

Корисна модель відноситься до медицини, а саме стоматології та може бути використана для відновлення втраченої частини зуба протезно-імплантаційною конструкцією із остеоіндуктивною поверхнею.

Часткова відсутність зубів займає найбільший відсоток серед патологій зубо-щелепової системи, що потребує ортопедичного лікування. Серед різноманітності її видів - односторонні, двосторонні дистально не обмежені дефекти великої протяжності. Повна відсутність зубів, на думку багатьох авторів, час від часу, створюють такі умови у порожнині рота, що застосування традиційних методів протезування є важким, а використання традиційних протезів, які не завжди відповідають вимогам пацієнтів - не можливим. Незважаючи на профілактичні і лікувальні заходи по боротьбі з карієсом і захворюванням пародонту, майже половина населення Земної кулі у віці від 45 і до 75 років не має зубів. В останні часи відмічена тенденція до зростання часткової втрати зубів особливо серед осіб молодого і середнього віку.

На даний час у ортопедичній стоматології використовуються незнімні і знімні конструкції зубних протезів для лікування даної патології, які мають свої особливості, покази до використання, переваги і недоліки. В якості недоліків існуючих способів можна назвати те, що на сьогоднішній день протезування знімними конструкціями протезів у багатьох випадках не задовольняє пацієнтів і в особливості молодих осіб. За даними А.И.Рибакіова, Г.В.Банченко, 20-26% пацієнтів не користуються виготовленими знімними протезами. У 52% знімні протези погано фіксуються. З загальної кількості пацієнтів, які звернулись за ортопедичною допомогою, 86,1% віддають перевагу незнімним конструкціям зубних протезів.

Використання імплантатів при дефектах зубних рядів як опірних елементів, фіксаторів і стабілізаторів протезів в переважній своїй більшості стає єдиним заходом задоволення вимог хворого, щодо якості протезування; при цьому переваги знаходяться на боці внутрішньо-кісткових імплантатів і незнімних конструкцій зубних протезів.

Найближчим до способу, що заявляється, є спосіб відновлення втраченої частини зуба шляхом встановлення протезної конструкції [Helmut B. Engels Handbuch zum BDIZ/EDI Implant Register. - Nov.2003. - 630 p.]. Спосіб-прототип здійснюється наступним чином: виготовляється коронка та вкладка за загально-прийнятим методом без остео-індуктивної поверхні.

Недоліки прототипу: не відновлюється кісткова тканина, виникає запалення пародонту, рецесія десни, що в подальшому призводить до втрати зуба або вимагає складної та дорогавартісної пластики десни.

Нами пропонується рішення, що усуває вказані недоліки.

В основу корисної моделі поставлене завдання удосконалити спосіб відновлення втраченої частини зуба шляхом створення остео-індуктивної поверхні на протезній конструкції для підвищення ефективності протезування при частковій і повній відсутності зубів та попередження атрофії альвеолярних паростків верхньої і нижньої щелеп після видалення зубів.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі відновлення втраченої частини зуба шляхом встановлення протезної конструкції, згідно до корисної моделі, створюють на протезній конструкції остео-індуктивну поверхню.

Спільними ознаками прототипу та рішення, що заявляється, є відновлення втраченої частини зуба за допомогою протезної конструкції. Корисна модель відрізняється від прототипу тим, що для відновлення втраченої частини зуба створюють остео-індуктивну поверхню на протезній конструкції.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Проводиться стандартне препарування зуба під ортопедичну конструкцію за загально-прийнятими нормами. Знімають мірку кукси зуба поліефірною масою (наприклад імпрегнум+), заходячи у піддесневу кишеню на рівні кісткового дефекту, виготовляють розборну модель з супергіпсу. В лабораторних умовах виготовляють протезну конструкцію із титану (марка BT-1) тощо шляхом литва або фрезерування. Проводять початковий етап формування остео-індуктивної поверхні - обробку частини конструкції, яка повинна знаходитися на рівні кісткової тканини. Виготовляють анатомічну форму зуба за загальноприйнятим методом та продовжують створення остео-індуктивної поверхні.

Використання способу, що заявляється, пояснюється наступним чином.

Приклади практичного використання способу.

Пацієнтка З., 36 р., звернулась по причині вертикальної фрактури 26 зуба, нижній край перелому знаходиться на 4-5мм нижче кісткового краю альвеолярного паростку (лунки зуба). Пацієнті проведено відновлення втраченої частини зуба за допомогою склоіономерного матеріалу типу «кетак-моляр» та внутрішньо-канального титанового штифта. Коронкова частина зуба відновлена ортопедичною конструкцією за способом-прототипом (цінна лата коронка). Нижній край коронки в області відновленого дефекта знаходиться над десною на рівні кісткового гребня. Через 2 роки спостереження у жінки виникла рецесія десни в ділянці 26 зуба з піднебінного боку, рентгенологічно - деструкція кісткової тканини в області вказаного зуба.

Пацієнтка А., 37 р., звернулась по причині фрактури 16 зуба. Нижній край перелому знаходиться приблизно по середині піднебінного кореня зуба на 3мм нижче краю кісткового гребня. Зуб відновлений за способом, що заявляється, ортопедичною конструкцією «кільцева вкладка» із заходом в область дефекта з остео-індуктивною поверхнею в області кісткового дефекта (матеріал титан BT-1). Через 2 тижні після загоснення десни кістковий дефект відновлений кістковою стружкою, забраною з ретромолярної області. Покрито мембраною, виготовленою з плазми крові. При спостереженні через 2 роки: десна в області відновленого дефекту блідо-рожевого кольору, пародонтальна кишеня 1мм, фіброзне зрощення десни. Відсутня рецесія десни та запалення, немає зубних відкладень, незначна гіперемія в області пипок, міжзубні пипки частково атрофовані, пацієнтка скарг не пред'являє.

Технічний результат: створення остео-індуктивної поверхні на протезній конструкції забезпечує значне підвищення ефективності протезування, повне відновлення на збереження функції усіх тканин зуба, попередження атрофії альвеолярних паростків верхньої і нижньої щелеп після видалення зубів.