



УКРАЇНА

(19) UA (11) 13803 (13) U
(51) МПК
A61P 23/02 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ МАНДИБУЛЯРНОЇ ВНУТРІШНЬОРОТОВОЇ АНЕСТЕЗІЇ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

1

2

(21) u200510227

(22) 31.10.2005

(24) 17.04.2006

(46) 17.04.2006, Бюл. № 4, 2006 р.

(72) Горицька Катерина Вікторівна, Мокрик Олег Ярославович, Горицький Ярослав Вікторович, Уштан Світлана Володимирівна

(73) Горицька Катерина Вікторівна, Мокрик Олег Ярославович, Горицький Ярослав Вікторович, Уш-

тан Світлана Володимирівна

(57) Спосіб мандибулярної внутрішньоротової анестезії у людей похилого та старечого віку, що включає визначення скроневого гребня для місця вколу голки, який **відрізняється** тим, що визначають найбільшу випуклість скроневого гребня для місця вколу голки, а для доставки анестетика до цільового пункту застосовують зовнішньоротово вказівний палець лівої руки.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема хірургічної стоматології, і може використовуватись для знечуження при оперативному втручанні в ділянці нижньої щелепи у людей похилого та старечого віку.

Відомий спосіб анестезії на нижній щелепі у людей похилого та старечого віку [Вайсблат С.Н. Местное обезболивание при операциях на лице, челюстях и зубах. - К.: Госмедиздат УССР, 1962. - 469с.], який полягає у визначенні скроневого гребня для місця вколу голки, що показує проекцію криловидно-щелепного простору і верхнього краю нижньощелепного отвору.

Недоліком цього способу є те, що при просуванні голки шприца травмуються скроневи та медіально-криловидний жувальні м'язи.

В основу корисної моделі поставлено завдання удосконалити спосіб мандибулярної внутрішньоротової анестезії у людей похилого та старечого віку шляхом визначення більш точного місця вколу голки та цільового пункту для ефективного проведення мандибулярної анестезії.

Поставлене завдання досягається тим, що у способі мандибулярної внутрішньоротової анестезії у людей похилого та старечого віку, що включає визначення вискового гребня для місця вколу голки, згідно з корисною моделлю, визначають найбільшу випуклість скроневого гребня для встановлення місця вколу голки, а для доставки анестетика до цільового пункту застосовують зовнішньоротово вказівний палець лівої руки.

Визначення випуклості скроневого гребня для

місця вколу голки і застосування вказівного пальця лівої руки дозволяє уникнути травматизації жувальних м'язів.

Експерименти, що були проведені в анатомічному музеї ЛНМУ ім. Данила Галицького на 12-ти беззубих скелетизованих нижніх щелепах та 5-ти головах трупів людей похилого та старечого віку, дають можливість констатувати, що найбільш оптимальним орієнтиром для місця вколу голки є скроневи гребінь, який в більшості випадків не піддається інволютивним змінам і не залежить від втрати зубів. Його можна легко пропальпувати у ротовій порожнині. Найвипукліша частина скроневого гребня, незалежно від кута щелепи, її ширини та висоти, завжди співпадає з площиною, що проходить через гирло нижньощелепного отвору, і може бути орієнтиром вибору місця вколу голки.

Запропонований спосіб ілюструється зображеннями:

Фіг.1 - зображено місце вколу голки; Фіг.2- зображено цільовий пункт.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Хворий знаходиться в сидячому положенні з широко відкритою порожниною рота. Вказівним пальцем лівої руки пальпують скроневи гребінь, знаходять його найвипуклішу частину, яка розташована в одній горизонтальній площині з ділянкою безпосередньо над входом в нижньощелепний канал. Шприц з анестетиком розташовують на рівні ментального отвору з протилежного боку нижньої щелепи. Відступивши 1,3-1,5см дистальне від краю нігтевої фаланги, проводять вкол голки

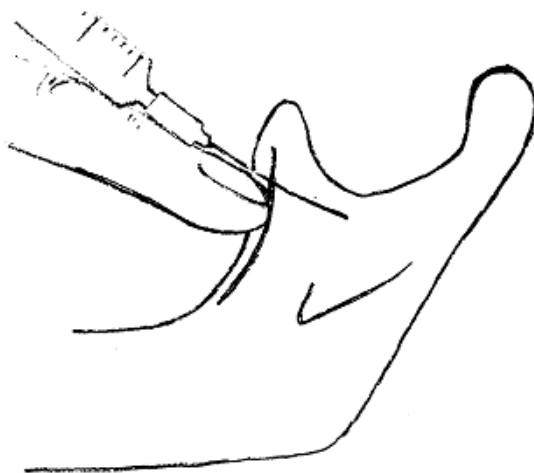
(19) UA (11) 13803 (13) U

(Фіг.1), яку просують до контакту з кісткою. При цьому кінчик голки впирається в задню частину нижньощелепного підвищення - ділянку, вільну від скроневого м'язу.

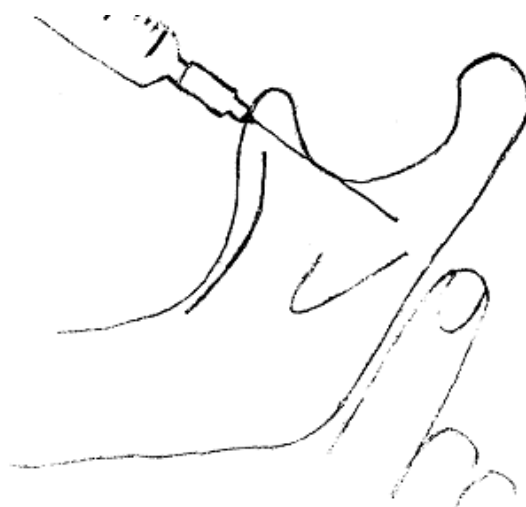
Вказівний палець лівої руки переміщують зовнішньоротово до заднього краю гілки нижньої щелепи і фіксують паралельно гілці. Шприц з анестетиком повертають перпендикулярно до вказаного орієнтиру (перпендикулярно до заднього краю гілки) і додатково просують на 0,5-0,7см (Фіг.2).

Отже, голка шприца потрапляє біля входу в нижньощелепний отвір, де знаходиться борозна нижньощелепного нерва.

Завдяки запропонованому способу мандибулярної внутрішньоротової анестезії досягається повне знечулення гілок нерва, попереджується травматизація жувальних м'язів (медіального крилового та скроневого) та виникнення післяін'єкційного тризму.



Фіг. 1



Фіг. 2