



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **82923** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 00199	(72) Винахідник(и): Сенніков Олег Миколайович (UA), Карий Володимир Іванович (UA), Прийма Андрій Олександрович (UA), Новицький Валерій Борисович (UA), Сеннікова Ганна Михайлівна (UA), Ярічев Убайда Рувайдович (UA)
(22) Дата подання заявки: 04.01.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 27.08.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 27.08.2013, Бюл.№ 16	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ СТОМАТОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ", вул. Рішельєвська, 11, м. Одеса, 65026 (UA)

(54) СПОСІБ КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ ПРИ ВИСОКОМУ АЛЬВЕОЛЯРНОМУ ГРЕБЕНІ З ВУЗЬКОЮ ОСНОВОЮ

(57) Реферат:

Спосіб кісткової пластики при високому альвеолярному гребені з вузькою основою включає відшаровування слизово-окісного клапотя, остеотомію, відділення трансплантата від утримуючої його основи, витягування трансплантата, повертання трансплантата на 360°, встановлення трансплантата назад в кісткове ложе, фіксацію трансплантата, заповнення кістковим пластичним матеріалом і мембраною чотиристороннього дефекту (можливо п'ятистороннього), мобілізацію клапотя, укладання на місце і ушивання.

U
82923
UA

Корисна модель належить до медицини, конкретно до хірургічної стоматології і призначена для проведення реконструювання атрофованої ділянки щелепної кістки альвеолярного гребеня по висоті і його ширині.

Відомі декілька способів збільшення висоти і ширини 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 "Кісткова пластика в стоматологічній практиці" Москва 2006 г.].

Відомий також спосіб збільшення параметрів висоти і ширини альвеолярного гребеня методом дистракції, коли використовуються різні дистракційні апарати, що дозволяють досягти необхідних величин шляхом активації остеогенезу в альвеолярній кістці [Alveolar distraction Osteogenesis. Ole T. Jensen, DDS, MS. 2002. Quintessence Publishing Co, Inc.].

Також відомі методики застосування різних кістково-заміщуючих матеріалів штучного, або ксено- і аlogenного походження.

Проте кожна з перерахованих методик має ряд недоліків: забор аутокістки збільшує кількість операцій і ризик розвитку післяопераційних ускладнень, як в місці забору, так і в реципієнтній зоні, аж до повного резорбування трансплантата. При застосуванні дистракторів необхідно мати хороші мануальні навички хірурга, можливість доступу до різних видів дистракторів, хороші анатомічні умови для фіксації елементів апарату до кістки, а також дисциплінованість пацієнта, інструктованого як і коли активувати дистрактор.

Використання ж кістковозамісних матеріалів різного походження, методом спрямованої регенерації, як в чистому вигляді, так і в комбінації один з одним, а також з додаванням аутокістки дає різні результати, оцінка якості яких досі викликає багато дискусійних питань.

У дослідженій нами літературі найближчого аналога пропонованого способу знайдено не було.

В основу корисної моделі поставлено задачу розробки способу кісткової пластики атрофованого високого альвеолярного гребеня з вузькою основою шляхом формування трансплантата з місцевих тканин і повороту його на 360°, за рахунок чого створюються умови для утворення відсутньої стінки альвеолярного гребеня і утворюється кістковий дефект того виду, при якому найбільш максимально реалізуються остеокондуктивні властивості кісткових пластичних матеріалів, що дозволяє забезпечити можливість реконструкції альвеолярного гребеня необхідної висоти і ширини.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі кісткової пластики при високому альвеолярному гребені з вузькою основою згідно з корисною моделлю, відшаровують слизово-окісний клапоть, в області деформації альвеолярного відростка круглим трепаном проводять остеотомію з початком на вершині беззубої частини альвеолярного гребеня углиб підстави тіла щелепи, не доходячи до судинно-нервового пучка 1,5-2 мм, відділяють трансплантат від утримуючої його основи, витягають трансплантат, повертають його на 360°, встановлюють назад в кісткове ложе так, що його первинна основа знаходиться на вершині альвеолярного гребеня, а вестибулярну стінку утворює частина материнської язикової стінки, при необхідності фіксують, чотиристінний дефект (можливо п'ятистінний) заповнюють кістковопластичним матеріалом і мембраною, клапоть мобілізують, укладають на місце і ушивають.

Причинно-наслідкові зв'язки:

1. формування трансплантата з місцевих тканин - за рахунок цього виключається необхідність проведення додаткових оперативних втручань, що дозволяє понизити травматизм при проведенні кісткової пластики альвеолярного відростка

2. трансплантат повертають по його поперечній осі на 360° - поворот дозволяє отримати зменшення дефекту за рахунок прибутку в цьому місці кісткової тканини, за рахунок чого утворюється достатня поверхня альвеолярного гребеня.

Опис способу.

Після проведення анестезії, розрізу слизової оболонки і окістя відшаровується повний слизово-окісний клапоть. У місці дефекту або деформації альвеолярного відростка проводиться остеотомія круглим трепаном необхідного діаметра, так, щоб її початок робився на вершині беззубої частини альвеолярного гребеня і далі поширюється латерально до упора в основу тіла щелепи, занурюючись в неї на глибину, що дозволяє уникнути травми судинно-нервового пучка (не доходячи до нього 1,5-2 мм). Далі, робиться відділення трансплантата від утримуючої його основи. Трансплантат витягається, обертається на 360 градусів і встановлюється в кісткове ложе так, щоб його первинна основа знаходилася на вершині альвеолярного гребеня, а вестибулярну стінку утворювала частина материнської язикової стінки. При необхідності трансплантат фіксується внутрішньокістковим гвинтом, швом, або пластиною. Отриманий

чотиристинний дефект (можливо п'ятистинний) заповнюється кістковопластичним матеріалом і мембраною. Клапоть мобілізується, укладається на місце і ушивається.

За запропонованим способом була проведена кісткова пластика 8 пацієнтам альвеолярний гребінь у яких був високим з вузькою основою.

5 Отримані результати свідчать про високу ефективність способу.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

10 Спосіб кісткової пластики при високому альвеолярному гребені з вузькою основою, за яким відшаровують слизово-окісний клапоть, в області деформації альвеолярного відростка круглим трепаном проводять остеотомію з початком на вершині беззубої частини альвеолярного гребеня углиб підстави тіла щелепи, не доходячи до судинно-нервового пучка 1,5-2 мм, відділяють трансплантат від утримуючої його основи, витягають трансплантат, повертають його на 360°, встановлюють назад в кісткове ложе так, що його первинна основа знаходиться на

15 вершині альвеолярного гребеня, а вестибулярну стінку утворює частина материнської язикової стінки, при необхідності фіксують, чотиристинний дефект (можливо п'ятистинний) заповнюють кістковим пластичним матеріалом і мембраною, клапоть мобілізують, укладають на місце і ушивають.

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

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