



УКРАЇНА

(19) (UA)

(11) **15882**

(51) МПК (2006)
A61C 8/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ
УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ

Деклараційний патент на корисну модель

видано відповідно до Закону України
"Про охорону прав на винаходи і корисні моделі"

Голова Державного департаменту
інтелектуальної власності



М. Паладій

(21) u 2006 01074

(22) 06.02.2006

(24) 17.07.2006

(46) 17.07.2006. Бюл. № 7

(72) Король Дмитро Михайлович

(73) Король Дмитро Михайлович

(54) СПОСІБ ІМПЛАНТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЕНДОСАЛЬНО-
СУБПЕРІОСТАЛЬНОГО ІМПЛАНТАТА



УКРАЇНА

(19) UA (11) 15882 (13) U
(51) МПК (2006)
A61C 8/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ІМПЛАНТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЕНДОСАЛЬНО-СУБПЕРІОСТАЛЬНОГО ІМПЛАНТАТА**

1

(21) u200601074
(22) 06.02.2006
(24) 17.07.2006
(46) 17.07.2006, Бюл. № 7, 2006 р.
(72) Король Дмитро Михайлович
(73) Король Дмитро Михайлович
(57) Спосіб імплантації стоматологічного ендоосально-субперіостального імплантата, що включає місцеву провідникову та інфільтраційну анестезію, розтин слизово-надкісткових тканин вздовж альвеолярного гребеня та широке відшарування слизово-надкісткового клаптя, антисептичну обробку кісткової тканини, зняття відбитка зі скелетованої кістки з ушиванням слизово-надкісткового клаптя та наступним встановленням готового імплантата через 10-14 днів, який відрізняється тим, що зняття відбитка виконують індивідуально виготов-

2

леною відбитковою ложкою власної конструкції після того, як в ділянці альвеолярного відростку пілотним тригранним свердлом виконують препарування каналу, в який вставляють діагностичний відбитковий штифт, після застигання відбиткового матеріалу відбиток знімають разом із штифтом, заливають супергіпсом і виконують робочу модель, на штифт надівають з'єднувальну шайбу з ретенційною борозною і з'єднують з восковими з'єднувальними опорними плечами підокісного елемента, встановлення ендоосально-субперіостального імплантата та фіксацію в кістці опірного внутрішньокісткового елемента здійснюють після попереднього свердління кістки через з'єднувальну шайбу, з можливістю заміни елементів конструкції.

Запропонована корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до стоматології, до ортопедичної стоматології і призначена для відновлення зубних рядів за допомогою протезів з опорою на імплантати.

Подовження середньої тривалості життя населення країн Європи, та "помолодження" адентії, як наслідку ускладнень карієсу та патології тканин пародонту, змушують лікарів-стоматологів шукати нові альтернативні способи відновлення цілісності зубних рядів. Сучасні можливості стоматологічної науки дозволяють забезпечити пацієнту кращу якість життя шляхом застосування способів імплантації та виготовлення косметичних ортопедичних конструкцій з сучасними фізико-механічними елементами фіксації. Успішність використання внутрішньокісткової імплантації при лікуванні адентії будь-якої етіології, локалізації та величини не підлягає сумніву і ілюструється науковими дослідженнями багатьох закордонних та вітчизняних авторів. Внутрішньокісткові імплантати виконують функцію штучних коренів, і тому забезпечують абсолютну стабільність ортопедичних конструкцій, що на них спираються.

Відомі сучасні способи використання внутрішньокісткової (ендоосальної) та підокісної (субперіостальної) імплантації з подальшим протезуванням знімними та незнімними протезами [Linkov L.I., 1974; Сойфер В.В., 2000; Ушаков А.И., Федоров И.В., 1996; Левандовський Р.А., 1996р.].

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб субперіостальної імплантації стоматологічного імплантату [А.С. №1524879 СССР, МКИ А61С13/00. Спосіб субперіостальної імплантації стоматологічного імплантата / Суров О.Н. (SU). - Опубл. 1993]. Спосіб включає місцеву провідникову та інфільтраційну анестезію, розтин та широке відшарування слизово-надкісткового клаптя, антисептичну обробку кісткової тканини та зняття відбитку зі скелетованої кістки з наступним ушиванням слизово-надкісткового клаптя. Через 10-14 днів виконують другий етап способу: розтин та відшарування слизово-надкісткового клаптя в місці попереднього оперативного втручання та встановлення заздалегідь змодельованої та монолітно відлитої конструкції імплантату після попереднього препарування кісткової тканини та формування різними видами фрез ложка під імплантат відповідно до його розміру.

UA (19) 15882 (13) U

Однак відомий спосіб має недостатній ступінь ефективності, обумовлений тим, що внутрішньокісткова частина імплантату моделюється заздалегідь лише на підставі даних рентгенограми при цьому внутрішньокісткова та субперіостальна частини імплантату монолітно поєднані, за рахунок чого під час імплантації відбувається значне травмування тканин та недостатній ступінь стабілізації імплантату на альвеолярному відростку, крім того монолітність конструкції імплантату відмітає навіть гіпотетичну можливість заміни якихось її елементів у випадку нагальної необхідності

В основу корисної моделі поставлена задача розробити спосіб імплантації стоматологічного ендосальсно-субперіостального імплантату з урахуванням параметрів клініко-морфологічного, гістологічного та імунологічного аналізу стану кісткової тканини та м'яких тканин, що оточують імплантат, досягти мінімального травмування навколишніх тканин, забезпечити підвищення ступеню стабілізації імплантату на альвеолярному відростку та можливість заміни елементів конструкції.

