



(12) **Описание изобретения**
К ПАТЕНТУ

1

2

(21) 01000730

(22) 14.11.2001

(46) Бюл.№4 (32) 2003

(72) Гюнтер В.Э. (RU); Сысолятин П.Г. (RU); Дадабаев Т.Д. (TJ); Шакиров М.М. (TJ)

(71)(73) Шакиров М.Н. (TJ)

(56) 1. Реферат из автоматизированной базы данных MEDLINE: MARX R.E. et al. A comparison of particulate allogenic and particulate autogenous bone grafts into maxillary alveolar clefts in dogs. J. Oral. Maxillofac. Surg. 1984 Jan; 42(1):3-9.

2. RU 2145819 C1 (ТРОФИМОВ ВИКТОР ВЕНЕДИКТОВИЧ И ДР.), 27.02.2000 - реферат.

3. Реферат из автоматизированной базы данных MEDLINE: Sivarajasingam V. et al. Secondary bone grafting of alveolar clefts: a densitometric comparison of iliac crest and tibial bone grafts. Cleft Palate Craniofac J. 2001 Jan; 38(1):1 1-4.

(54) СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЛОКОМ АУТООСТЕОГЕННОЙ ТКАНИ С ИМПЛАНТАНТОМ

(57) Способ устранения дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти предполагает пересадку

алло-аутогенных материалов в костную расщелину, в результате чего достигается улучшение эстетического и функционального результата лечения больных с расщелинами альвеолярного отростка.

Этой проблеме посвящены многочисленные труды, однако ряд недостатков, к которым относятся резорбция, элиминация материалов и т.д. не позволяют получать желаемый результат.

Нами разработан способ, который лишен указанных выше недостатков и предусматривает пересадку в область дефекта блока аутоостеогенной ткани с дентальным имплантатом, выращенном в крыле подвздошной кости пациента и таким образом восстановить утраченную функцию альвеолярного отростка в полном объеме.

Клинические наблюдения, рентгенологический контроль 11 пациентов в течении 3 лет свидетельствует о преимуществе и перспективности способа. Во всех случаях был получен удовлетворительный результат.

Способ доступен, малотравматичен и экономически выгоден.

Изобретение относится к медицине, а именно, к хирургической стоматологии и может применяться в реконструктивной хирургии.

Основной функцией альвеолярного отростка верхней челюсти, как и нижней, является “удержание” в своих лунках зубов, которые участвуют в откусывании и пережевывании пищи. Обладая различной, глубоко индивидуализированной формой, альвеолярный отросток вместе с другими костями лица принимает непосредственное участие в формировании прикуса и эстетического оформления лица.

Потеря зубов, убыль или отсутствие костной ткани альвеолярного отростка, как это наблюдается у больных с расщелинами альвеолярного отростка, приводят к нарушениям указанных выше функций.

В этой связи проблема восстановления дефекта альвеолярного отростка в полном его объеме, учитывая оптимальное эстетическое и функциональные результаты являются весьма актуальной.

Известен способ устранения дефекта альвеолярного отростка при проведении уранопластики, как и в предлагаемом нами способе, путем пересадки костно-хрящевого аутоотрансплантата у больных с врожденными расщелинами неба путем изъятия участка VII-IX ребер.

Однако тонкая реберная структура кости далеко не идентична с реципиентным участком и поэтому не позволяет произвести установку в него имплантатов, следовательно предусматривает восстановления только эстетической стороны, а функциональная остается нерешенной, к тому же реберно-хрящевой аутоотрансплантат зачастую подвержен резорбции или элиминации, что делает его малоэффективным.

Наиболее близким по структуре альвеолярного отростка является аутогенная кость, взятая в области крыла подвздошной кости и как в предлагаемом нами способе пересаженная в область дефекта.

Способ эффективен в плане устранения эстетического недостатка и предусматривает восстановление только анатомической структуры. Его недостатком является травматичность вмешательства и подверженность к резорбции, при котором деформация может расширить свои границы.

Известны способы замещения дефекта альвеолярного отростка аллогенной костью, эмбриональным и лиофилизированным аллотрансплантатом.

В настоящее время в практической реконструктивной хирургии из-за многих недостатков, в основном из-за резорбции и элиминации пересаживаемых материалов, они признаны как малоэффективные и представляют лишь исторический интерес.

Наиболее близким техническим решением, избранным в качестве прототипа является способ устранения дефекта альвеолярного отростка путем пересадки аутоостеогенной кости, выращенной в полых трубках никелид-титана в толще гребня подвздошной кости. При этом извлеченную через 6 недель после порастания трубки молодую костную

ткань, морфологически напоминающую хрящ, переносят в область дефекта. Для этого выкраивают слизисто-надкостичный лоскут в предверие полости рта и со стороны переднего отдела твердого неба, освежают края расщелины альвеолярного отростка. Затем костный дефект заполняют остеогенной тканью, моделируя нижний край грушевидного отверстия и форму альвеолярного отростка. Рану со стороны рта ушивают наглухо без натяжения.

Восстанавливая только костную структуру в области дефекта, способ позволяет улучшить эстетическую сторону, так как пересаженная кость без зубов не может участвовать в процессе откусывания и пережевывания пищи, следовательно не несет функциональных нагрузок.

