



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **93060** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61C 8/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 07111	(72) Винахідник(и): Климентьєв Вадим Георгійович (UA), Рибак Василь Анатолійович (UA), Пуденко Юрій Владиславович (UA), Павленко Максим Олексійович (UA), Климентьєва Альбіна Вадимівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 24.06.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.09.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.09.2014, Бюл.№ 17	(73) Власник(и): Климентьєв Вадим Георгійович, Харківське шосе, 158-а, кв. 74, м. Київ, 02091 (UA)
	(74) Представник: Горнісевич Дмитро Анатолійович, реєстр. №281

(54) СПОСІБ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ПОВІДОН-ЙОДУ

(57) Реферат:

Спосіб дентальної імплантації включає препарування кісткового ложа та встановлення імплантата. Після препарування кісткового ложа здійснюють іригацію кісткового каналу розчином повідон-йоду. Іригацію кісткового каналу здійснюють 10 % розчином повідон-йоду. Імплантат перед встановленням обробляють 10 % розчином повідон-йоду і встановлюють за допомогою інструментального вгвинчування.

UA 93060 U

Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема стоматології, та може бути використана для відновлення зубних рядів.

Відомо різні способи відновлення втраченого зуба залежно від терміну, що минув після видалення зуба, та від особливостей хірургічної техніки, пов'язаних з цим.

Відомий аналог є спосіб пізньої дентальної імплантації, при якому імплантат впроваджують у кісткову тканину щелепи через 6-12 місяців після видалення зуба, тобто після повного завершення процесів загоєння щелепної кістки і прилеглих м'яких тканин. Суть аналогу полягає в наступному: роблять розріз слизової оболонки і окістя до кістки, оголюють ділянку зубощелепного сегмента, виконують остеотомію кортикальної і губчастої речовини кістки відповідно за формою і розмірами імплантату, роблять установку - занурення імплантата в створене ложе, зашивають рану, залишають імплантат у такому положенні на 4-6 місяців, потім приступають до виготовлення штучної коронки [Робустова Т.Г. Имплантирование зубов (хирургические аспекты). - М: Медицина, 2003, -с. 294-295, 336].

До недоліків аналога слід віднести велику тривалість терміну, що проходить від видалення зуба до його відновлення, тобто затягування періоду лікування пацієнта. Крім того, при тривалій відсутності зуба виникають вторинні патологічні зміни зубощелепного апарата, в тому числі атрофія кісткової тканини альвеолярних відростків щелеп, зсув сусідніх зубів і зубів-антагоністів (оклюзійні деформації), запально-дистрофічні процеси в пародонті, патологічні зміни в скронево-нижньощелепних суглобах і нервово-м'язовому апараті. Сукупність цих змін ускладнює виконання дентальної імплантації і погіршує її прогноз.

Найближчим аналогом до корисної моделі є спосіб безпосередньої дентальної імплантації, згідно з яким розсікають м'які тканини і відкидають слизово-окісний клапоть, видаляють зуб, здійснюють туалет кісткової рани, препарують кісткове ложе, встановлюють імплантат, заповнюють дефекти кістки біоматеріалом, вшивають рану наглухо, через 4-6 місяців розкривають імплантат і починають ортопедичний етап лікування. [Робустова Т.Г. Имплантирование зубов (хирургические аспекты). - М.: Медицина, 2003. - с. 366-377].

Найближчий аналог має серйозний недолік. Присутність залишкової периапікальної і/або пародонтальної інфекції може призвести до виникнення запального процесу. Цей фактор створює небезпеку порушення остеоінтеграції імплантата і може призвести до його видалення.

В основу корисної моделі поставлена задача підвищити ефективність лікування шляхом досягнення оптимальної остеоінтеграції, а також скоротити терміни лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі дентальної імплантації, що включає препарування кісткового ложа та встановлення імплантата, згідно з корисною моделлю, після препарування кісткового ложа здійснюють іригацію кісткового каналу розчином повідон-йоду. Іригацію кісткового каналу здійснюють 10 % розчином повідон-йоду, імплантат перед встановленням обробляють 10 % розчином повідон-йоду і встановлюють за допомогою інструментального вгвинчування.

При необхідності можуть проводити попередній розріз слизової оболонки і окістя, викроювання і зміщення слизово-окісного клаптя та накладання швів. Препарування кісткового ложа може здійснюватись направляючим бором.

Корисна модель дозволяє підвищити ефективність лікування, а саме, досягти оптимальної остеоінтеграції дентального імплантата за рахунок недопущення виникнення запального процесу, тобто створення сприятливих умов для формування навколо нього повноцінної кісткової тканини в найкоротші терміни.

Корисну модель виконують наступним чином.

Під інфільтраційною анестезією Sol. Ubistesini 4 % - (1,7-3,4 мл) роблять розріз слизової оболонки і окістя, викроюють і зміщують слизово-окісний клапоть. Препарування кісткового ложа виконують направляючим бором. Після цього проводять іригацію кісткового каналу 10 % розчином повідон-йоду. Завдяки цьому з кісткового каналу видаляються залишки некротизованої кісткової тканини, які можуть негативно вплинути на остеоінтеграцію імплантата. Далі, за допомогою інструментального вгвинчування встановлюється імплантат і накладаються шви. Імплантат перед встановленням обробляють 10 % розчином повідон-йоду.

Корисна модель пояснюється прикладом.

Приклад.

Пацієнт Л., 58 років, звернувся з метою відновлення функції жування та санації ротової порожнини. Йому провели повний клінічний огляд, була встановлена травматична оклюзія, відсутні 18, 28, 47, 48, 25-28 зубів, поставлено діагноз: односторонній кінцевий дефект зубного ряду на нижній верхній щелепі зліва (II клас за Кенеді). Було складено план лікування, який включав хірургічний і ортопедичний етапи лікування. Під інфільтраційною анестезією Sol. Ubistesini 4 % - (1,7-3,4 мл) виконали трапецієподібний розріз в межах 25, 26, 27

відшаровування слизово-окісного клаптя та сформували кісткове ложе необхідного діаметра і довжини імплантата. Проводили іригацію кісткового каналу 10 % розчином повідон-йоду. Потім сам імплантат обробляли 10 % розчином повідон-йоду перед його встановленням. Після цього встановлювали імплантати за допомогою інструментального вгвинчування, проводили співставлення клаптя і накладання швів. Клінічне спостереження: протягом перших двох днів клапоть був незначно гіперемований, через 5 днів колір клаптя стає блідо-рожевим, практично без набряку. На 7-ий день зняли шви, спостерігали зростання країв слизово-окісного клаптя. Пацієнта перевели на ортопедичний етап лікування, на якому виготовили тимчасовий знімний пластинчатий протез.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

1. Спосіб дентальної імплантації, що включає препарування кісткового ложа та встановлення імплантата, який **відрізняється** тим, що після препарування кісткового ложа здійснюють іригацію кісткового каналу розчином повідон-йоду.
2. Спосіб дентальної імплантації за п. 1, який **відрізняється** тим, що іригацію кісткового каналу здійснюють 10 % розчином повідон-йоду.
3. Спосіб дентальної імплантації за п. 1, який **відрізняється** тим, що імплантат перед встановленням обробляють 10 % розчином повідон-йоду і встановлюють за допомогою інструментального вгвинчування.

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601