



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **49594** (13) **U**
(51) МПК (2009)
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 ФІКСАЦІЇ МЕМБРАНИ ПРИ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ МЕТОДОМ НАПРАВЛЕНОЇ ТКАНИННОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ

1

(21) u200800656

(22) 21.01.2008

(24) 11.05.2010

(46) 11.05.2010, Бюл.№ 9, 2010 р.

(72) СЛЮСАРЕНКО НАЗАР ЯРЕМОВИЧ, ПЮРИК ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, ПЮРИК ЯРОСЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ, ПРОЦЬ ГАЛИНА БОГДАНІВНА, ФАДІ АЛЬ-ТАРИФІ МАХМУД, ГРЕКУЛЯК ВАСИЛЬ ВАСИЛЬОВИЧ, СТИЦЮК АНДРІЙ МИХАЙЛОВИЧ

(73) СЛЮСАРЕНКО НАЗАР ЯРЕМОВИЧ, ПЮРИК ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, ПЮРИК ЯРОСЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ, ПРОЦЬ ГАЛИНА БОГДАНІВНА, ФАДІ АЛЬ-ТАРИФІ МАХМУД, ГРЕКУЛЯК ВАСИЛЬ ВАСИЛЬОВИЧ, СТИЦЮК АНДРІЙ МИХАЙЛОВИЧ

2

(57) Спосіб фіксації бар'єрної мембрани при лікуванні генералізованого пародонтиту методом направленої регенерації тканин шляхом надягання мембрани на зуби через попередньо підготовлені отвори, який **відрізняється** тим, що у мембрані вирізається отвір, що дорівнює окружності шийки зуба, а від нього виконуються радіальні перпендикулярні розрізи і формується манжетка для забезпечення вільного проходження ділянки екватора коронки зуба при надяганні мембрани і покращення пришийкового прилягання мембрани, що створює сприятливі умови для раціонального загоєння післяопераційної рани, зменшує тривалість операції.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме, до хірургічної стоматології, зокрема, до способів лікування генералізованого пародонтиту, де обов'язковим етапом комплексного лікування розвинутих стадій генералізованого пародонтиту є клаптеві операції, за допомогою яких досягається не лише довготривала стабілізація у перебізі генералізованого пародонтиту, але й отримується суттєвий приріст кісткової тканини. Запропонований спосіб фіксації штучної мембрани дозволяє підвищити ефективність хірургічного лікування хворих на генералізований пародонтит.

На сучасному етапі відомо декілька способів прикріплення штучних мембран до оточуючих тканин та пришийкової ділянки зубів при хірургічному лікуванні генералізованого пародонтиту [<http://infodent.ru>].

Відомі методи ушивання мембрани, фіксації мембрани титановими гвинтами ("КОНМЕТ", Росія), шовним матеріалом, та по типу кофердаму, або "пончо", коли мембрану одягають через підготовлені отвори, а краї мембрани фіксують до кістки гвинтами. Однак, такі способи часто є громіздкими, складними у виконанні та не ергономічним, що в свою чергу збільшує час виконання операції, призводить до ускладнень, провокує додатковий стрес та втому пацієнта і медичного персоналу.

Зокрема, в методиці із використанням пробійника не враховано, що для попередження вросання епітелію і кращої фіксації мембрана повинна щільно прилягати до шийки зуба, а так, як екватор зуба, через який надягається мембрана, є більший за розмір шийки, звичайного отвору буде недостатньо.

Найбільш близьким за суттю способу, що заявляється, є метод фіксації мембрани по типу кофердаму, або "пончо", коли мембрану одягають на зуби через попередньо підготовлені отвори, які формують пробійником для кофердаму, чи за допомогою тонкостінної трубки (ЗАТ «МЕДСИЛ») [<http://nrt.infodent.ru>].

Однак, відомий метод має недостатню ступінь ефективності, оскільки підготовлена у такий спосіб мембрана не забезпечує достатньої фіксації та герметичності мембрани у пришийковій ділянці зуба, а також, внутрішній край мембрани не виходить на шийку зуба на 2мм., що є необхідною умовою при фіксації мембрани при лікуванні генералізованого пародонтиту методом направленої регенерації тканин [С.И. Сивовол. «Клинические аспекты пародонтологии». - М.: - 2001; Л.А. Дмитриева. «Современные аспекты клинической пародонтологии». - М.: - 2001].