Нами разработан способ устранения дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти (фиг.1) с использованием совместного блока остеогенной ткани, содержащего дентальный имплантат, который лишен указанных выше недостатков и позволяет восстановить функцию альвеолярного отростка в полном объеме.

Сущность способа заключается в следующем: через 8 недель после установки двух полых трубок из никелида-титана, содержащих дентальный имплантат, в крыло подвздошной кости для прорастания его молодой костной тканью, разрезом по ходу старого рубца обнажают блок. Далее производят его извлечение вместе с внутренней трубкой и дентальным имплантатом (фиг.2) и погружают в сосуд с физиологическим раствором. При этом рану ушивают наглухо.

Вторым этапом производят разрез в предверие полости рта и переднего отдела неба, позволяющий обнажать область дефекта. Отслаивают и мобилизуют слизисто-надкостичный лоскут, удаляют ретинированные и дистопированные зубы прилегающие к дефекту. Дискковой пилой освежают костные края путем спиливания кортикальной пластинки и блок аутоостеогенной ткани с имплантатом помещают в подготовленное ложе, корректируя его по ширине, толщине и высоте (фиг. 3). По необходимости блок фиксируют минискобами с эффектом памяти формы, а рану ушивают наглухо.

Достижимость технического результата подтверждена конкретным примером в центре стоматологии и эстетической хирургии г. Худжанда.

Больной Т., 18 лет (история болезни № 63) поступил с диагнозом врожденная полная сквозная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба слева. Ретенция и дистопия

$\frac{1}{1} \mid \frac{1}{1}$ (фиг.4).

Состояния после хейло-уранопластики.

15.02.2000г.. больному выполнена операция посадки двух полых трубок из пористого никелидо-титана с цилиндрическим имплантатом в крыло подвздошной кости справа.

Под местным инфильтрационным обезболиванием раствором новокаина 0,5%-80,0 по наиболее выступающей части бугра крыла подвздошной кости произведен разрез кожи длиной 3-4 см. Послойно обнажено крыло и в губчатой части соответствующим трепаном под охлаждением с формирована лунка, где установлены две полые трубки из пористой пластины толщиной 0,3-0,4мм одинаковой длины, отличающиеся в диаметре на 1 мм, находящихся одна в другой с установкой в центре внутренней трубки цилиндрического дентального имплантата. Рана ушита послойно, наглухо.

Спустя 10 недель произведена рентгенография области посадки, где отмечено прорастание блока костной тканью. После этого начат второй этап операции, заключающийся в изъятии блока остеогенной ткани с дентальным имплантатом и его установка в области дефекта.

Для этого 06.05.2000г. под эндотрахеальным наркозом произведен разрез кожи по ходу старого рубца с иссечением последнего, изъятие проросшей внутренней трубки с дентальным имплантатом и погружением его в сосуд с физраствором. Рана ушита наглухо.

Следующим этапом произведен разрез слизистой до кости по краям костной расщелины альвеолярного отростка. Слизисто-надкостничный лоскут

отслоен от кости со всех сторон, сверху до входа в носовой ход. Удалены дистопированные ретинированные  зубы, дисковой пилой под охлаждением снята кортикальная пластинка и после тщательного гемостаза блок аутоостеогенной ткани с имплантатом установлен в подготовленное ложе дефекта так, чтобы нижний край блока с имплантатом находился на уровне альвеолярного гребня здоровой зоны, а фиксация произведена минискобами с эффектом памяти формы. Рана ушита наглухо, дефект устранен.

Спустя 9 месяцев, 10.03.2001г., проведена контрольная рентгенография области операции; убедившись в остеосинтезированном состоянии блока с имплантатом (фиг. 5), под местным инфильтрационным обезболиванием раствором новокаина 0,5% 2,0 плоскостным циркулярным ножом проведено иссечение слизистой над имплантатом, удаление втулки и вкручивание его головки.

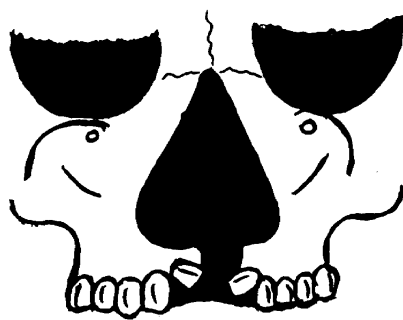
Пациенту изготовлен протез с использованием имплантата.

Наблюдения в течении 3-х лет свидетельствует о полной состоятельности способа. Положение блока и имплантата хорошее. Эстетический вид удовлетворительный.

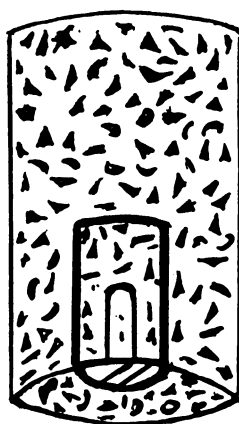
ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ устранения дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти блоком аутоостеогенной ткани с имплантантом, включающий пересадку алло-и аутогенных материалов в костную расщели-

ну, *отличающийся* тем, что замещение дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти проводят блоком аутоостеогенной ткани с дентальным имплантантом.



Фиг.1



Фиг. 2



Фиг.3



Фиг. 4



Фиг. 5