



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **67009** (13) **U**
(51) МПК
A61C 7/20 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ АДГЕЗИВНОГО ШИНУВАННЯ З МІЖЩЕЛЕПНИМ ЗВ'ЯЗУВАННЯМ

1

2

(21) u201108975

(22) 18.07.2011

(24) 25.01.2012

(46) 25.01.2012, Бюл.№ 2, 2012 р.

(72) МУЗИЧИНА ГАННА АЛИМІВНА, ЗОЛОТАРЕНКО ЄВГЕН ОЛЕГОВИЧ, ЗОЛОТАРЕНКО ІГОР ОЛЕГОВИЧ, ВОРОЖКО ГАННА ОЛЕКСАНДРІВНА
(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб адгезивного шинування з міжщелепним зв'язуванням, що включає фіксацію до вестибулярних поверхонь шести фронтальних зубів верхньої і нижньої щелеп дровових шин, репозицію уламків щелепи й міжщелепне зв'язування, який **відрізняється** тим, що як шини використовують плетену ортодонтичну дугу, а як матеріал для її фіксації фотокомпозитний матеріал, а міжщелепне зв'язування виконують сталевую ортодонтичною лігатурою 0,2-0,3 мм.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургічної стоматології, і може бути використана у лікуванні переломів нижньої щелепи у дітей молодшого віку.

Відомий спосіб іммобілізації за допомогою шин із зачіпними петлями, узятий за найближчий аналог (1). При цьому способі дровову шину виготовляють на верхню та нижню щелепи. На кожній шині згинають 5-6 зачіпних петель. Розташовують петлі в ділянці присутніх зубів під кутом 35-40° до осі зуба, на відстані 10-15 мм одна від одної, розмір зачіпних петель 3,5-4,0 мм. На шині, що фіксується на нижній щелепі, петлі згинають донизу, на верхній - догори. Шини фіксують до зубів дрововими лігатурами, на зачіпні петлі надягають гумові кільця діаметром близько 8 мм.

Але даний спосіб має недоліки, тому що в період тимчасового прикусу є складним у виконанні, не забезпечує надійної фіксації шини до зубів через особливості анатомічної будови тимчасових зубів (низьке розташування екватора зуба, трапецієподібна форма коронки й малий розмір зубів) і особливості положення тимчасових зубів у зубній дузі (наявність трем, відсутність щільних міжзубних контактів, фізіологічна рухливість або відсутність деяких зубів), а також викликає травму пародонта при її фіксації до зубів сталевую лігатурою.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалення способу іммобілізації при переломах нижньої щелепи в період тимчасового прикусу шляхом застосування способу адгезивного шинування з міжщелепним зв'язуванням, у якому за-

безпечується надійна фіксація шини до зубів і відсутня травматизація пародонта при її накладанні.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі, що включає фіксацію до вестибулярних поверхонь шести фронтальних зубів верхньої і нижньої щелеп дровових шин, репозицію уламків щелепи й міжщелепне зв'язування, згідно з корисною моделлю, відмінним є те, що як шину використовують плетену ортодонтичну дугу, а як матеріал для її фіксації - фотокомпозитний матеріал, міжщелепне зв'язування виконують сталевую ортодонтичною лігатурою 0,2-0,3 мм.

Спосіб здійснюється таким чином: на вестибулярній поверхні кожного із шести фронтальних зубів верхньої і нижньої щелеп послідовно фіксують сталеву плетену ортодонтичну дугу за допомогою рідкотекучого фотокомпозитного матеріалу, попередньо виконують адгезивну підготовку зубів, проводять репозицію уламків щелепи й міжщелепне зв'язування в місцях вільних ділянок дуги за допомогою сталеві ортодонтичної лігатури 0,2-0,3 мм. Така товщина лігатури необхідна для її легкого розрізання/розриву у випадку екстреної необхідності зняття шини.

Наводимо конкретний приклад здійснення способу: у Щелепно-лицьове відділення № 2 (для дітей) ЦМКЛ № 1 м. Донецька на стаціонарне лікування був прийнятий пацієнт К. 2,2 р. з діагнозом відкритий правобічний перелом тіла нижньої щелепи із зсувом. Для іммобілізації щелеп нами була виконана послідовна адгезивна підготовка кожного із шести фронтальних зубів верхньої і нижньої щелеп і фіксація на їх вестибулярній поверхні ста-

(19) **UA** (11) **67009** (13) **U**

левої плетеної ортодонтичної дуги за допомогою рідкотекучого фотокомпозитного матеріалу, потім виконана репозиція уламків щелепи й міжщелепне зв'язування в місцях вільних ділянок дуги сталеву ортодонтичною лігатурою 0,3 мм. Призначена відповідна медикаментозна терапія, дані рекомендації стосовно гігієни порожнини рота й харчування, після зняття шини дитині був проведений курс ремінералізуючої терапії гелем Tooth Mousse.

Процес накладення шини пройшов без ускладнень. Шина надійно утримувала щелепи в зімкнутому положенні. На 21-у добу шина була знята. Якість шинування оцінювали за наступними критеріями: надійність іммобілізації щелеп, строк фіксації шини, комфорт і можливість повноцінного харчування пацієнта в період після шинування, якість консолідації уламків по закінченні лікування, відсутність функціональних порушень і порушення прикусу, стан зубів і пародонта після шинування.

За результатами контрольного огляду і контрольної рентгенографії було встановлено, що у пацієнта відбулася повноцінна консолідація уламків в області перелому, прикус і функції не були

порушені, зуби й пародонт без патологічних змін, з боку дитини та батьків скарг на дискомфорт і неможливість повноцінного харчування не було.

Перевагами заявленого способу є: можливість його застосування в період тимчасового прикусу за рахунок надійної фіксації шини до зубів через використання для фіксації фотокомпозитного матеріалу, атравматичність методу за рахунок виконання неінвазивних маніпуляцій, що виключають травму зубів і пародонта. Спосіб забезпечує надійну фіксацію щелеп у зімкнутому положенні строком, достатнім для консолідації уламків, є комфортним для пацієнта і не перешкоджає нормальному харчуванню дитини.

Адгезивна техніка та використання тонких і еластичних дротових матеріалів забезпечують достатню силу фіксації і в той же час легке видалення шини по закінченні строку іммобілізації або у випадку екстреної необхідності.

Джерела інформації:

1. Справочник по травматологии и ортопедии. Патологические переломы. Детская ортопедия. - 2008.