



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **15830** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС****ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ НЕВРОПАТІЙ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА КІСТКОВІЙ ТКАНИНІ ЩЕЛЕП**

1

2

(21) u200600811

(22) 30.01.2006

(24) 17.07.2006

(46) 17.07.2006, Бюл. № 7, 2006 р.

(72) Пюрик Василь Петрович, Проць Галина Богданівна, Ничипорчук Григорій Петрович

(73) Пюрик Василь Петрович, Проць Галина Богданівна, Ничипорчук Григорій Петрович

(57) Спосіб лікування післяопераційних невропатій при оперативних втручаннях на кістковій тканині

щелеп, що полягає у використанні препаратів стандартної терапії у післяопераційному періоді після оперативних втручань на щелепових кістках, який **відрізняється** тим, що до стандартного медикаментозного лікування додається антиоксидантний препарат α - ϵ -ірідоїди кислоти берлітійон шляхом послідовного парентерального та перорального введення.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до стоматології і може бути використана при лікуванні ускладнень після оперативних втручань на кістковій тканині щелеп, таких як цистектомія, секвестрэктомія, екстракції зубів, видалення доброякісних новоутворів щелеп, остеосинтез щелепових кісток, існує небезпека травматизації периферичних гілок п. trigeminus, які проходять в кістковій тканині щелеп. Це обумовлено як анатомо-топографічними особливостями будови цих нервів, так і характером патологічних процесів, по причині яких проводяться вищеперераховані оперативні втручання. Травматизація периферичних гілок п. trigeminus є причиною розвитку стійких післяопераційних невропатій (1, 7, 9). Згідно даних досліджень різних авторів (5, 6, 3, 1) цистектомія є основним оперативним методом сучасного хірургічного лікування одонтогенних кіст щелепових кісток, які становлять 37,2% серед патології щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД). Недоліком цистектомії є травматичність оперативного втручання, внаслідок чого, при видаленні одонтогенних кіст, особливо великих розмірів, існує небезпека травматичного пошкодження периферичних гілок трійчатого нерва зокрема - наприклад на нижній щелепі, існує загроза оголення та травматизації п. alveolaris inferior з наступним виникненням тривалої невропатії даного нерва (1).

Під час проведення оперативних втручань на кістковій тканині щелеп, таких як цистектомія, секвестрэктомія, екстракції зубів, видалення доброякісних новоутворів щелеп, остеосинтез щелепових кісток, існує небезпека травматизації периферичних гілок п. trigeminus, які проходять в кістковій тканині щелеп. Це обумовлено як анатомо-топографічними особливостями будови цих нервів, так і характером патологічних процесів, по причині яких проводяться вищеперераховані оперативні втручання. Травматизація периферичних гілок п. trigeminus є причиною розвитку стійких післяопераційних невропатій (1, 7, 9). Згідно даних досліджень різних авторів (5, 6, 3, 1) цистектомія є основним оперативним методом сучасного хірургічного лікування одонтогенних кіст щелепових кісток, які становлять 37,2% серед патології щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД). Недоліком цистектомії є травматичність оперативного втручання, внаслідок чого, при видаленні одонтогенних кіст, особливо великих розмірів, існує небезпека травматичного пошкодження периферичних гілок трійчатого нерва зокрема - наприклад на нижній щелепі, існує загроза оголення та травматизації п. alveolaris inferior з наступним виникненням тривалої невропатії даного нерва (1).

Відомий спосіб лікування післяопераційних невропатій, що виникли внаслідок оперативних втручань на кістковій тканині щелеп, складається з призначення:

Протизапальних, знеболюючих засобів - ацетилсаліцилова кислота по 0,25-0,5 три рази на добу; кверсалін по 1-3 таблетки 3-4 рази на добу на протязі 1-3 місяців; анальгін по 0,5г 2-3 рази на добу всередину або 1-2мл 50% розчину 2-3 рази на добу внутрішньом'язево; бутадіон по 0,5г 4-6 разів на добу.

Транквілізаторів - мепротан по 0,4г 2-3 рази на день; діазепам по 0,005г 2-3 рази на день.

Нейролептиків - етапіразин по 0,004г 2-3 рази на день.

Антигістамінних препаратів - димедрол по 0,05г 2 рази на день.

