



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **108667** (13) **C2**  
(51) МПК (2015.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>а 2013 04307</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Сєнніков Олег Миколайович (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>05.04.2013</b>	<b>(73)</b> Власник(и): <b>ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ СТОМАТОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ", вул. Рішельєвська, 11, м. Одеса, 65026 (UA)</b>
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на винахід: <b>25.05.2015</b>	<b>(56)</b> Перелік документів, взятих до уваги експертизою: RU 2269969 C1, 20.02.2006 Робустова Т. Г. Комплексный клинико- рентгенологический подход при реконструктивных операциях и синус- лифтинге в области верхней челюсти для дентальной имплантации / Робустова, Т. Г., Базикян, Э. А., Ушаков, А. И., Даян, А. В., Серова, Н. С. //Российская стоматология. - 2008. - Т. 1. - С. 61-67. RU 2260391 C2, 20.09.2005 RU 2212862 C2, 27.09.2003 RU 2451492 C1, 27.05.2012 RU 2350289 C1, 27.03.2009 RU 2150914 C1, 20.06.2000 Иванов С.Ю. Устранение дефектов альвеолярной части нижней челюсти методом сэндвич-пластики / Иванов С.Ю. Мураев А.А. Ямуркова Н.Ф. // Стоматология, 2010. - № 2. - С. 42-47. Лосев В. Ф. Костная пластика альвеолярного отростка верхней челюсти с использованием направленной тканевой регенерации и операции поднятия дна гайморовой пазухи // Стоматология. - 2009. - Т. 88. - №. 1. - С. 54-57.
<b>(41)</b> Публікація відомостей про заявку: <b>10.10.2014, Бюл.№ 19</b>	
<b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>25.05.2015, Бюл.№ 10</b>	

## (54) СПОСІБ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

### (57) Реферат:

Запропоновано спосіб дентальної імплантації з використанням місцевих тканин шляхом одномоментного проведення кісткової пластики.

UA 108667 C2



Винахід належить до медицини, а саме до стоматології, і може бути використаний під час протезування пацієнтів при значній атрофії кісткової тканини альвеолярного відростка, близькості судинно-нервового пучка і дна верхньощелепної пазухи.

Актуальність проблеми полягає в тому, що при вираженій атрофії альвеолярного відростка ускладнено або практично неможливе використання дентальних імплантатів, а при застосуванні декількох конструкцій протезів призводить до перевантаження опорних зубів і їх загибелі. Недостатня висота і об'єм альвеолярного відростка щелепи унеможлиблює і виготовлення якісних знімних протезів, оскільки не досягається необхідна їх фіксація. Існує спосіб двохетапної дентальної імплантації. Спочатку, використовуючи кістковий аутотрансплантат і метод спрямованої тканинної регенерації, створюють необхідний об'єм альвеолярного відростка, потім вводять дентальні імплантати [Ф.Ф. Лосев, Дмитрієв В.М, Жарків А.В. // Російський вісник дентальної імплантології. - 2003. - № 1. - С. 14-18]. Перша операція включала проведення основного і послаблювальних розрізів, відшарування слизово-окісного клаптя, випилювання кісткового блока, що відповідає розмірам дефекту, свердління каналів для титанових шурупів, фіксує трансплантат, обробку і фіксацію трансплантата із заповненням наявних порожнин подрібненою кісткою з ще одного кісткового блока, ушивання рани. Через 6 місяців розкривають рану, видаляють титанові шурупи і встановлюють імплантати, рану знову ушивають, ще через 3 місяці розкривають імплантати і встановлюють формувачі ясен для подальшого протезування. Недоліками відомого способу є те, що лікування тривале (9-18 міс. і більше), оскільки спочатку відновлюється об'єм кісткової тканини альвеолярного відростка, потім проводиться операція імплантації і тільки після цього приступають до протезування; завдається додаткової хірургічної травми, оскільки необхідно узяти аутотрансплантат з області нижньої щелепи, де залишається дефект, і в подальшому видалити мембрану і фіксувальні гвинти.

