или) в условиях отделения дневного пребывания.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

К00.0 Адентия;

К08.1 Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

Соответствуют таковым для установки дентальных имплантатов.

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, РЕАГЕНТОВ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, И ДР.**

1. Набор инструментов стоматологических (лоток, зеркало, шпатель, пинцет стоматологический, гладилка, зонд стоматологический).
2. Физиодиспенсер.
3. Винтовые имплантаты со структурой политетрафторэтилена (ПТФЭ)
4. Динамометрический ключ.
5. Ортопедический набор ключей для используемой системы имплантатов.
6. Канюли для диспенсера.
7. Иглодержатель, ножницы.
8. Шовный материал.
9. Рентгенологический аппарат.

### **ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

Метод, изложенный в настоящей инструкции, реализуется на хирургическом этапе установки дентального имплантата после погружения имплантата в костную ткань.

Под местной анестезией определяют толщину слизистой оболочки альвеолярного отростка протезного ложа путем зондирования острым концом глубиномера или иным образом. Первым используется стартовое сверло для перфорирования кортикальной кости, а затем — пилотное

сверло, для прохождения кости на предполагаемую глубину костного ложа. Целью первичного препарирования является определение глубины костного ложа. Дальнейшее расширение костного ложа проводят постепенно, последовательно используя сверла от меньшего к большему. Глубина ложа имплантата контролируется при помощи глубиномера. На глубиномере имеются метки для проверки соответствия глубины костной лунки длине имплантата, выбранной на стадии предоперационного планирования. Устанавливают имплантат в костное ложе на планируемую глубину при вращении стоматологического наконечника 25-30 об/мин по часовой стрелке, а момент кручения контролируется динамометрическим ключом 15-50 Н/см. Если высота мягких тканей менее 2 мм, то допускается погружение пористой верхушки имплантата в костную ткань. После завершения установки имплантата проводится фиксация мягких тканей слизистой оболочки к десневой части имплантата до плотного контакта с ПТФЕ путем наложения швов.

На основании строения слизистой оболочки альвеолярного отростка применяют следующие виды швов:

При I типе - слизистая оболочка слегка податлива, плотная, достаточно удалена от вершины альвеолярного отростка естественными складками, ширина прикрепленной десны составляет 0,5 см – применяют отдельные узловы швы: вколы и выколы располагаются на одинаковом расстоянии от края раны, строго перпендикулярно к поверхности кожи или слизистой. Узел должен находиться у места вкола или выкола, при хорошей адаптации краев раны

При II типе - слизистая оболочка истончена, покрывает тонким слоем альвеолярные отростки. Места прикрепления ее естественных складок находятся ближе к вершине альвеолярного отростка, ширина прикрепленной десны составляет менее 0,5 см – применяют горизонтальный матрацный шов: первый вкол и выкол осуществляют на одинаковом расстоянии от края раны – 5 мм. Второй вкол производится на стороне выкола латеральнее него на 10 мм и также на расстоянии 5 мм от края раны. Второй выкол проводится таким образом, чтобы он был на расстоянии 10 мм от точки первого вкола и 5 мм от края раны. Узел завязывается на стороне первого вкола.

При III типе – слизистая оболочка разрыхлённая, покрывает альвеолярный отросток подвижными тяжами, которые располагаются продольно и легко смещаются, отсутствует прикрепленная десна – применяют непрерывный обвивной шов: первый узел накладывается аналогично простому узловому шву с одним исключением: нить с иглой не обрезается. Далее, отступив латерально около 10 мм на стороне раны, противоположной от узла, производят вкол и выкол иглы по тем же

правилам, что при формировании первого узла, при этом, нить до конца не затягивают, формируя петельку, через которую проводят иглу перед следующим вколом. Таким образом производят закрытие линейных ран на всю их длину. Для того чтобы завязать терминальный узел, необходимо принять последнюю петельку как второй конец нити.

В дальнейшем в процессе заживления мягкие десневые ткани интегрируются с пористой структурой ПТФЕ в верхней части имплантата, что обеспечивает не попадание инородных частиц в ложе.

Дальнейшие процедуры осуществляют согласно действующим клиническим протоколам по установке дентальных имплантатов.

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

1. Наличие подвижности имплантата и ортопедической конструкции, воспалительное состояние десны вокруг каждого имплантата, нарушение окклюзионных взаимоотношений. При подвижности имплантата и рентгенологической резорбции костной ткани проводят удаление имплантата и повторную имплантацию через 4-6 месяцев в соответствии с клиническими протоколами.
2. При возникновении воспалительных изменений проводят антимикробную терапию согласно действующим протоколам.
3. При наличии нарушений окклюзионных взаимоотношений проводят их коррекцию путем пришлифовки супраконтактов.