



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **56443** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61K 6/02 (2011.01)
A61C 7/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ОРАЛЬНО ДИСТОПОВАНИМИ ЗУБАМИ ФРОНТАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ
ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

1

(21) u201009393

(22) 26.07.2010

(24) 10.01.2011

(46) 10.01.2011, Бюл.№ 1, 2011 р.

(72) ХОМИЧ НАТАЛІЯ МИКОЛАЇВНА, ГОРИЦЬКА
КАТЕРИНА ВІКТОРІВНА, ФЕДЬКО ВАСИЛЬ ВА-
СИЛЬОВИЧ, КОДЛУБОВСЬКИЙ ЮРІЙ ЮРІЙОВИЧ
(73) ХОМИЧ НАТАЛІЯ МИКОЛАЇВНА, ГОРИЦЬКА
КАТЕРИНА ВІКТОРІВНА, ФЕДЬКО ВАСИЛЬ ВА-
СИЛЬОВИЧ, КОДЛУБОВСЬКИЙ ЮРІЙ ЮРІЙОВИЧ

2

(57) Спосіб лікування хворих з орально дистопованими зубами фронтальної ділянки верхньої щелепи, що включає хірургічне втручання та переміщення дистопованого зуба у прикус, який **відрізняється** тим, що дистопований зуб переміщують блоковим методом, фіксують його у прикусі за допомогою гладкої шини-скоби, а кістковий дефект відновлюють остеотропним матеріалом "Гіалуост № 1".

Корисна модель стосується медицини, зокрема, щелепно-лицевої хірургії, і може бути використана при лікуванні дистопованих зубів фронтальної ділянки верхньої щелепи.

У випадках, коли зуб, що прорізався, або зубний фолікул знаходяться у невідповідному для них місці, говорять про зубну дистопію, яка переважно спостерігається у постійному прикусі. Дистоповані зуби можуть прорізуватись у будь-якому відділі порожнини рота, носовій порожнині та у ділянці інфраорбітального краю і орбіти. Найближчим аналогом є спосіб лікування хворих з орально дистопованими зубами фронтальної ділянки верхньої щелепи із застосуванням хірургічного втручання та переміщення дистопованого зуба у прикус за допомогою брекет-системи [П.І. Ткаченко, О.В. Гуржій, С.О. Білоконь, Н.П. Білоконь, Н.М. Лохматова. Адентія, ретенція і дистопія зубів в практиці хірургічної стоматології та ортодонтії // Стоматолог. - 2003. - № 12. - С. 29-31]. Однак лікування тривале (більше року), виснажливе, важке для пацієнта в психологічному плані та дорогівартісне.

В основу корисної моделі поставлено завдання скоротити терміни лікування дистопії постійних зубів фронтальної ділянки верхньої щелепи та покращити репаративні процеси в щелепних кістках.

Поставлене завдання досягається тим, що у способі лікування хворих з орально дистопованими зубами фронтальної ділянки верхньої щелепи, що включає хірургічне втручання та переміщення дистопованого зуба в прикус, згідно з корисною

моделлю, дистопований зуб переміщують блоковим методом, фіксують його у прикусі за допомогою гладкої шини-скоби, а кістковий дефект відновлюють остеотропним матеріалом "Гіалуост № 1".

Запропонований спосіб зменшує післяопераційний період до 21 дня, оскільки репозицію зуба проводять одноетапно - блоковим методом. Для фіксації використовують гладку шину-скобу, яку прикріплюють лігатурою з вестибулярного боку, що є зручнішим для пацієнта, ніж застосування брекет-системи, оскільки скорочуються терміни лікування. Для пришвидшення репарації кістки використовують "Гіалуост № 1" [ООО "НКФ Омега-Дент", Москва, РФ], який розроблений на основі аморфного нанодисперсного гідроксиапатиту кальцію в гіалуриновій матриці та є найбільш сумісний з організмом людини серед інших сучасних остеотропних матеріалів.