Відомий спосіб дентальної імплантації [Болонкин В.П., Меленберг Т.В., Болонкин И.В., Рибакон П.А., Волова Л.Т. Спосіб дентальної імплантації. Патент 2269969 С1 (RU), опубл. 20.02.2004. Бюл. № 5], що включає проведення основного і послаблювальних розрізів, відшарування слизово-окісного клаптя, установку імплантата, ушивання рани з подальшим протезуванням. Після проведення установки імплантата його запаковують кістковим алотрансплантатом, змішаним з багатою тромбоцитами плазмою аутокрові, закривають алотрансплантат плівкою зі збідненої тромбоцитами плазми аутокрові, ушивають рану і покривають її збідненою тромбоцитами плазмою аутокрові, через 3-6 місяців встановлюють надкореневу частину імплантата.

Недоліками цього способу є те, що кістковий трансплантат у вигляді тирси в післяопераційному періоді зміщується і не відтворює висоту альвеолярного відростка. Тому імплантат на усю свою довжину повинен занурюватися в кістку, що при незначній висоті альвеолярного відростка виконати неможливо. Крім того, в післяопераційному періоді часто виникають запальні ускладнення. Плівка зі збідненої тромбоцитами плазми аутокрові не має необхідних механічних і біологічних властивостей і зберігається недовго, тому не може служити перешкодою для проникнення інфекції.

В основу винаходу поставлено задачу розробки способу дентальної імплантації з використанням місцевих тканин шляхом одномоментного проведення кісткової пластики, установки гінгівоформера в імплантаті і реконструкції альвеолярного відростка, за рахунок чого відбувається відновлення анатомічно правильної конфігурації альвеолярного відростка в області протезного ложа, зменшується кількість додаткових коригуючих операцій, що дозволяє зменшити травматичність, скоротити терміни проведення дентальної імплантації, отримати максимальний естетичний ефект.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі дентальної імплантації з використанням місцевих тканин шляхом одномоментного проведення кісткової пластики, який відрізняється тим, що після проведення анестезії по гребеню альвеолярного відростка здійснюють розріз слизової і окістя, продовжують його кутподібно у ділянці, яка обмежує дефект зубного ряду, слизово-окісний клапоть відшаровують в язичному і щічному напрямі на відстань 1-2 мм, в кістковій частині гребеня виконують вертикальну остеотомію в проекції ділянки, що обмежує дефект зубного ряду, відступивши від зуба на 1,5 мм, спрямовану вестибулярно аж до окістя, далі лінію остеотомії проводять по альвеолярному гребеню, що сполучає раніше створені вертикальні кісткові канали, причому глибина остеотомічного розрізу має бути не менше 6 мм, при необхідності остеотомію повторюють, залишаючи ширину кісткової пластини не менш ніж 3 мм, кістковий фрагмент разом із слизовою оболонкою і окістям надламують, відділяють від гребеня альвеолярного відростка, залишаючи фрагментованою кортикальною пластинкою на слизово-окісному клапті, формують кісткове ложе для імплантата, встановлюють імплантат з гінгівоформером, підібраним так, щоб при його перекритті слизово-окістним-кістковим клаптем

він утримував клапоть в проекції сосочків сусідніх зубів, ділянку дефекту кісткової тканини, непокриту кісткою частину імплантата і формувач покривають кістковопластичним матеріалом, залишають вільною лише торцеву частину гінгівоформера, слизово-окісно-кістковим клаптем перекривають рану таким чином, щоб одна з кісткових пластин була розташована на торці гінгівоформера, рану ушивають.

Причинно-наслідкові зв'язки:

1) використання місцевих тканин - дозволяє понизити травматизм при проведенні кісткової пластики альвеолярного відростка;

2) установка імплантата одночасно з проведенням кісткової пластики:

- дозволяє скоротити терміни лікування,

- виключає необхідність додаткової пластики м'якими тканинами у ділянці абатмена,

- дозволяє відновити правильну конфігурацію альвеолярного відростка - має функціональний і естетичний ефект.

