



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **24828** (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 ЗБІЛЬШЕННЯ ВИСОТИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ЩЕЛЕПИ

1

(21) u200703437

(22) 29.03.2007

(24) 10.07.2007

(46) 10.07.2007, Бюл. № 10, 2007 р.

(72) Маланчук Владислав Олександрович, Грабовецький Володимир Йосипович, Яценко Дар'я Володимирівна

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб збільшення висоти альвеолярного відростка щелепи, що включає відсепарування сли-

2

зово-окісного клаптя, формування трансплантата потрібного розміру, пересадку його на альвеолярний відросток, фіксацію та ушивання рани, який **відрізняється** тим, що додатково проводять часткове відшарування слизово-окісного клаптя, формують кістково-окісно-слизовий декортікат по формі вершини альвеолярного відростка щелепи, мобілізують його розсіченням окістя біля вершини клаптя, переносять декортікат на вершину альвеолярного відростка щелепи та фіксують, наприклад, гвинтом.

Корисна модель відноситься до стоматології, щелепно-лицевої хірургії, а саме до стоматологічної імплантології і призначена для збільшення висоти альвеолярного паростку щелепи.

Труднощі, з якими хірург постійно має справу при зубній імплантації, пов'язані з атрофічними змінами кістки щелеп, бо частіше за все установку імплантатів ускладнює саме атрофія альвеолярного паростку щелепи.

Передчасній атрофії кістки щелепи можуть сприяти загальні та місцеві фактори. Місцеві фактори - втрата зуба, травма кістки при видаленні зуба та втрата однієї зі стінок альвеоли, користування знімними протезами, особливо тими, які мають погану фіксацію. У окремих пацієнтів процеси атрофії кістки можуть прогресувати у зв'язку з загальними факторами - супутніми захворюваннями та функціональними розладами - системними захворюваннями, у тому числі остеопорозом кісток. При зубній імплантації, крім загальних та локальних факторів, які викликають атрофію кістки, труднощі можуть бути викликані анатомічними особливостями щелеп. Вони формуються як за рахунок атрофічних процесів, так і за рахунок особливостей які пов'язані з розвитком кісток щелеп [1].

Переважає більшість відомих способів збільшення висоти альвеолярного паростку щелепи полягає у взятті вільного трансплантату, пересадки, фіксації його на альвеолярному паростку та ушиванні рани. Найближчим по своїй суті - прото-

типом способу, що заявляється, є спосіб взяття аутоотрансплантату з симфізу нижньої щелепи, який полягає у відсепаруванні слизово-окісного клаптя, взятті аутоотрансплантату потрібного розміру за допомогою бормашини та долота, та вільний пересадці його на альвеолярний паросток. Утворений дефект в ділянці симфіза заповнюють кістковою стружкою або біоматеріалом [2]. Слизово-окістний клапоть кладуть на місце та ушивають.

Недоліками цього способу є:

1) Відсутність трофіки трансплантату за рахунок його вільної пересадки.

2) Створення дефекту донорської зони.

3) Проведення додаткової операції по забору трансплантату.

В основу корисної моделі, що заявляється, покладена задача покращення трофіки аутоотрансплантату.

Технічний результат - зменшення вірогідності відторгнення аутоотрансплантату за рахунок покращення його трофіки та підвищення ефективності збільшення висоти альвеолярного паростку щелепи.

Поставлену задачу досягають тим, що у відомому способі, що включає відсепарування слизово-окісного клаптя, формування трансплантату потрібного розміру, пересадку його на альвеолярний паросток, фіксацію та ушивання рани, згідно корисної моделі додатково проводять часткове відшарування слизово-окісного клаптя, формують кістково-окісно-слизовий декортікат по формі

(13) **U**

(11) **24828**

(19) **UA**

вершини альвеолярного паростку щелепи, мобілізують його розсіченням окістя у вершини клаптя, переносять декортикат на вершину альвеолярного паростку щелепи та фіксують, наприклад, гвинтом, після чого рану ушивають.

Сутність способу пояснюється графічно.

Фіг.1

1 - верхівка альвеолярного паростку.

2 - аутотрансплантат кортикальної пластинки.

3 - кістково-окістно-слизовий декортикат - - гвинт для фіксації декортиката.

Спосіб здійснюють наступним чином:

Проводять розтин слизової та окістя по верхівці альвеолярного паростка (1). За допомогою бормашини та долота проводять забір аутотрансплантату (2) (кортикальної пластинки) потрібного розміру (Фіг.1). формують кістково-окістно-слизовий декортикат (3) (Фіг.2). Кістково-окістно-слизовий декортикат (3) формують по формі вершини альвеолярного паростку, переносять на верхівку альвеолярного паростку (1) та фіксують за допомогою гвинта (4) (Фіг.3). Рану ушивають.

Спосіб, що пропонується, має наступні переваги:

1. Створення кістково-окістно-слизового декортикату забезпечує більш надійний остеогенез в ділянці пластики.

2. Уникає необхідність операції по забору вільного кісткового трансплантату та пов'язані із вільною пластикою ризики.

Приклад конкретного використання способу.

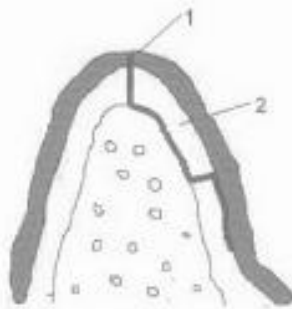
Хворий М., 44 роки. Звернувся у клініку зі скаргами на відсутність зубів. Було поставлено діагноз: Часткова вторинна адентія нижньої щелепи (відсутні 33, 34, 35 зуби), атрофія альвеолярного паростку в ділянці відсутніх зубів. Тип кістки II. Після загального та місцевого обстеження було рекомендовано лікування: збільшення висоти альвеолярного паростку в ділянці відсутніх зубів та відновлення зубного ряду шляхом імплантації. Була проведена операція збільшення альвеолярного паростку вищевказаним способом. Висота альвеолярного паростку була збільшена на 3-3,5 мм. Післяопераційний період протікав більш спокійно завдяки відсутності необхідності проведення додаткової операції по забору трансплантату.

За період з 2006 до січня 2007 року в стоматологічній поліклініці НМУ було прооперовано 10 хворих за запропонованим нами способом. У всіх випадках було отримано позитивні результати.

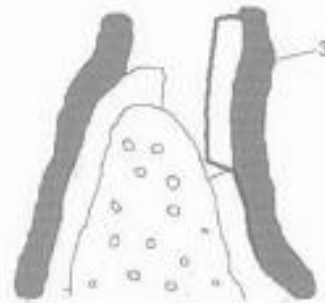
Джерела інформації:

1. Робустова Т.Г. Имплантация зубов // Хирургические аспекты. - Москва: «Медицина», 2003. - с.422-424.

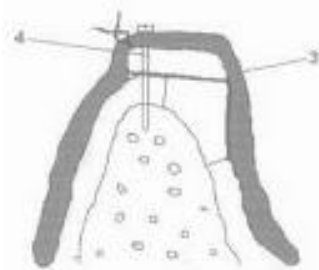
2. Фиалковский В.В., Иорданишвили А.К. Операции в полости рта на альвеолярных отростках в челюстях. // Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. - СПб., 1998. - С.193-235.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3