



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **660**

(51) **МПК(2014)**
A 61 B 17/24

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

2

(21) 1400860

(22) 06.06.2014

(46) Бюл. 101, 2014

(71) Таиров У.Т.(TJ); Кудратов А.Р. (TJ);

Таиров М.У.(TJ).

(72) Таиров У.Т.(TJ); Кудратов А.Р. (TJ);

Таиров М.У.(TJ).

(73) Таиров У.Т.(TJ); Кудратов А.Р. (TJ);

Таиров М.У.(TJ).

**(54) СПОСОБ УВЕЛИЧЕНИЯ ВЫСОТЫ
АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХ-
НЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СОЧЕТАНИИ С
ПОДНЯТИЕМ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТ-
НОЙ ПАЗУХИ/**

(56) 1. Патент РФ № 2397719. Способ синус-
лифтинга при дентальной имплантации.

(57) Изобретение относится к медицине, к
частности к хирургической стоматологии, и и мо-
жет быть использована для увеличения альвеоляр-
ного отростка верхней челюсти с поднятием дна
верхнечелюстной пазухи.

Способ включает разрез по альвеолярному
ребру, отслаивание слизисто-надкостничного

лоскута, возвращение слизисто-надкостничного
лоскута на место и ушивание раны. По данному
способу производят два вертикальных разреза с
вестибулярной и небной сторон и разрез по гребню
альвеолярного отростка верхней челюсти. Аппара-
том Piezosurgery-5 проводят вертикальную остео-
томию альвеолярного отростка верхней челюсти и
двумя горизонтальными разрезами остеотомируют
переднюю стенку верхней челюсти. Далее погру-
жают остеотомированный фрагмент альвеолярного
отростка в верхнечелюстную пазуху ориентиро-
вочно на 3-5-7 мм. В погружаемый участок дефек-
та костной ткани выпибливают аутоотрансплантат из
подвздошной кости или симфиза нижней челюсти
толщиной 6-7 мм высотой 3-5-7 мм длиной на 20
мм. Костный трансплантат обрабатывают, прида-
ют соответствующую форму и образуют два
уступа. Трансплантат помещают в образовавшийся
дефект и фиксируют двумя титановыми винтами.
В помещенный фрагмент альвеолярного отростка
вводят 2-3 соответствующей длины дентальные
имплантаты.

Изобретение относится к медицине, к частности к хирургической стоматологии, и может быть использована для увеличения альвеолярного отростка верхней челюсти с поднятием дна верхнечелюстной пазухи.

Прототипом является способ синус-лифтинга при дентальной имплантации [<http://www.freepatent.ru/patents/2397719>], заключающийся в следующем: разрез проводится по альвеолярному гребню верхней челюсти и под углом по переходной складке до проекции верхушки корня зуба. Отслаивается слизисто-надкостничный лоскут со стороны преддверия полости рта. Рана должна быть широкой, чтобы обеспечить удобный доступ к наружной стенке верхнечелюстной пазухи. Шаровидным бором намечают контур будущего трепанационного отверстия, тем самым плавно и равномерно истончается костная пластинка, пока отчетливо не просвечивается слизистая оболочка пазухи. Осторожно специальным шпателем надламывают остатки истонченной кости по периферии намеченного окна и отслаивают слизистую от кости, начиная с нижнего отдела пазухи. Оставшуюся костную пластинку поэтапно поднимают вверх, тем самым освобождая дно пазухи. Созданную полость заполняют биоматериалом, в качестве которого используют аутоотрансплантат взятый из подвздошной кости или биоматериал «Аллоплант» или их сочетание. Слизисто – надкостничный лоскут возвращают на место, рану ушивают.

Недостатком данного способа является длительный срок образования костной ткани, риск нагноения или отторжения биоматериала «Аллоплант», используемого в виде порошка. Кроме этого, данный способ не позволяет проводить одномоментную имплантацию, поскольку используемый биоматериал не способен сразу обеспечить стабильность устанавливаемых дентальных имплантатов.

Цель заключается в более эффективном увеличении высоты альвеолярного отростка верхней челюсти с поднятием дна верхнечелюстной пазухи и одномоментной имплантацией.

Способ осуществляется следующим образом: под местной анестезией параллельным разрезом по альвеолярному отростку ближе к небной стороне, а также двумя вертикальными разрезами с вестибулярной и небной стороне скелетируют переднюю стенку альвеолярного отростка верхней челюсти (Фиг. 1). Тонким фиссурным бором и аппаратом Piezosurgery-5 (фирмы Mectron, Италия) проводится вертикальная остеотомия альвеолярного отростка верхней челюсти и двумя горизонтальным разрезом остеотомируют переднюю стенку верхней челюсти не повреждая слизистую оболочку дна верхнечелюстной пазухи (Фиг. 2). Затем, специальным инструментом с затупленным концом и молотом погружают остеотомированный фрагмент

альвеолярного отростка в верхнечелюстную пазуху ориентировочно на 3-5-7 мм (Фиг. 3). С учетом сохранившейся высоты и толщины костной ткани в поругаемый участок соответственно размеру образовавшегося дефекта костной ткани выпиляют аутоотрансплантат из подвздошной кости или симфиза нижней челюсти толщиной 6-7 мм, высотой 3-5-7 мм, длиной на 20 мм больше образовавшегося дефекта костной ткани. Затем, костный трансплантат обрабатывают и придают соответствующую форму с тем, чтобы по обе стороны костного трансплантата образовались два уступа, которые предназначены для фиксации костного трансплантата с соответствующим участком верхней челюсти. Трансплантат помещают в образовавшийся дефект альвеолярного отростка верхней челюсти и фиксируют двумя титановыми винтами (Фиг. 4). В завершении в аутоотрансплантат и помещенный фрагмент альвеолярного отростка вводят 2-3 соответствующей длины дентальные имплантаты (Фиг. 5). Рану ушивают узловыми или непрерывными не рассасывающим шовным материалом (Фиг. 6).

