



УКРАЇНА

(19) UA (11) 13296 (13) U
(51) МПК (2006)
A61C 8/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ РУХЛИВОСТІ БАГАТОКОРЕНЕВИХ ЗУБІВ

1

2

(21) u200510040

(22) 25.10.2005

(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, Количев Олександр Володимирович

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

(57) Спосіб лікування патологічної рухливості багатокореневих зубів шляхом виконання рентгенографічного дослідження зуба і його пародонта, розкриття порожнини зуба, його депульпування,

пломбування каналів коренів, підбору імплантата відповідно до рентгенографічного знімка, накладення тимчасової пломби, зняття тимчасової пломби, трепанації альвеолярної кістки, угвинчування імплантата в альвеолярну кістку, рентгенологічного контролю, накладення постійної пломби, який відрізняється тим, що додатково формують отвір під імплантат, для чого після зняття тимчасової пломби виконують трепанацію біфуркації зуба і альвеолярної кістки, металеву вкладку з отвором під імплантат вводять в порожнину зуба, після чого імплантат через отвір в металевій вкладці угвинчують в отвір в біфуркації зуба і альвеолярній кістці.

Спосіб, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема, до стоматології та може бути використаний для лікування патологічної рухливості багатокореневих зубів за допомогою трансодонто-ендооссальної імплантації із застосуванням внутрішньозубної вкладки.

Відомий спосіб лікування патологічної рухливості багатокореневих зубів [1. Боровский Е.В. Проблемы эндодонтического лечения. Клиническая стоматология. 1997, №1, с.16] шляхом виконання рентгенографічного дослідження зуба і його пародонта, розкриття порожнини зуба, його депульпування, пломбування каналів коренів, підбору імплантата відповідно до рентгенографічного знімка, накладення тимчасової пломби, зняття тимчасової пломби, трепанації альвеолярної кістки, угвинчування імплантата в альвеолярну кістку, рентгенологічного контролю, накладення постійної пломби. При цьому трепанацію та угвинчування імплантата виконують через канал кореня в альвеолярну кістку в області апекса.

Недоліком відомого способу є ненадійна фіксація імплантата в коронковій частині зуба за рахунок невеликої площі зіткнення імплантата з твердими тканинами коронкової частини зуба.

Найближчим за технічною сутністю до способу, що заявляється, є спосіб лікування патологічної рухливості багатокореневих зубів [2. Робустова Т.Г. Митронин А.В. Эндодонто-эндооссальная им-

плантация. Клиническая стоматология. М., 1998г., №2, с.20-24] шляхом виконання рентгенографічного дослідження зуба і його пародонта, розкриття порожнини зуба, його депульпування, пломбування каналів коренів, підбору імплантата відповідно до рентгенографічного знімка, накладення тимчасової пломби, зняття тимчасової пломби, трепанації альвеолярної кістки, угвинчування імплантата в альвеолярну кістку, рентгенологічного контролю, накладення постійної пломби. При цьому трепанацію і угвинчування імплантата виконують через канал кореня в альвеолярну кістку в області апекса.

Недоліком відомого способу є ненадійна фіксація імплантата в коронковій частині зуба за рахунок невеликої площі зіткнення імплантата з твердими тканинами коронкової частини зуба.

В основу корисної моделі поставлена задача лікування патологічної рухливості багатокореневих зубів шляхом трансодонто-ендооссальної імплантації із застосуванням внутрішньозубної вкладки, що дає можливість підвищити площу зіткнення імплантата з твердими тканинами коронкової частини зуба.

Сутність способу полягає в тому, що виконують рентгенографічне дослідження зуба і його пародонта, розкриття порожнини зуба, його депульпування, пломбування каналів коренів, підбір імплантата відповідно до рентгенографічного знім-

(13) U
(11) 13296
(19) UA

ка, накладення тимчасової пломби, зняття тимчасової пломби, трепанацію альвеолярної кістки, угвинчування імплантата в альвеолярну кістку, рентгенологічний контроль, накладення постійної пломби.

Новим є те, що додатково формують отвір під імплантат, для чого після зняття тимчасової пломби виконують трепанацію біфуркації зуба і альвеолярної кістки, металеву вкладку з отвором під імплантат вводять в порожнину зуба, після чого імплантат через отвір в металевій вкладці угвинчують в отвір в біфуркації зуба і альвеолярній кістці.

Реалізують спосіб таким чином. Виконують комплексне рентгенологічне дослідження (внутрішньоротові знімки зубів, ортопантограми, зонोगрами, комп'ютерні томограми). Під інфільтраційною або провідниковою анестезією борами з алмазним напильником 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. Після цього борами формують порожнину під металеву вкладку. Відповідно до рентгенографічного знімка підбирають імплантат. Моделюють вкладку з воску з отвором для імплантата, причому отвір у вкладці повинен мати конусність, відповідно, в цьому місці повинне бути розширення імплантата. При цьому вкладка не повинна доходити до рівня дентиномалевої межі. Накладають тимчасову пломбу. В зуботехнічній лабораторії воскову вкладку заміняють на металеву. Після зняття тимчасової пломби проводять припасування і цементування металевієї вкладки в порожнині зуба. Після цього виконують трепанацію біфуркації зуба і альвеолярної кістки GiTi-файлом або фрезю. Потім імплантат угвинчують в альвеолярну кістку в області

біфуркації зуба. Після рентгенологічного контролю накладають постійну пломбу.

Приклади конкретного виконання.

Приклад 1

Пацієнту Л., 43 років, поставлений діагноз: хронічний пародонтит 36 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, формування порожнини під металеву вкладку, підбір імплантата відповідно до рентгенографічного знімка, моделювання вкладки з воску, накладення тимчасової пломби, заміна воскової вкладки на металеву, зняття тимчасової пломби, припасування і цементування вкладки в порожнині зуба, трепанація біфуркації зуба і альвеолярної кістки, угвинчування імплантата в альвеолярну кістку в області біфуркації зуба, рентгенологічний контроль, накладення постійної пломби. Через 6 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 коронковій частині зуба і 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., 1998г., №2, с.20-24.