Опис способу:

Після проведення анестезії, розріз слизової оболонки і окістя виконується по гребеню альвеолярного відростка і далі триває кутподібно у ділянці, що обмежує дефект зубного ряду. Слизово-окісний клапоть відшаровується в язичному і щічному напрямі на відстань 1-2 мм. Потім в кістковій частині гребеня виконується вертикальна остеотомія в проекції області, що обмежує дефект зубного ряду, відступивши від зуба на 1,5 мм, спрямована вестибулярно аж до окістя. Глибина остеотомії визначається величиною, на яку клапоть зможе бути зміщений. Далі виконується лінія остеотомії по альвеолярному гребеню, що сполучає раніше створені вертикальні кісткові канали. Глибина остеотомічного розрізу має бути від 3 до 6 мм залежно від анатомічних умов. Далі кістковий фрагмент разом із слизовою оболонкою і окістям надламують і відділяють таким чином, що кісткова пластинка залишається на слизово-окісному клапті. Потім остеотомію продовжують, зменшуючи величину ширини кісткових пластин до 3-4 мм. Послідовно відділяючи фрагменти кістки, формують повношаровий слизово-окісно-кістковий клапоть, постійно перевіряючи величину його зміщення в необхідному напрямі, а також контролюючи товщину кісткової тканини в материнській зоні. Далі формують кісткове ложе для імплантата. Встановлюють в нього імплантат, замість заглушки встановлюється формувач ясен, підібраний так, щоб при перекритті його слизово-окісним клаптем він утримував клапоть в проекції сосочків сусідніх зубів. При необхідності окістя розтинають для кращої мобілізації клаптя. Область дефекту кісткової тканини і непокриту кісткою частину імплантата, а також формувач, покривають кістковопластичним матеріалом, залишаючи вільною лише торцеву частину гінгівоформера. Слизово-окісно-кістковим клаптем перекривають рану так, щоб одна з кісткових пластин розташовувалась на торці гінгівоформера. Рану ушивають.

Після періоду загоєння і остеointegraції слизово-окісно-кістковий фрагмент видаляють в проекції торцевої частини формувача, викручують гінгівоформер, міняючи його на тонший і довший, залежно від клінічної ситуації.

## ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

Спосіб дентальної імплантації з використанням місцевих тканин шляхом одномоментного проведення кісткової пластики, який **відрізняється** тим, що після проведення анестезії по гребеню альвеолярного відростка здійснюють розріз слизової і окістя, продовжують його кутподібно у ділянці, яка обмежує дефект зубного ряду, слизово-окісний клапоть відшаровують в язичному і щічному напрямі на відстань 1-2 мм, в кістковій частині гребеня виконують вертикальну остеотомію в проекції ділянки, що обмежує дефект зубного ряду, відступивши від зуба на 1,5 мм, спрямовану вестибулярно аж до окістя, далі лінію остеотомії проводять по альвеолярному гребеню, що сполучає раніше створені вертикальні кісткові канали, причому глибина остеотомічного розрізу має бути не менше 6 мм, при необхідності остеотомію повторюють, залишаючи ширину кісткової пластини не менш ніж 3 мм, кістковий фрагмент разом із слизовою оболонкою і окістям надламують, відділяють від гребеня альвеолярного відростка, залишаючи фрагментованою кортикальною пластинкою на слизово-окісному клапті, формують кісткове ложе для імплантата, встановлюють імплантат з гінгівоформером, підібраним таким чином, щоб при його перекритті слизово-окісним-кістковим клаптем він утримував клапоть в проекції сосочків сусідніх зубів, ділянку дефекту кісткової тканини, непокриту кісткою частину імплантата і формувач покривають кістковопластичним матеріалом, залишають вільною лише торцеву частину гінгівоформера, слизово-окісно-кістковим клаптем перекривають рану таким чином, щоб одна з кісткових пластин була розташована на торці гінгівоформера, рану ушивають.

---

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

---

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