Вітамінних препаратів - вітамінів групи В: В₁₂ по 500мкг 1 мл щоденно внутрішньом'язево (10 ін'єкцій), вітамін В₁ по 2мл 5% розчину внутрішньом'язево 15-20 ін'єкцій; аскорбінової кислоти по 0,1г 3 рази на день.

Загальноукріплюючих засобів - екстракту алое по 1 мл внутрішньом'язево 30 днів; АТФ по 1мл внутрішньом'язево 30 днів.

Фізіотерапії: УФО, електрофорезу з новокаїном та вітаміном В₁.

Спазмолітичних засобів: дібазолу по 0,25г 1 раз на день 30 днів; прозерин 0,05% 1мл 0,05% розчину підшкірне щоденно 25-30 днів (7, 9, 10).

Недоліками існуючого способу лікування є необхідність використання декількох медикаментозних середників різних хімічних груп, що має негативний гепатотоксичний вплив (8). Використання нейролептиків та транквілізаторів призводить до гальмування психомоторних реакцій, що унеможливує виконання робіт пацієнтами які вимагають підвищеної уваги (наприклад-керування автомобі-

(13) **U**(11) **15830**(19) **UA**

лем і ін). Спосіб вимагає тривалих термінів лікування (3-6 міс).

Даний спосіб лікування не передбачає використання ефективних антиоксидантних препаратів. Використання аскорбінової кислоти як природного антиоксиданту не забезпечує адекватного впливу на порушені внаслідок травми, процеси перекисного окислення ліпідів та нейтралізації вільних радикалів (2).

Недоліки прототипу є зазначені вище.

Технічне завдання лікування післяопераційних невротатій при оперативних втручаннях на кістковій тканині щелеп - створити новий спосіб, що забезпечить підвищення ефективності лікування, зниження гепатотоксичного впливу лікарських препаратів за рахунок зменшення кількості медикаментозних середників та їх доз, необхідних на курс лікування, скорочення термінів лікування.

Поставлене технічне завдання вирішується способом, який включає в себе медикаментозні середники стандартної терапії у поєднанні з препаратом α -ліпоевої кислоти "берлітін", що застосовується шляхом послідовного парентерального і перорального введення, та передбачає новий спосіб лікування післяопераційних невротатій. Ефективність запропонованого способу лікування забезпечується за рахунок широти спектру фармакологічної активності α -ліпоевої кислоти "берлітін", що полягає у регуляції основних видів обміну, антиоксидантній активності, підвищенні стійкості клітин до гіпоксії, покращенні ендоневрального кровоплину, збільшенні швидкості проведення імпульсу по нервовому волокну шляхом інгібування активності NO-синтази, імуностимулюючій, спазмолітичній, жовчогінній, детоксикаційній та центральній дії, відновленні чутливості, зменшенні болю та парестезій (4). Використання запропонованого способу є особливо актуальним при лікуванні пацієнтів з супутньою патологією - захворюванням печінки, нирок, енцефалопатії, цукровий діабет, судинні захворювання кінцівок, оскільки за літературними даними берлітін з успіхом використовується у різних галузях медицини для лікування вищевказаної патології. Застосування берлітону дозволило зменшити дозування та кількість медикаментозних середників стандартної терапії (2, 4, 8).

Спосіб здійснюється таким чином:

Для лікування післяопераційних невротатій здійснюється шляхом призначення внутрішньовенного одноразового введення 600мг препарату на добу в 200-250мл ізотонічного розчину хлориду натрію впродовж 2-3 тижнів з подальшим продовженням вживання препарату в таблетованій формі в дозі 300-600мг на добу впродовж 1,5-2 міс. Тривалість курсу лікування залежить від вираженості клінічної картини захворювання. Застосування медикаментозних середників стандартного методу лікування призначалося за схемою:

Протизапальних, знеболюючих засобів - ацетилсаліцилова кислота по 0,25 три рази на добу; анальгін по 0,5г 2 рази на добу всередину або 1-2мл 50% розчину 2 рази на добу внутрішньом'язево. Антигістамінних препаратів - димедрол по 0,05г 1 раз на день.

Вітамінних препаратів - вітамінів групи В: В₁₂

по 500мкг 1мл щоденно внутрішньом'язево (10 ін'єкцій), вітамін В₁ по 2мл 5% розчину внутрішньом'язево 15 ін'єкцій; аскорбінової кислоти по 0,1г 3 рази на день.