Тому, технічне завдання нашого технічного рішення полягає у наступному: розробити такий

(13) **U**
(11) **49594**
(19) **UA**

спосіб фіксації штучної мембрани, при якій остання буде надійно фіксуватися у пришийковій ділянці, виконуючи бар'єрну функцію для попередження міграції клітин епітелію в субмембранний простір.

Запропонований нами спосіб значно спростить і покращить фіксацію мембрани до операційного поля та пришийкової ділянки зуба чи груп зубів зокрема, значно скоротивши термін фіксації при збереженні асептики.

Суть запропонованого способу полягає у тому, що у бар'єрній мембрані вирізається отвір що дорівнює окружності шийки зуба, а від нього робляться радіальні перпендикулярні розрізи і формується манжетка. Це забезпечує вільне проходження ділянки екватора коронки зуба при надяганні мембрани, покращує пришийкове прилягання мембрани, створює сприятливі умови для раціонального загоєння післяопераційної рани, зменшує тривалість операції.

Спосіб полягає у тому, що перед операцією у пацієнта вимірюють малий та великий діаметри екваторіальної частини коронки (коронки) та шийки зуба (зубів), у ділянці якого (яких) передбачається фіксація мембрани. Отримані дані слугують основою для побудови зовнішнього кола (овалу) і наносяться в стерильних умовах на мембрану стерильним маркером. Відступивши до середини кола (на відстань різниці між радіусами до екватора і до шийки) від зовнішнього кола наносять границі внутрішнього кола. Потім, ножицями у мембрані вирізають внутрішній круг. Далі, ножицями роблять радіальні перпендикулярні надрізи від внутрішнього до зовнішнього кола формуючи манжетку.

Отриману композицію надягають в операційній на підготовлений зуб, орієнтуючись на великий та малий діаметри та обрізавши зайві частини мембрани.

Таким чином, розроблений спосіб покращить якість пришийкового прилягання штучної мембрани і зменшить термін накладання та фіксації мембран під час операції лікування генералізованого

пародонтиту методом направленої регенерації тканин.

Приклад:

Хворий Н. 32 років направлений стоматологом-терапевтом для хірургічного лікування із приводу генералізованого пародонтиту II ступеню важкості. Об'єктивно: у ділянці 24-25 зубів наявні пародонтальні кишень глибиною 3-5мм. Ознаки запального процесу та гноетечі відсутні. На рентгенограмі: втрата висоти між альвеолярних перетинків альвеолярного відростку у межах від 1/3 до 1/2 довжини кореня зуба. Було заплановано хірургічне лікування із використанням запропонованої методики.

Після проведеної анестезії та обробки операційного поля виконано трапецієподібний розріз у ділянці 23-26 зубів із вестибулярного та піднебінного боку та відшаровано утворений слизово-окисний клапоть. Проведено кюретаж кісткових кишень з видаленням грануляційної тканини, обробку розчином перексиду водню. Ділянку дефекту кісткової тканини альвеолярного відростка заповнено сумішшю ауто трансплантату кісткового мозку, колапану та остеопластичним препаратом "BIO-OSS". Оперовану ділянку закрили попередньо підготовленою повністю резорбованою мембраною "FISIOGRAFT", зафіксувавши його згідно запропонованого способу в ділянці 24 та 25 зубів. Здійснено деепітелізацію слизово-окисних клаптів, встановлення їх у вихідне положення і фіксація вертикальним матрацним швом у кожному міжзубному проміжку. Після цього рана була промита розчином антисептика.

В результаті лікування вказаним методом із використанням запропонованого способу фіксації мембрани через 3 місяці після операції при рентгенологічному контролі виявлені островки оссифікації. З боку ясен в ділянці оперованих зубів утворилося стійке зубо-ясенне прикріплення по типу циркулярної зв'язки.