Пример №1. Больная В., 42 лет, обратилась с жалобой на отсутствие зубов верхней челюсти слева. Со слов больной, 25, 26, 27 и 28 зубы ранее были лечены, неоднократно пломбировались, но постепенно разрушились и были удалены. Объективно: 25, 26, 27 и 28 зубы отсутствуют, толщина костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти в области отсутствующих 25, 26, 27 и 28 зубов - 4 мм. Диагноз: вторичная адентия, атрофия костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти в области отсутствующих 25, 26, 27 и 28 зубов.

Под инфильтрационной анестезией solutionis Articaini 4%-1,8 мл с адреналином 1:000000 параллельным разрезом по альвеолярному отростку ближе к небной стороне а также двумя вертикальными разрезами с вестибулярной и небных сторон скелетирована передняя стенка альвеолярного отростка верхней челюсти. Аппаратом Piezosurgery-5 проведена вертикальная остеотомия альвеолярного отростка верхней челюсти и двумя горизонтальными разрезами остеотомирована передняя стенка верхней челюсти не повреждая слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи. Специальным инструментом с затупленным концом и молотом остеотомированный фрагмент погружен в верхнечелюстную пазуху на 5 мм. С учетом сохранившейся высоты и толщины взят аутоотрансплантат из подвздошной кости. Костный трансплантат помещен в образовавшийся дефект альвеолярного отростка верхней челюсти и фиксирован двумя титановыми винтами. Установлены 2 винтовых импланта южнокорейской фирмы Dio implant длиной 10 мм, диаметром 3,8 мм. Рана ушита узловыми швами. Через 6 месяца установлены постоянные искусственные коронки на имплантатах.

На контрольной рентгенограмме, выполненной через 6 месяцев после операции, отмечается полная остеоинтеграция имплантатов с костной тканью. Состояние мягких тканей в области имплантатов удовлетворительное. С помощью обзорной рентгенографии (ортопантограммы), выполненной через 1 год, оценена плотность собственной и вновь образованной костной ткани и степень ее интеграции с поверхностью имплантатов.

Пример №2. Больной С., 49 лет, обратился с жалобами на отсутствие группы зубов верхней челюсти справа, от несъемного протезирования категорически отказался. Объективно: на прицельной рентгенограмме - отсутствуют 14, 15, 16, 17 и 18 зубы верхней челюсти, толщина костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти в области отсутствующих зубов менее 3 мм. Диагноз: вторичная адентия, атрофия костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти в области отсутствующих 14, 15, 16, 17 и 18 зубов.

Под инфльтрационным обезболиванием раствором Ultracaini 4% с адреналином 1:100000 произведена операция по заявляемой методике. Установлено 2 дентальных имплантата, через 6 месяцев постоянные коронки. На рентгенограмме, выполненной через 6 месяцев и 1 год после операции,

атрофии костной ткани в области имплантата не определяется.

Следующие положительные стороны способа:

1. Позволяет создать более благоприятные условия для фиксации дентальных имплантатов и выбора желаемой высоты кости, можно сочетать
2. Значительно снижается риск повреждения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.
3. Не происходит выраженного уменьшения объема верхнечелюстной пазухи.
4. Увеличение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках при сохранности зубов и высоты альвеолярного отростка фронтальном отделе обеспечивает лучшие условия протезирования.
5. Нет необходимости в применении остеогенных препаратов.

Таким образом, применение заявленного способа свидетельствует о высокой эффективности, позволяющего в наиболее короткие сроки получить полноценный костный регенерат с нужным объемом и наименьшим количеством послеоперационных осложнений при одномоментной установке дентальных имплантатов, что может служить основанием для широкого внедрения данного способа в практику.

Формула изобретения

Способ увеличения высоты альвеолярного отростка верхней челюсти, включающий разрез по альвеолярному гребню, отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, возвращение слизисто-надкостничного лоскута на место и ушивание раны, **отличающийся тем, что** производят два вертикальных разреза с вестибулярной и небной сторон и разрез по гребню альвеолярного отростка верхней челюсти, аппаратом Piezosurgery-5 проводят вертикальную остеотомию альвеолярного отростка верхней челюсти и двумя горизонтальными разрезами остеотомируют переднюю стенку верхней челюсти, специальным инструментом с затупленным концом и молотом погружают остеотомированный фрагмент альвеолярного отростка в

верхнечелюстную пазуху ориентировочно на 3-5-7 мм, с учетом сохранившейся высоты и толщины костной ткани в погружаемый участок соответственно размеру образовавшегося дефекта костной ткани выпиливают аутотрансплантат из подвздошной кости или симфиза нижней челюсти толщиной 6-7 мм высотой 3-5-7 мм длиной на 20 мм больше образовавшегося дефекта костной ткани, костный трансплантат обрабатывают, придают соответствующую форму и образуют два уступа, трансплантат помещают в образовавшийся дефект и фиксируют двумя титановыми винтами, в помещенный фрагмент альвеолярного отростка вводят 2-3 соответствующей длины дентальные имплантаты.

Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.

Способ увеличения высоты альвеолярного отростка верхней челюсти в сочетании с поднятием дна верхнечелюстной пазухи



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6