Загальноукріплюючих засобів - екстракту алое по 1мл внутрішньом'язево 25 днів; Фізіотерапії: УФО, електрофорезу з новокаїном та вітаміном В₁ №10.

Спазмолітичних засобів: дібазолу по 0,25г 1 раз на день 30 днів. Таким чином, застосування берлітону, завдяки фармакологічним властивостям цього препарату дозволило зменшити кількість препаратів стандартної терапії.

Приклади конкретного виконання.

Приклад 1. Хвора І.Г.Б. 34 р., історія хвороби №905604 звернулася в клініку відділу хірургічної стоматології обласної клінічної лікарні 4.05.2003 року. Діагноз: післяопераційна невротатія ті. *alveolaris inferior* справа. Діагноз встановлено на основі:

1. Клініко-анамнестичних даних - скарги на ниючий біль, парестезію в ділянці нижньої туби, підборіддя, зниження всіх видів чутливості в зубах нижньої щелепи справа. Тиждень тому назад хворій було проведено цистектомію з приводу радикулярної кісти тіла нижньої щелепи справа. Після операції у хворої з'явилися вищезгадані симптоми.

2. Даних об'єктивного обстеження: обличчя пропорційне. При зовнішньому огляді змін на лиці не спостерігається. Регіонарні лімфовузли не збільшені. Рот відкривається вільно. Шкіра нижньої губи в кольорі не змінена, на тактильні, температурні подразники не реагує. При проведенні електроодонтометрії зубів правої половини щелепи, спостерігається зниження електророзбудливості пульпи зубів ураженої сторони.

3. Даних рентгенологічного обстеження: на позаротовій рентгенограмі нижньої щелепи в боковій проекції справа, в ділянці тіла щелепи спостерігається вогнище деструкції кісткової тканини округлої форми, розміром 2смх1,5см. Границі дефекту нечіткі, дещо розмиті.

7.04.2003 року хвору госпіталізовано у відділ хірургічної стоматології ОКЛ з діагнозом: післяопераційна невротатія п. *alveolaris inferior* справа. Хворій призначено 600мг берлітону в 250мл ізотонічного розчину хлориду натрію один раз на день терміном на тиждень. Вже після перших трьох прийомів берлітону, у хворої значно зменшилася інтенсивність ниючого болю в ділянці нижньої щелепи справа. По закінченні курсу парентерального прийому препарату (7 днів), у хворої було повністю ліквідовано больові відчуття в ділянках нижньої щелепи, підборіддя та нижньої губи справа, зменшилося відчуття парестезії нижньої губи та підборіддя. 14.04. 2003 року хвору з покращенням було виписано на амбулаторне долікування за місцем проживання, та призначено берлітін один раз на день 600мг в таблетованій формі шляхом перорального застосування протягом одного місяця. Хворій було призначено контрольний огляд через 30 днів після початку лікування. При повторному огляді хворої через 30 днів після початку перорального прийому скарги відсутні, порушення чутливості тканин у зоні іннервації п. *alveolaris inferior* dekster не виявлено, дані елек-

троодонтометричного дослідження зубів відповідної половини нижньої щелепи в нормі. Хвору з одужанням відправлено додому.

Приклад 2. Хвора М.О.М., 37 років, історія хвороби № 998204. Звернулася в клініку відділу хірургічної стоматології стоматологічної обласної клінічної лікарні 20.05.2004 р. Діагноз: післяопераційна невропатія п. alveolaris inferior зліва. Діагноз виставлено на основі:

1. Клініко-діагностичних даних - скарги на ниючий біль постійного характеру в ділянці нижньої щелепи зліва без ірадіації по ходу гілок трійчастого нерва, відчуття оніміння, порушення чутливості в зубах нижньої щелепи, підборіддя та нижньої губи зліва. Дані порушення з'явилися у хворої після проведення операції цистектомії 18.05.04.

2. Дані об'єктивного обстеження - обличчя пропорційне, регіонарні лімфовузли не збільшені, рухомі, не болючі при пальпації. Рот відкривається вільно. При обстеженні спостерігається порушення всіх видів чутливості в ділянці нижньої губи та підборіддя зліва. Електроодонтометричне дослідження інтактних зубів лівої половини нижньої щелепи вказувало на зниження електрозбудливості пульпи зубів ураженої сторони.

