



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **93105** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 15333	(72) Винахідник(и): Сенніков Олег Миколайович (UA), Карий Володимир Іванович (UA), Прийма Андрій Олександрович (UA), Новицький Валерій Борисович (UA), Сеннікова Ганна Михайлівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 27.12.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.09.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.09.2014, Бюл.№ 18	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ СТОМАТОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ", вул. Рішельєвська, 11, м. Одеса, 65061 (UA)

(54) СПОСІБ КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ ПРИ ДЕНТАЛЬНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ

(57) Реферат:

Спосіб кісткової пластики при дентальній імплантації включає проведення анестезії, розріз по гребеню альвеолярного відростка слизової оболонки і окістя. Слизово-окісний клапоть відшаровують у вестибулярному напрямку на величину від 1 до 5 мм. Залежно від протяжності дефекту, формують кісткове ложе спереду від язикової стінки альвеолярного відростка таким чином, щоб задня стінка імплантату була занурена на 6-8 мм нижче рівня наявної кісткової стінки. На 1 мм вище шийки імплантату проводять горизонтальну остеотомію цієї стінки, відступивши від проксимальних поверхонь імплантату на 3-5 мм, доповнюють її вертикальною двосторонньою остеотомією, відділяють кістковий фрагмент від альвеолярного гребеня, не порушуючи його прикріплення до язикового слизово-окісного клаптя. Слизово-окісний клапоть мобілізують і перекидають у вестибулярному напрямку таким чином, що він відтворює недостатню вестибулярну частину кісткової стінки у місці дефіциту кісткової тканини. Утворений замкнутий простір заповнюють кістково-пластичним матеріалом. Перекинутий язично-окісно-кістковий клапоть укладають у необхідному напрямку, зшивають з вестибулярним клаптем. Вестибулярний клапоть фіксують до нижче лежачих тканин і формують присінок порожнини рота в ділянці імплантації.

UA 93105 U

Корисна модель належить до медицини, конкретно до хірургічної стоматології, і може бути використана під час проведення кісткової пластики при дентальній імплантації.

Актуальність проблеми полягає в тому, що у пацієнтів з високою і тонкою вестибулярною стінкою альвеолярного гребеня мають місце ускладнення при встановленні і фіксації дентальних імплантів.

Одним з найбільш поширених способів є спосіб, який полягає у використанні вільних кісткових блоків, узятих в різних ділянках скелета пацієнта. (Федерико Эрнандес Альфаро "Костная пластика в стоматологической практике" Москва 2006 г) Однак необхідно відмітити, що забор аутокістки збільшує кількість операцій і ризик розвитку післяопераційних ускладнень, як в місці забору, так і в реципієнтній зоні, аж до повного резорбування трансплантата. Крім того, при такому варіанті неможливо проведення одномоментного встановлення імплантату, що обумовлює необхідність проведення додаткових оперативних втручань.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу дентальної імплантації у пацієнтів з високою і тонкою центральною частиною альвеолярного гребеня шляхом проведення кісткової пластики з одномоментним поглибленням присінка порожнини рота, за рахунок чого утворюється недостатня вестибулярна частина кісткової стінки (відбувається відновлення анатомічно правильної конфігурації альвеолярного відростка), виключається необхідність додаткового забору аутокістки з іншої донорської зони, забезпечується оптимальне позиціонування імплантату відповідно до подальшого ортопедичного лікування, що дозволить зменшити кількість додаткових оперативних втручань, скоротити терміни проведення дентальної імплантації.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі кісткової пластики при дентальній імплантації, що полягає у проведенні анестезії, розрізу по гребеню альвеолярного відростка слизової оболонки і окістя, стосовно корисної моделі слизово-окісний клапоть відшаровують у вестибулярному напрямку на величину від 1 до 5 мм, залежно від протяжності дефекту, формують кісткове ложе спереду від язикової стінки альвеолярного відростка таким чином, щоб задня стінка імплантату була занурена на 6-8 мм нижче рівня наявної кісткової стінки, на 1 мм вище шийки імплантату проводять горизонтальну остеотомію цієї стінки, відступивши від проксимальних поверхонь імплантату на 3-5 мм, доповнюють її вертикальною двосторонньою остеотомією, відділяють кістковий фрагмент від альвеолярного гребеня, не порушуючи його прикріплення до язикового слизово-окісного клаптя, далі слизово-окісний клапоть мобілізують і перекидають у вестибулярному напрямку таким чином, що він відтворює недостатню вестибулярну частину кісткової стінки у місці дефіциту кісткової тканини, утворений замкнутий простір заповнюють кістково-пластичним матеріалом, перекинутий язично-слизово-окісно-кістковий клапоть укладають у необхідному напрямку, зшивають з вестибулярним клаптем, після чого вестибулярний клапоть фіксують до нижче лежачих тканин і формують присінок порожнини рота в області імплантації. Причинно-наслідкові зв'язки:

використання місцевих тканин - виключається необхідність додаткового забору аутокістки з іншої донорської зони для утворення недостатньої вестибулярної частини кісткової стінки у місці дефіциту кісткової тканини, що дозволяє понизити травматизм при проведенні кісткової пластики;

утворюється недостатня вестибулярна частина кісткової стінки (відбувається відновлення анатомічно правильної конфігурації альвеолярного відростка);

проведення кісткової пластики з одномоментним поглибленням присінка порожнини рота виключає необхідність додаткових оперативних втручань, дозволяє скоротити терміни лікування

Опис способу

Пропонований спосіб був апробований в ГУ "Інститут стоматології АМН України".

Після проведення пацієнту анестезії, виконують розріз по гребеню альвеолярного відростка слизової оболонки і окістя, далі відшаровують слизово-окісний клапоть у вестибулярному напрямку на величину від 1 до 5 мм, залежно від протяжності дефекту, формують кісткове ложе до переду від язикової стінки альвеолярного відростка таким чином, щоб задня стінка імплантату була занурена на 6-8 мм нижче рівня наявної кісткової стінки, на 1 мм вище шийки імплантату проводять горизонтальну остеотомію цієї стінки, відступивши від проксимальних поверхонь імплантату на 3-5 мм доповнюють її вертикальною двосторонньою остеотомією, відділяють кістковий фрагмент від альвеолярного гребеня, не порушуючи його прикріплення до язикового слизово-окісного клаптя, далі слизово-окісний клапоть мобілізують і перекидають у вестибулярному напрямку таким чином, що він відтворює недостатню вестибулярну частину кісткової стінки у місці дефіциту кісткової тканини, утворений замкнутий простір заповнюють кістково-пластичним матеріалом, перекинутий язично-слизово-окісно-кістковий клапоть укладають у необхідному напрямку, зшивають з вестибулярним клаптем, після чого

вестибулярний клапоть фіксують до нижче лежачих тканин і формують присінок порожнини рота в ділянці імплантації.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 5 Спосіб кісткової пластики при дентальній імплантації, що включає проведення анестезії, розріз по гребеню альвеолярного відростка слизової оболонки і окістя, який **відрізняється** тим, що слизово-окісний клапоть відшаровують у вестибулярному напрямку на величину від 1 до 5 мм, залежно від протяжності дефекту, формують кісткове ложе спереду від язикової стінки альвеолярного відростка таким чином, щоб задня стінка імплантату була занурена на 6-8 мм
- 10 нижче рівня наявної кісткової стінки, на 1 мм вище шийки імплантату проводять горизонтальну остеотомію цієї стінки, відступивши від проксимальних поверхонь імплантату на 3-5 мм, доповнюють її вертикальною двосторонньою остеотомією, відділяють кістковий фрагмент від альвеолярного гребеня, не порушуючи його прикріплення до язикового слизово-окісного клаптя,
- 15 далі слизово-окісний клапоть мобілізують і перекидають у вестибулярному напрямку таким чином, що він відтворює недостатню вестибулярну частину кісткової стінки у місці дефіциту кісткової тканини, утворений замкнутий простір заповнюють кістково-пластичним матеріалом, перекинутий язично-слизово-окісно-кістковий клапоть укладають у необхідному напрямку, зшивають з вестибулярним клаптем, після чого вестибулярний клапоть фіксують до нижче
- 20 лежачих тканин і формують присінок порожнини рота в ділянці імплантації.

Комп'ютерна верстка Л. Ціхановська

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