



УКРАЇНА

(19) UA (11) 52818 (13) U
(51) МПК (2009)
A61C 5/02
A61C 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ УСУНЕННЯ ПАРЕСТЕЗІЇ, ЩО ВИНИКЛА ПІСЛЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ НА НИЖНІЙ ЩЕЛПІ

1

(21) u201002733

(22) 11.03.2010

(24) 10.09.2010

(46) 10.09.2010, Бюл.№ 17, 2010 р.

(72) ПЮРИК ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, ПРОЦЬ ГАЛИ-
НА БОГДАНІВНА, МАХЛИНЕЦЬ НАТАЛІЯ ПЕТРІ-
ВНА, ТУРЧИН РОМАН СТАНІСЛАВОВИЧ

(73) ПЮРИК ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, ПРОЦЬ ГАЛИ-
НА БОГДАНІВНА, МАХЛИНЕЦЬ НАТАЛІЯ ПЕТРІ-
ВНА, ТУРЧИН РОМАН СТАНІСЛАВОВИЧ

2

(57) Спосіб усунення парестезії, що виникла після дентальної імплантації на нижній щелепі, що полягає в проведенні лінійної декортикації нижньощелепного каналу, який **відрізняється** тим, що декортикацію проводять шляхом створення по одному трепанаційному отвору по обох сторонах від імплантату та одного отвору біля його основи, що наближена або прилягає до нервового стовбура.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до стоматології, зокрема до способів лікування парестезії, що виникла після дентальної імплантації на нижній щелепі.

На сьогоднішній день відомо багато способів усунення парестезії, що виникла після дентальної імплантації на нижній щелепі. Зокрема Перова М.Д. [Перова М.Д. Осложнения дентальной имплантации, их лечение и профилактика // Стоматолог. - 2002. - № 12. - С.11-15] пропонує комплексне лікування при даній патології: видалення імплантату та симптоматичне лікування. Після проведеного лікування даним способом парестезія зникає через 6-12 міс.

Найбільш близьким за суттю способу, що заявляється є спосіб запропонований Короленко А.М. [Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К., 2004. - С.660-959], який полягає у декортикації нижньощелепного каналу з наступною резекцією судинно-нервового пучка.

Однак, відомі способи усунення парестезії, що виникла після дентальної імплантації на нижній щелепі, характеризуються тривалими термінами лікування парестезії та не дозволяють зберегти імплантат у кістковій тканині [Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К., 2004. - С.660-959].

Тому технічне завдання нашого винаходу полягає у наступному: скоротити терміни лікування парестезії та зберегти імплантат у кістковій тканині.

Суть способу полягає у тому, що декортикацію проводять шляхом створення по одному трепанаційному отвору по обох сторонах від імплантату та одного отвору біля його основи, що наближена або прилягає до нервового стовбура.

Запропонований спосіб виконується наступним чином:

Після місцевої анестезії, обробки операційного поля, проводимо трапецієподібний розріз слизової оболонки в ділянці "причинного" імплантату, відсепаруємо слизово-окісний клапоть, за допомогою твердосплавних борів трепануємо кортикальну пластинку та створюємо декомпресійні отвори, в проекції імплантату по обох сторонах та в проекції основи імплантату, яка наближена або прилягає до нервового стовбура. Декомпресійні отвори промиваємо фізіологічним розчином. Рану ушиваємо кетгутівими вузликівими швами, гемостаз по ходу операції, накладаємо йодоформну пов'язку. (Fig.1).

1 – нижньолуночковий нерв;

2 – декомпресійні отвори;

3 – імплантат;

Таким чином, розроблений спосіб дозволяє скоротити терміни лікування парестезії та зберегти імплантат у кістковій тканині.

Приклад.

Хвора М., 52 роки звернулася в стоматологічне відділення ОКЛ з діагнозом дефект зубного ряду (4 клас за Кенеді).

16.07.09. була проведена операція дентальної імплантації на нижній щелепі, в результаті якої було встановлено 4 ендосальних циліндричних

(19) UA (11) 52818 (13) U

імпланти (діаметром 3,75мм та довжиною 11мм) в ділянці 34,32-42,44. Операція протікала без ускладнень, у пацієнтки супутня соматична патологія відсутня.

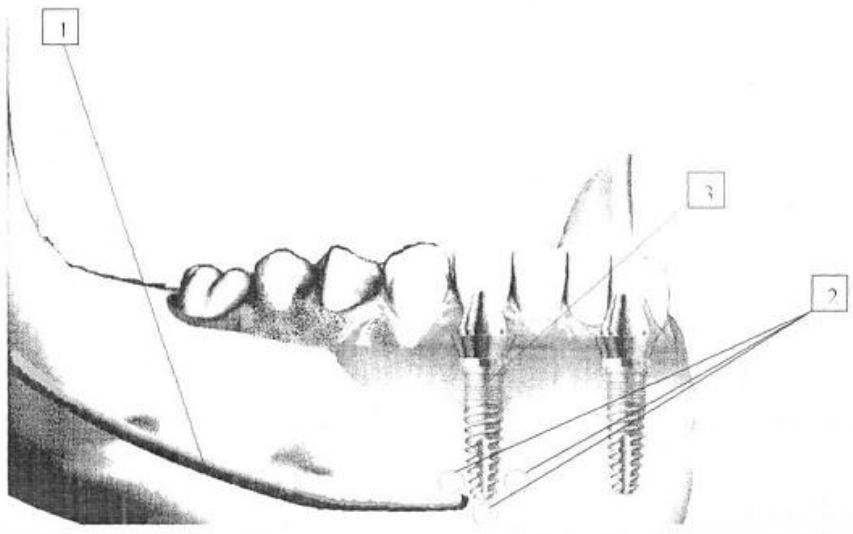
Через тиждень після оперативного втручання, хвора звернулася зі скаргами на оніміння шкіри та відчуття "повзання мурашок" в ділянці підборіддя та правій під щелеповій ділянці. Діагностовано посттравматичну парестезію нижньолуночкового нерва. Проведене традиційне лікування ефекту не дало. Від видалення імплантів хвора відмовилася. Було запропоновано провести декомпресію нижньолуночкового нерва. Хвора дала згоду на проведення оперативного втручання.

Протокол операції № 43 від 24.10.09

Після місцевої анестезії, обробки операційного по трапецієподібний розріз слизової оболонки в

ділянці 41-45 зубів відсепаровано слизово-окісний клапоть, за допомогою твердосплавних борів трепановано кортикальну пластинку та в проекції 44 зуба, де знаходився імплант, створено декомпресійні отвори по обох сторонах та в проекції верхівки імпланта, яка наближена та прилягає до нервового стовбура. Декомпресійні отвори промиті фізіологічним розчином. Рана ушита кетгутівими вузликівими швами, гемостаз по ходу операції, йодоформна пов'язка. Післяопераційний період проходив без ускладнень.

Через 4 тижні симптоми парестезії зникли, повністю відновилася чутливість в підборідковій та підщелеповій ділянці справа. Стабілізація імпланту в кістковій тканині задовільна.



Фіг. 1