



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **81696** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2013 00202</b>	(72) Винахідник(и): <b>Сенніков Олег Миколайович (UA), Карий Володимир Іванович (UA), Прийма Андрій Олександрович (UA), Новицький Валерій Борисович (UA), Сеннікова Ганна Михайлівна (UA), Ярічев Убайда Рувайдович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>04.01.2013</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.07.2013</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.07.2013, Бюл.№ 13</b>	(73) Власник(и): <b>ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ СТОМАТОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ", вул. Рішельєвська, 11, м. Одеса, 65026 (UA)</b>

**(54) СПОСІБ КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ І ДЕФОРМАЦІЯМИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ З РЕЗОРБЦІЄЮ ТРИКУТНОЇ ФОРМИ В ЦЕНТРАЛЬНІЙ ЧАСТИНІ БЕЗЗУБОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБЕНЯ**

### (57) Реферат:

Спосіб кісткової пластики у пацієнтів з дефектами і деформаціями зубних рядів з резорбцією кісткової тканини трикутної форми в центральній частині беззубого альвеолярного гребеня включає трапецієподібний розріз слизової оболонки і окістя, відшарування повного слизово-окісного клаптя, остеотомію альвеолярного гребеня у вигляді двох трикутників, фіксацію слизової оболонки і окістя, переміщення утворених остеотомією трикутників вгору кутами назустріч один одному з формуванням на гребені альвеолярного відростка прямої лінії, закладання кісткового пластичного матеріалу, покривання захисною мембраною, укладання на місце мобілізованого вестибулярного слизово-окісного клаптя, ушивання.

**UA 81696 U**



Корисна модель належить до медицини, конкретно до хірургічної стоматології, і може бути використана при проведенні кісткової пластики для реконструкції об'єму атрофованої ділянки щелепної кістки по висоті і ширині.

Відомі різні способи збільшення висоти і ширини атрофованої ділянки альвеолярного гребеня. Одним з найбільш поширених способів є методика використання вільних кісткових блоків, узятих в різних ділянках скелета пацієнта (внутрішньоротові і позаротові) [Федерико Эрнандес Альфаро "Костная пластика в стоматологической практике". - М., 2006 г.]. Проте забір аутокістки збільшує кількість операцій і ризик розвитку післяопераційних ускладнень, як в місці забору, так і в реципієнтній зоні, аж до повного резорбування трансплантата.

Відомий і спосіб усунення дефектів альвеолярної частини нижньої щелепи методом сандвіч-пластики (д.м.н. С. Ю. Іванов, к.м.н. Н.Ф. Ямуркова, к.м.н. А.А. Мураев, Стоматология. - М., 2010. - № 2). Проте при використанні цього методу переміщення кісткового фрагмента можливе тільки у висоту і убік. При такому варіанті не в усіх випадках вдається добитися відновлення анатомічно правильної форми альвеолярного гребеня.

В основу корисної моделі поставлено задачу розробки способу кісткової пластики у пацієнтів з дефектами і деформаціями кісткової тканини з резорбцією трикутної форми в центральній частині беззубого альвеолярного гребеня шляхом здійснення остеотомії альвеолярного гребеня з вестибулярного боку у вигляді двох трикутників, фіксованих на язичному слизово-окісному клапті, за рахунок чого забезпечується можливість переміщення кісткових фрагментів вгору і один до одного та формування на гребені альвеолярного відростка прямої лінії, що дозволить отримати чотиристоронню конфігурацію дефекту і створити максимально сприятливі умови реконструкції альвеолярного гребеня необхідної висоти і ширини.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі кісткової пластики у пацієнтів з дефектами і деформаціями зубних рядів з резорбцією кісткової тканини трикутної форми в центральній частині беззубого альвеолярного гребеня, згідно з корисною моделлю, роблять трапецієвидний розріз слизової оболонки і окістя в області беззубого альвеолярного гребеня, відшаровують повний слизово-окісний клапоть з вестибулярного боку, здійснюють остеотомію альвеолярного гребеня у вигляді двох трикутників, фіксують їх на язичний слизово-окісний клапоть, переміщують вгору і один до одного і на гребені альвеолярного відростка формують пряму лінію, в утворений чотиристоронній дефект кісткової тканини закладають кістковий пластичний матеріал, покривають захисною мембраною, мобілізований вестибулярний слизово-окісний клапоть укладають на місце, рану ушивають.

Причинно-наслідкові зв'язки:

1. здійснюють остеотомію альвеолярного гребеня у вигляді двох трикутників - найменш травматичний спосіб остеотомії,

2. переміщують кісткові фрагменти вгору і один до одного, формуючи на гребені альвеолярного відростка пряму лінію - це дозволяє отримати форму альвеолярного гребеня, яка максимально наближена до правильної анатомічної форми.

Опис способу

Після проведення анестезії, виконують трапецієвидний розріз слизової оболонки і окістя в області беззубого альвеолярного гребеня. З вестибулярного боку відшаровують повний слизово-окісний клапоть, далі проводять остеотомію альвеолярного гребеня з вестибулярного боку так, щоб альвеолярний гребінь був розітнутий у вигляді двох трикутників, фіксованих на язичному слизово-окісному клапті. Далі трикутні клапті зміщують вгору і один до одного таким чином, щоб на гребені альвеолярного відростка сформувати пряму лінію. Кісткові фрагменти фіксують в отриманому положенні за допомогою накісткових пластинок і гвинтів. Утворені дефекти кісткової тканини закладають кістковим пластичним матеріалом, покривають захисною мембраною. Вестибулярний слизово-окісний клапоть мобілізують, укладають на місце і рану ушивають. Пропонований спосіб був застосований в ДУ "Інститут стоматології НАМІ України".

Вибір свідчень до запропонованого способу підібраний шляхом клінічних випробувань. Для цього були відібрані пацієнти з різним рівнем атрофії альвеолярного гребеня по класифікації Misch і Judi (1985). Проведені клінічні дослідження дозволили довести, що запропонований спосіб забезпечує стабільний ефект у пацієнтів з дефектами і деформаціями зубних рядів з резорбцією кісткової тканини трикутної форми в центральній частині беззубого альвеолярного гребеня.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб кісткової пластики у пацієнтів з дефектами і деформаціями зубних рядів з резорбцією кісткової тканини трикутної форми в центральній частині беззубого альвеолярного гребеня,

- який **відрізняється** тим, що роблять трапецієподібний розріз слизової оболонки і окістя в області беззубого альвеолярного гребеня, відшаровують повний слизово-окісний клапоть з вестибулярного боку, здійснюють остеотомію альвеолярного гребеня у вигляді двох трикутників, фіксують їх на язичний слизово-окісний клапоть, переміщують вверх кутами назустріч один одному, і на гребені альвеолярного відростка формують пряму лінію, в утворений чотиристінний дефект кісткової тканини закладають кістковий пластичний матеріал, покривають захисною мембраною, мобілізований вестибулярний слизово-окісний клапоть укладають на місце, рану ушивають.

---

Комп'ютерна верстка М. Ломалова

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601