Запропонована корисна модель ілюструється фотографіями, де відображено одноетапне блокове переміщення дистопованого зуба. На Фіг. 1 відображено модель верхньої щелепи пацієнта з дистопованим іклом справа, де 1 - дистопований зуб, 2 - межі блокового кісткового конгломерату. На Фіг. 2 відображено модель верхньої щелепи пацієнта після операції з дистопованим зубом 1, переміщеним у прикус. На Фіг. 3 відображено результат лікування дистопованого зуба 1 через рік після хірургічного втручання.

Спосіб лікування хворих з орально дистопованими зубами фронтальної ділянки верхньої щелепи здійснюють так.

(13) **U**

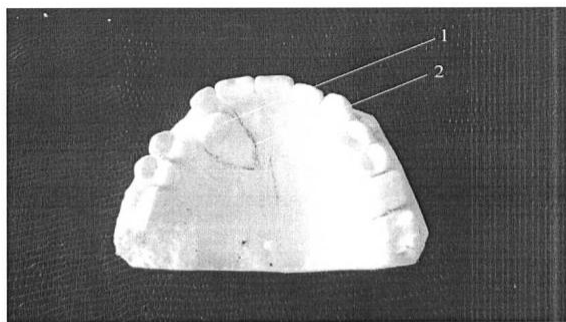
(11) **56443**

(19) **UA**

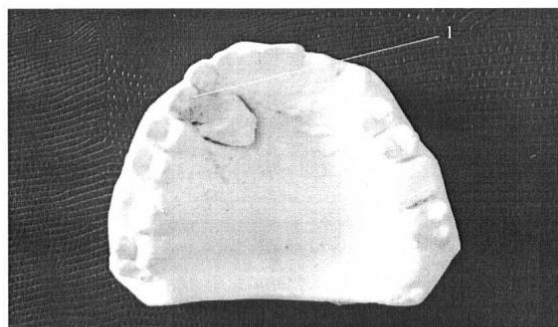
У пацієнта в ділянці дистопованого зуба 1 проводять розріз на піднебінні (Фіг. 1), відшаровують слизово-окісний клапоть. Распатором скелетизують альвеолярний паросток і, частково, піднебіння, після чого хірургічним диском-пилою та щипцями отримують блоковий кістковий конгломерат 2 з дистопованим зубом 1, який переміщують в попередньо підготовлене ложе зубного ряду, як зображено на Фіг. 2. Зуб фіксують гладкою шиною-скобою та заміщують дефект необхідною кількістю остеотропного матеріалу "Гіалуост № 1".

Клінічний приклад. Пацієнтка К., 17 років, звернулася зі скаргами на естетичний дефект в ділянці 13 зуба. У пацієнтки в ділянці дистопованого

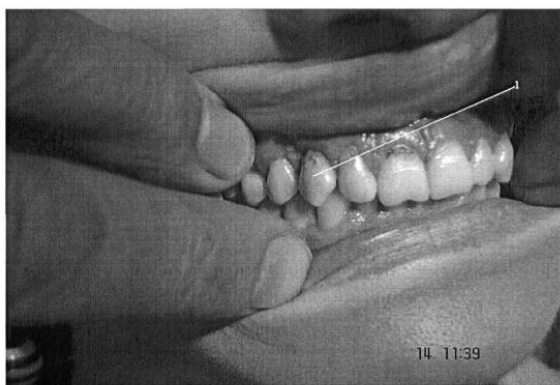
зуба провели розріз на піднебінні (Фіг. 1), відшарували слизово-окісний клапоть. Распатором скелетизували альвеолярний паросток і, частково, піднебіння, після чого з максимальною обережністю хірургічним диском-пилою та щипцями отримали блоковий кістковий конгломерат 2 з дистопованим зубом 1, який перемістили в попередньо підготовлене ложе зубного ряду (Фіг. 2). Зуб зафіксували гладкою шиною-скобою та замістили дефект необхідною кількістю (приблизно 0,5 г) остеотропного матеріалу "Гіалуост № 1". На Фіг. 3 відображено результат лікування дистопованого зуба 1 через рік після хірургічного втручання.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3