



УКРАЇНА

(19) UA (11) 21637 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/88
A61C 8/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВСТАНОВЛЕННЯ ДЕНТАЛЬНОГО ІМПЛАНТАТА

1

(21) u200611471
(22) 31.10.2006
(24) 15.03.2007
(46) 15.03.2007, Бюл. № 3, 2007 р.
(72) Маланчук Владислав Олександрович, Грабо-
вецький Павло Володимирович, Грабовецький
Володимир Йосипович
(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

2

(57) Спосіб встановлення дентального імплантата, який включає відсепарування слизово-окісного клаптя, формування ложа імплантата, встановлення імплантата та ушивання рани, який **відрізняється** тим, що перед встановленням імплантата формують кістковий паз співвісно з віссю кісткового ложа імплантата.

Корисна модель відноситься до стоматології, щелепно-лицевої хірургії, а саме до стоматологічної імплантології і призначена для профілактики післяопераційного набряку та для контролю загоєння кісткової рани.

Одним з супутніх невідворотних процесів і можливих ранніх ускладнень після імплантації є післяопераційний набряк в кістковій тканині та м'яких тканинах, що може привести до запального процесу. Процес післятравматичного запалення починається як відповідь на оперативне втручання та присутність в інфікованій кістковій тканині чужорідного тіла - імплантату. На стадії запалення проявляються основні феномени захисних реакцій організму - альтерація, ексудація та проліферація. В середньому стадія асептичного запалення триває біля 10-ти днів, за негативного перебігу може спричинити розвиток періімплантиту та відторгнення імплантата [1].

Найближчим по своїй суті аналогом способу, що заявляється, є спосіб встановлення імплантату, який полягає в відсепаруванні слизово-окісного клаптя, формуванні ложа імплантата, встановленні імплантата та ушивання рани [2].

Недоліком цього способу є: 1) відсутність можливості вільного відтоку ексудату з післяопераційної рани, в результаті чого післяопераційний набряк більш виражений; 2) неможливість контролювати процес загоєння кісткової рани; 3) зона післяопераційного набряку велика, але в клініці майже не враховується; 4) час тривалості післяопераційного запалення значний; 5) велика вірогідність зміни типу загоєння кісткової рани - не пер-

винне кісткове загоєння, а первинне відтерміноване або вторинне.

В основу корисної моделі, що заявляється, покладена задача підвищення ефективності імплантації за рахунок оптимізації умов загоєння кісткової рани.

Технічний результат - створення можливості відтоку ексудату із зони операції, зменшення зони набряку, контроль загоєння кісткової рани, поліпшення остеоінтеграції імплантатів за рахунок загоєння кісткової рани, що має призвести до зниження частоти виникнення переімплантитів та зниження частоти відторгнення імплантату в ранньому післяопераційному періоді.

Поставлену задачу досягають тим, що у відомому способі встановлення дентального імплантата, який включає відсепарування слизово-окісного клаптя, формування ложа імплантата, встановлення імплантата та ушивання рани, згідно корисної моделі перед встановленням імплантата формують кістковий паз співвісно з віссю кісткового ложа імплантата.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є формування кісткового пазу, що дає можливість відтоку ексудату та можливість проводити забір матеріалу для контролю загоєння кісткової рани, після чого встановлюють імплантат звичайним способом.

Сутність способу пояснюється графічно.

На кресленні представлено спосіб встановлення дентального імплантата, де: 1 - слизово-окісний клапоть; 2 - кістковий паз; 3 - імплантат.

UA (19) 21637 (13) U

Спосіб здійснюють наступним чином: після відсепарування слизово-окісного клапоту (1) проводять формування кісткового ложа для імплантату звичайним способом. Потім за допомогою тонкого пілотного бора формують співосно з віссю кісткового ложа імплантату кістковий паз (2), та встановлюють імплантат (3). Рану ушивають.

При застосуванні способу з утворенням співосно з віссю кісткового ложа кісткового пазу створюють умови для відтоку ексудату, котрий утворився внаслідок підвищення проникливості судин. Це призводить до покращення гемостазу кісткової тканини, в результаті чого зменшується період стадії запалення та її протікання стає більш гладким.

Також можливий забір матеріалу (ексудату) з кісткового пазу для біохімічного, цитологічного або мікробіологічного дослідження, для контролю загоєння кісткової рани.

Перевагами запропонованого способу є:

- 1) вільний відтік ексудату, який утворився між кісткою та імплантатом після оперативного втручання;
- 2) контроль процесу загоєння кісткової рани та вплив на нього;
- 3) зменшення зони післяопераційного набряку;
- 4) зменшення періоду післяопераційного запалення;

Спосіб є технічно простим та не має абсолютних протипоказань.

Показання: I, II, III тип кістки.

Приклад конкретного використання:

Хворий К., 42 роки. Звернувся у клініку зі скаргами на відсутність жувальних зубів. Було поставлено діагноз: Часткова вторинна адентія нижньої щелепи (відсутні 34, 35, 36, 37, 45, 46, 47, 48 зуби). Тип кістки I. Після загального та місцевого обстеження було рекомендовано лікування: відновлення зубного ряду шляхом імплантації. Зліва та справа було встановлено по 3 імплантати. Зліва звичайним способом, а справа вищевказаним способом. В результаті впровадження вищевказаного способу було помітне скорочення стадії запалення справа на 2-3 доби. Післяопераційний період протікав значно спокійніше, з меншим набряком та з меншими больовими відчуттями. Післяопераційний набряк зліва протікав типово. По закінченню післяопераційного періоду зліва один імплантат було втрачено.

За період з 2005 до вересня 2006 року в стоматологічній поліклініці НМУ було прооперовано 12 хворих за запропонованим нами способом. У всіх випадках було отримано позитивні результати.

Література:

1. Робустова Т.Г. Имплантация зубов //Хирургические аспекты. -Москва: «Медицина», 2003.- с.524-545.
2. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология //Основы теории и практики. - инск: ООО «Юнипресс», 2002.- с.228-240.