3. Дані рентгенологічного обстеження - на позаротовій рентгенограмі нижньої щелепи зліва спостерігається вогнище деструкції кісткової тканини овальної форми, розміром 1,8см×2,3см в ділянці верхівок коренів 34, 35, 36 зубів. Границі дефекту чіткі, щільний канал 24 виповнений пломбувальною масою, за виключенням нижньої третини каналу. 20.05.2004 року хвору госпіталізовано у відділ хірургічної стоматології ОКЛ з діагнозом: післяопераційна невропатія п. alveolaris inferior зліва. Хворій за аналогічною схемою призначено 600мг берлітіону в 250мл ізотонічного розчину хлориду натрію один раз на день терміном на тиждень. Больовий синдром утримувався на протязі тижня після початку лікування з позитивною динамікою до зменшення. Тому парентеральне доведено-крапельне введення берлітіону було продовжено терміном ще на чотири дні, що дало можливість повністю усунути больові відчуття в ділянках нижньої щелепи, підборіддя та нижньої губи зліва, зменшилося відчуття парестезії нижньої губи та підборіддя. 30.05. 2004 року хвору з покращенням було виписано на амбулаторне доліковування за місцем проживання, та призначено берлітіон один раз на день 600мг в таблетованій формі шляхом перорального застосування протягом одного місяця. Хворій було призначено контрольний огляд через 30 днів після початку лікування. При повторному огляді хворої через 30 днів після початку перорального прийому скарги відсутні, порушення чутливості тканин у зоні іннервації п. alveolaris inferior dekster не виявлено, дані електроодонтометричного дослідження зубів відповідної полови-

ни нижньої щелепи в нормі. Хвору з одужанням відправлено додому.

Технічний результат - створено спосіб лікування післяопераційних невропатій при оперативних втручаннях на кістковій тканині щелеп, схема застосування якого полягає у послідовному парентеральному та пероральному використанні препарату α-ліпоєвої кислоти "берлітіону" та препаратів стандартної терапії. Широта спектру фармакологічної дії берлітіону, забезпечила можливість лікування післяопераційних невропатій ЩЛД з використанням менших терапевтичних доз та меншої кількості препаратів стандартної терапії, що забезпечило зменшення гепатотоксичної дії різних лікарських препаратів та сприяло покращенню функціонування печінки за рахунок гепатопротекторної дії берлітіону (8). Використання даного способу при лікуванні невропатій після оперативних втручань на кістковій тканині щелеп забезпечило підвищення ефективності лікування за рахунок скорочення термінів лікування даної патології.

Джерела інформації:

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. – Київ: Спалах. - 2003. - С.373-378.

2. Генік С.М., Пиптюк О.В. Використання препарату "Берлітіон" у комплексному лікуванні хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок. Методичні рекомендації. Львів: Медицина світу, 2004. - С12-13.

3. Ефимов О.В. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей. // Стоматология. - 1993. - №3. - С.26-27.

4. Лук'ячук В.Д., Немитих О.Д. Сучасний погляд на фармакологію α-ліпоєвої кислоти (берлітіону). // Журнал практичного лікаря. - 2003. - №3. - С.61-64.

5. Миньков С.А. К морфологии, патогенезу, клинике и лечению радикулярных кист челюстей. / Автор. дис. канд. мед. наук. - Иркутск, 1967. - 26с.

6. Солнцев А.М., Колесов В.С. Кисты челюстно-лицевой области и шеи. - Киев: Здоров'я, 1982. - С.42.

7. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: Червона Рута - Турс, 2002. - С.564-567.

8. Хворостинка В.Н., Бортникова Л.Р. Клиническая эффективность α-липоевой кислоты (берлітіона-300) при хронических токсических заболеваниях печени. // Мистецтво лікування. - 2004 - №2. - С.60-63.

9. Яковлева В.И., Трофимова В.К., Давидович Т.П., Просверяк Г.П.. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. - Минск: Вышэйшая школа, 1994. - С.335-357.

10. Нервові хвороби / Під ред.: проф. Яроша О.А. - Київ: Вища школа, 1993. - С.197.