



УКРАЇНА

(19) UA (11) 55478 (13) U
(51) МПК (2009)
A61C 8/00
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОЇ АДЕНТИЇ

1

(21) u201008411
(22) 05.07.2010
(24) 10.12.2010
(46) 10.12.2010, Бюл.№ 23, 2010 р.
(72) БАРКОВА ГАННА ВОЛОДИМИРІВНА
(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО
(57) Спосіб лікування вторинної адентії, що вклю-
чає премедикацію, місцеву анестезію, розтин сли-

2

зової оболонки й окістя, сепарацію слизово-
надкісткового клаптя, остеотомію, формування й
обробку кісткового ложа, встановлення пластинча-
стого дентального імплантата, який **відрізняється**
тим, що остеотомію, обробку й формування кістко-
вого ложа здійснюють за допомогою ультразвуко-
вого скальпеля.

Спосіб належить до медицини, а саме до хірургічної стоматології і може бути використаний для лікування вторинної адентії. Як найближчий аналог узято спосіб лікування вторинної адентії методом установки одностапного пластинчастого дентального імплантата [1]. Спосіб-найближчий аналог містить у собі такі етапи операції: премедикацію; місцеву анестезію; розтин слизової оболонки й окістя; сепарацію слизово-надкісткового клаптя; здійснюють остеотомію кістковим перфоратором; формують і обробляють кісткове ложе імплантата, використовуючи бори діаметром менше вживлюваного імплантата, формують канали вздовж альвеолярного гребеня на відстані 3-5 мм один від одного через кортикальну пластинку в губчасту речовину. Далі за допомогою різального циркулярного диска, частину якого розташовують по центру альвеолярного відростка, проникають глибше в губчасту речовину; виконують кюретаж дна сформованого кісткового ложа, вискоблюють і видаляють кісткові виступи; остаточно препарують кісткове ложе; встановлюють пластинчастий дентальний імплантат; відповідно голівці імплантата в слизово-надкістковому лоскуті робиться розріз-прокол, що дорівнює діаметру трансгінгивальної частини-шийки імплантата; шматок - поле попередньої мобілізації укладають на те саме місце, «надягаючи» на голівку імплантата.

Даний спосіб має такі недоліки: тривалість оперативного втручання; неефективне охолодження під час препарування в глибоких шарах кістки; відсутність хірургічної точності й достатньої видимості. В процесі роботи механічним наконеч-

ником фізіодиспенсера використовуються фрези, які формують зигзагоподібне, з виступами ложе. Внаслідок цього аналог імплантата й сам імплантат не можуть уводитися вільно, рівномірно в усіх напрямках. Спосіб має високий ризик опіку кістки; високий інтраопераційний ризик травматизації м'яких тканин ротової порожнини.

В основу корисної моделі поставлено завдання вдосконалити спосіб лікування вторинної адентії, який би забезпечив підвищення ефективності лікування, скорочення тривалості оперативного втручання і терміну імплантопротезної реабілітації за рахунок зниження ризику травматизації м'яких тканин і попередження післяопераційних ускладнень.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі лікування вторинної адентії, що включає премедикацію, місцеву анестезію, розтин слизової оболонки й окістя, сепарацію слизово-надкісткового клаптя, остеотомію, формування й обробку кісткового ложа, установку пластинчастого дентального імплантата, відповідно до корисної моделі, остеотомію, обробку й формування кісткового ложа здійснюють за допомогою ультразвукового скальпеля.

Спосіб пояснюється кресленнями: на Фіг. 1 - представлено формування й сепарацію слизово-надкісткового лоскута, на Фіг. 2 - остеотомія й формування кісткового ложа за допомогою п'єзоелектричного кісткового скальпеля, на Фіг. 3 - встановлення пластинчастого дентального імплантата.