Поставлену задачу вирішують створенням способу імплантації стоматологічного ендосальсно-субперіостального імплантату, що включає місцеvu провідникову та інфільтраційну анестезію, розтин слизово-надкісткових тканин вздовж альвеолярного гребеня та широке відшарування слизово-надкісткового клаптя, антисептичну обробку кісткової тканини, зняття відбитку зі скелетованої кістки з ушиванням слизово-надкісткового клаптя та наступним встановленням готового імплантату через 10-14 днів, який, згідно винаходу, відрізняється тим, що зняття відбитку виконують індивідуально виготовленою відбитковою ложкою, власної конструкції після того, як в ділянці альвеолярного відростку пілотним тригранним свердлом виконують препарування каналу, в який вставляють діагностичний відбитковий штифт, після застигання відбиткового матеріалу відбиток знімають разом із штифтом, заливають супергіпсом і виконують робочу модель, на штифт надівають з'єднувальну шайбу з ретенційною борозною і з'єднують з восковими з'єднувальними опорними плечами підкісного елемента, встановлення ендосальсно-субперіостального імплантату та фіксацію в кістці опірною внутрішньокісткового елемента здійснюють після попереднього свердління кістки через з'єднувальну шайбу, з можливістю заміни елементів конструкції.

Запропонований спосіб імплантації стоматологічного ендосальсно-субперіостального імплантату виконують із урахуванням параметрів клініко-морфологічного, гістологічного та імунологічного аналізу стану кісткової тканини та м'яких тканин, що оточують імплантат і дозволяє досягти мінімального травмування навколишніх тканин, забезпечує високий ступінь стабілізації імплантату на альвеолярному відростку.

Спосіб імплантації стоматологічного ендосальсно-субперіостального імплантату, виконують наступним чином. Після виконання місцевої провідникової та інфільтраційної анестезії, виконують розтин слизово-надкісткових тканин вздовж альвеолярного гребеня та широке відшарування сли-

зово-надкісткового клаптя, антисептичну обробку кісткової тканини. В ділянці альвеолярного відростку пілотним тригранним свердлом виконують препарування каналу, в який вставляють діагностичний відбитковий штифт, виконують відбиток із силіконового матеріалу, індивідуально виготовленою відбитковою ложкою для скелетованої щелепи, власної конструкції, після застигання відбиткового матеріалу відбиток знімають разом із штифтом, заливають супергіпсом і виконують робочу модель, на штифт надівають з'єднувальну шайбу з ретенційною борозною і з'єднують восковими з'єднувальними опорними плечами підкісного елемента, свердління кістки для фіксації ендосальсно-субперіостального імплантату виконують через з'єднувальну шайбу, субперіостальний елемент фіксують на альвеолярному відростку шляхом вкручування та фіксації опірною внутрішньокісткового елемента в кістку через з'єднувальну шайбу з наступним ушиванням клаптя.

Приклад

Хворий Л., 45 років, звернувся зі скаргами на погану фіксацію знімного протеза на нижній щелепі.

Об'єктивно: повна адентія та атрофія альвеолярного паростка, включаючи базальну зону тіла щелепи. Слизова оболонка атрофована, витончена. На верхній щелепі - повний знімний протез.

Діагноз: Беззуба нижня щелепа, II тип за Келером. Втрата жувальної ефективності за Агаповим 100%.

На основі анамнезу та клініко-рентгенологічних даних, для відновлення цілісності зубних рядів, пацієнту було запропоновано виготовлення косметичних ортопедичних конструкцій з сучасними фізико-механічними елементами із застосуванням запропонованого способу імплантації стоматологічного ендосальсно-субперіостального імплантату, який виконує функцію штучних коренів і забезпечить абсолютну стабільність ортопедичної конструкції, що на них спирається. Після виконання місцевої провідникової та інфільтраційної анестезії, був виконаний розтин слизово-надкісткових тканин вздовж альвеолярного гребеня, широке відшарування слизово-надкісткового клаптя та антисептична обробка кісткової тканини. В ділянці альвеолярного відростку пілотним тригранним свердлом виконано препарування каналу, в який був вставлений діагностичний відбитковий штифт.

Після вставлення діагностичного штифта був зроблений відбиток із силіконового матеріалу, індивідуально виготовленою відбитковою ложкою для скелетованої щелепи, власної конструкції, яка містить відтисну поверхню з бортами, перфоровані отвори для ретенції відбиткового матеріалу та ниші для розміщення в середині відбиткової ложки природних зубів. Після застигання відбиткового матеріалу відбиток знімали разом із штифтом, заливали супергіпсом і виготовляли робочу модель, на штифт наділи з'єднувальну шайбу з ретенційною борозною і з'єднали з восковими з'єднувальними опорними плечами підкісного елемента, свердління кістки для фіксації ендосальсно-субперіостального імплантату виконували

через з'єднувальну шайбу, субперіостальний елемент фіксували на альвеолярному відростку шляхом вкручування та фіксації опірною внутрішньокісткового елемента в метку через з'єднувальну шайбу з наступним ушиванням клаптя. Через два тижня після імплантації був проведений ортопедичний етап лікування адентії при якому було проведення зняття відбитків, виготовлення та фіксацію ортопедичної конструкції.

З використанням запропонованого способу імплантації стоматологічного ендосально-

субперіостального імплантату було проведено відновлення цілісності зубних рядів 12 пацієнтів з різними видами адентії. Спостереження за ними, протягом двох років, дає підставу зробити висновок, що використання запропонованого способу дозволяє досягти мінімального травмування навколишніх тканин, забезпечує високий ступінь стабілізації імплантату на альвеолярному відростку та кращу якість життя пацієнта.