



УКРАЇНА

(19) UA (11) 13194 (13) U
(51) МПК (2006)
A61C 8/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ РУХЛИВОСТІ БАГАТОКОРЕНЕВИХ ЗУБІВ

1

2

(21) u200509423

(22) 07.10.2005

(24) 15.03.2006

(46) 15.03.2006, Бюл. № 3, 2006 р.

(72) Кльомін Володимир Анатолійович, Іщенко Павло Васильович, Кнотько Георгій Павлович, Кашанський Ігор Вікторович, Тригубчак Олег Юрійович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.ГОРЬКОГО

(57) Спосіб лікування патологічної рухливості багатокореневих зубів, що включає виконання рентгенографічного дослідження зуба і його пародонта,

розкриття порожнини зуба, його депульпування, пломбування каналів коренів, накладення тимчасової пломби, підбору імплантату відповідно до рентгенографічного знімка, зняття тимчасової пломби, трепанації альвеолярної кістки, вгвинчування імплантату в альвеолярну кістку, рентгенологічного контролю, накладення постійної пломби, який **відрізняється** тим, що додатково після зняття тимчасової пломби виконують трепанацію біфуркації зуба і альвеолярної кістки і в отриманий отвір вгвинчують імплантат з подальшим рентгенологічним контролем.

Спосіб, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема, до стоматології та може бути використаний для лікування патологічної рухливості багатокореневих зубів трансодонто-ендооссальною імплантацією.

Відомий спосіб лікування патологічної рухливості багатокореневих зубів [1] шляхом виконання рентгенографічного дослідження зуба і його пародонта, підготовки порожнини зуба і каналів коренів зуба, трепанації альвеолярної кістки, підбору імплантату відповідно до рентгенографічного знімка, угвинчування імплантату в альвеолярну кістку, рентгенологічного контролю, накладення постійної пломби. При цьому трепанацію та угвинчування імплантату виконують через канал кореня в альвеолярну кістку в області апекса.

Недоліком відомого способу є те, що імплантат виходить за апекс на 4-6мм, у зв'язку з чим ушкоджуються гілки верхньо- і нижньощелепних нервів, що приводить до невралгії, невриту.

Найближчим за технічною сутністю до способу, що заявляється, є спосіб лікування патологічної рухливості багатокореневих зубів [2] шляхом виконання рентгенографічного дослідження зуба і його пародонта, підготовки порожнини зуба і каналів коренів зуба, трепанації альвеолярної кістки, підбору імплантату відповідно до рентгенографічного знімка, угвинчування імплантату в альвеолярну кістку, рентгенологічного контролю, накладен-

ня постійної пломби. При цьому трепанацію і угвинчування імплантату виконують через канал кореня в альвеолярну кістку в області апекса.

Недоліком відомого способу є те, що імплантат виходить за апекс на 4-6мм, у зв'язку з чим ушкоджуються гілки верхньо- і нижньощелепних нервів, що приводить до невралгії, невриту.

В основу корисної моделі поставлена задача лікування патологічної рухливості багатокореневих зубів шляхом трансодонто-ендооссальної імплантації, що дає можливість зберегти цілісність верхньо- і нижньощелепних нервів, поліпшити фіксацію імплантату в альвеолярній кістці.

Сутність способу полягає в тому, що виконують рентгенографічне дослідження зуба і його пародонта, розкриття порожнини зуба, його депульпування, пломбування каналів коренів, накладення тимчасової пломби, підбір імплантату відповідно до рентгенографічного знімка, зняття тимчасової пломби, трепанацію біфуркації зуба і альвеолярної кістки, угвинчування імплантату в альвеолярну кістку в області біфуркації зуба, рентгенологічний контроль, накладення постійної пломби.

Новим є те, що додатково після зняття тимчасової пломби виконують трепанацію біфуркації зуба і альвеолярної кістки і в отриманий отвір угвинчують імплантат з подальшим рентгенологічним контролем.

(13) U
13194
(11)
(19) UA

Реалізують спосіб таким чином. Виконують комплексне рентгенологічне дослідження (внутрішньоротові знімки зубів, ортопантомограми, зонोगрами, комп'ютерні томограми). Під інфільтраційною або провідниковою анестезією борами з алмазним напиленням розкривають порожнину зуба. Проводять інструментальну (пульпекстрактори, Н-файли, профайли, дрільбори) і медикаментозну обробку (ЕДТА, 3% розчин гіпохлориту натрію) каналів коренів. Потім канали висушують і за допомогою каналонаповнювача пломбують. Накладають тимчасову пломбу. Відповідно до рентгенографічного знімка підбирають імплантат. Після зняття тимчасової пломби проводять трепанацію біфуркації зуба і альвеолярної кістки GiTi-файлом або фрезою. Потім імплантат угвинчують в альвеолярну кістку в області біфуркації зуба. Після рентгенологічного контролю накладають постійну пломбу.

Приклади конкретного виконання

Приклад 1. Пацієнту З., 39 років, поставлений діагноз: хронічний пародонтит 46 зуба, патологічна рухливість II ступеня. При рентгенографічному дослідженні зуба і його пародонта виявлені ділянки резорбції кісткової тканини міжальвеолярної

перегородки. Були виконані розкриття порожнини зуба, його депульпування, пломбування каналів коренів, накладення тимчасової пломби, підбір імплантата відповідно до рентгенографічного знімка, зняття тимчасової пломби, трепанація біфуркації зуба і альвеолярної кістки, угвинчування імплантата в альвеолярну кістку в області біфуркації зуба, рентгенологічний контроль, накладення постійної пломби. Через 8 місяців клінічна стабільність зуба підтверджувалася фоторентгенографією, яка показала щільне з'єднання з кісткою кінцевого відділу імплантата. Кістка відрізнялася щільністю будови.

Використовування способу, що заявляється, дозволяє зберегти зуби при пародонтозі, хронічному пародонтиті, періодонтиті, поліпшити фіксацію імплантата в альвеолярній кістці, зберегти цілісність гілок верхньо- і нижньощелепних нервів.

Список літератури:

1. Боровский Е.В. Проблемы эндодонтического лечения. Клиническая стоматология. 1997, №1, с. 16.
2. Робустова Т.Г., Митронин А.В. Эндодонто-эндооссальная имплантация. Клиническая стоматология. М., 1998 г., №2, с. 20-24.