Спосіб лікування вторинної адентії здійснюють таким чином: проводять премедикацію; місцеву

(19) UA (11) 55478 (13) U

анестезію; викопують доступ до ділянки кістки, орієнтованого під дентальний пластинчастий імплантат, шляхом розрізу слизової й окістя, формуючи шматок прямокутної форми, основа якого на 3-5 мм довша за майбутнє кісткове ложе, бічні сторони завтовшки 10-15 мм; проводячі, сепарацію даного шматка; формують краї розрізу; викопують остеотомію й формуючі, кісткове ложе за допомогою градуйованої насадки п'єзоелектричного кісткового скальпеля для остеотомії на глибину, що відповідає аналогу пластинчастого дентального імплантата; згладжують краї кісткового ложа, користуючись насадкою з алмазним напиленням; встановлюють дентальний пластинчастий імплантат за допомогою імплантоводу; операційну рану зашивають.

Клінічний приклад: Пацієнтка Ч., 48 років. Історія хвороби № 12323. Скарги при надходженні: відсутність зубів на нижній щелепі. Діагноз: вторинна адентія 3-го класу, група В, відповідно до класифікації Misch і Judi.

Протокол операції: під правобічною торусальною анестезією Ubistesiny forte 1,7 ml здійснено розтин слизової болонки й окістя по центру альвеолярного відростка щелепи. Сформовано клапоть прямокутної форми, основа якого на 3-5 мм довша за майбутнє кісткове ложе, бічні сторони 10-15 мм. Проведено сепарацію даного шматка й сформовано краї розрізу. Остеотомію й формування кісткового ложа провели за допомогою градуйованої насадки п'єзоелектричного кісткового скальпеля для остеотомії на глибину, що відповідає аналогу пластинчастого дентального імплантата. Згладжили краї кісткового ложа, користуючись насадкою з алмазним напиленням.

Встановлено дентальні пластинчасті імплантати за допомогою імплантоводу. Операційну рану зашито.

У ході операції дентальної імплантації формування кісткового ложа під пластинчасті імплантати здійснювалося за допомогою п'єзоелектричного кісткового скальпеля. Завдяки використанню кісткового скальпеля тривалість операції скоротилася в кілька разів, зникла необхідність в кюретажі й корекції ложа, аналог пластинчастого імплантата й сам імплантат вводився вільно; під час операції відзначалася чітка візуалізація оперативного поля. Наступного дня після операції післяопераційний набряк не виражений, на післяопераційний біль пацієнтка не скаржилася.

Переваги: застосування розробленого способу дозволяє скоротити тривалість і покращити якість оперативного втручання при встановленні пластинчастих дентальних імплантатів, домогтися ефективного охолодження в більш глибоких шарах кістки, забезпечити максимальну хірургічну точність; полегшити процес введення імплантата в кісткове ложе й підвищити міцність фіксації; знизити інтраопераційний ризик травматизації м'яких тканин ротової порожнини; поліпшити анатомічні й функціональні результати лікування, знизити ризик розвитку ускладнень, скоротити строки імплантопротезної реабілітації.

Джерела інформації, взяті до уваги:

1. Монаков В.А., Садыков М.Н., Спирина В.Ю. Монаков В.А., Садыков М.Н., Спирина В.Ю. Способ лечения вторичной адентии путем установки одноэтажного пластинчатого дентального имплантата. Патент RU 2212862, р.н. заявки 2001 133480/14; коды МПК: А61С008/00 А61В017/24.



Fig.1

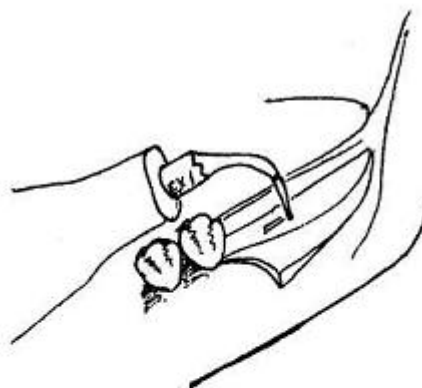
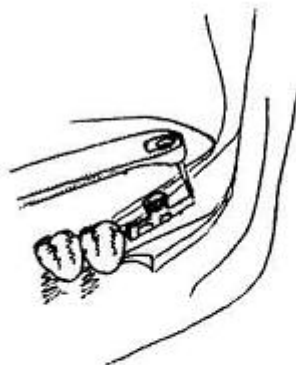


Fig.2



Фиг.3