



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **101371** (13) **U**  
(51) МПК (2015.01)  
**A61B 17/24** (2006.01)  
**A61C 3/00**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<p>(21) Номер заявки: <b>u 2015 02111</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>10.03.2015</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.09.2015</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.09.2015, Бюл.№ 17</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Кобяков Олександр Володимирович (UA), Шувалов Сергій Михайлович (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</b></p>
--	---

**(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ АЛЬВЕОЛІТУ ЩЕЛЕП**

**(57) Реферат:**

Спосіб профілактики альвеоліту щелеп включає проведення компактостеотомії стінок внутрішньої поверхні лунок безпосередньо після видалення зуба. Компактостеотомію проводять по всій поверхні внутрішніх стінок комірки видаленого зуба стандартними кулястими хірургічними борами або хірургічним свердлом.

**UA 101371 U**



Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургічної стоматології, і може бути застосована під час операції видалення зубів для профілактики альвеоліту щелеп в умовах вираженої компактною пластинки внутрішньої поверхні лунок зубів.

5 Альвеоліт щелеп - найпоширеніше місцеве ускладнення після операції видалення зуба, яке складає 11-35 % від числа випадків всіх ускладнень, що зустрічаються у хворих після видалення зубів (Маланчук В.А., Платонова Н.Ю., 2011; Чумаченко О.В., Сегал Ю.В., 2009; Жабін В.Е., 1975; Бернадський Ю.І., Заславський В.І., 1983).

10 Уваров В.М. (1956) відзначає, що порушення кровопостачання відіграє найважливішу роль у розвитку запалення кісткової тканини порівняно з бактеріями, їх токсинами та продуктами розпаду білків. Стосовно причини альвеоліту Сабо Е. (1977) вказує на те, що пластинчата кістка внутрішніх стінок альвеоли стає "біологічним бар'єром" для згустку крові, який сформувався після видалення зуба, при цьому згусток втрачає зв'язок з кровообігом і стає поживним середовищем для мікроорганізмів порожнини рота. Останнє підтверджує залежність частоти виникнення альвеолітів щелеп від розташування видаленого зуба в щелепі.

15 Запропонована достатньо велика кількість способів лікування альвеолітів щелеп, що в основному направлені на симптоматичну, переважно місцеву антибактеріальну терапію. Значно менша кількість способів запропонована для профілактики альвеоліту.

20 Відомий метод профілактики атрофії альвеолярного гребня, що передбачає руйнування компактною пластинки дна альвеол спеціально розробленими стандартними борами безпосередньо після видалення зубів. Задача даної методики полягає в стимуляції росту грануляційної тканини та подальшого загоєння лунки видаленого зуба без втрати значної частини висоти стінок лунки (Маланчук В.А., Яценко Д.В., Гарляускайте І.Ю., Передрий Р.Н. Профілактика атрофії альвеолярного отростка после операції удалення зуба // Вісник стоматології. - 2006. - № 1. - С. 66-68) (найближчий аналог). Недоліком способу є використання стандартних борів, які неможливо застосувати в умовах значної варіабельності форм і розмірів лунк зубів, а зокрема в лунках 3-х молярів, а також даний спосіб не розроблений для профілактики альвеолітів.

В основу корисної моделі "Спосіб профілактики альвеоліту щелеп" поставлена задача знизити ризик виникнення альвеоліту щелеп та покращити умови загоєння кісткової рани після операції видалення зуба.

30 Поставлена задача вирішується шляхом проведення компактостеотомії внутрішніх поверхонь комірок видалених зубів по всій їх поверхні безпосередньо після операції видалення зуба.

35 Дана методика пропонується до застосування у випадках підвищеної ймовірності виникнення альвеоліту щелеп, переважно після видалення молярів нижньої щелепи, або в інших комірках зубів з вираженими компактними пластинками. Даний спосіб можливо застосувати після видалення третіх нижніх молярів в умовах значної варіабельності форми комірок цих зубів, де стандартний підхід не можливий.

40 Спосіб виконується наступним чином: після повного вилучення коренів зуба, що підлягає видаленню, і відсутності кровонаповнення лунки протягом 10-15 хв. проводиться антисептична обробка лунки розчином антисептика. Кулястим бором (або свердлом) перфорується компактна пластинка внутрішніх поверхонь лунки на всю її товщину до візуалізації губчастої кістки та експозиції в лунку кісткового мозку (тканина червоного кольору). Отвори створюються максимально по всій площі лунки. Перфорація комірки не проводиться в ділянці дна лунки, для профілактики пошкодження нижньоальвеолярного нерва (на нижній щелепі), або ведення бору в верхньощелепні синуси чи порожнину носа (верхній щелепі). Далі лунку промивали розчином антисептика або фізіологічним розчином, вимиваючи з неї кісткову стружку. Після кровонаповнення лунки та формування кров'яного згустку проводиться репозиція країв лунки зуба та фіксація на ній стерильної кульки. У разі відсутності кровотечі з лунки протягом 7-10 хв. маніпуляція вважається закінченою.

50 Запропонований спосіб простий і зручний у застосуванні та не потребує спеціальних пристроїв або дорогих матеріалів. При цьому спосіб дозволяє знизити частоту виникнення альвеолітів щелеп, особливо після видалення третіх нижніх молярів, та покращити умови загоєння лунок видалених зубів.

55 Приклад конкретного застосування: Пацієнт Ф., 24 р., госпіталізований на стаціонарне лікування в відділення щелепно-лицевої хірургії ВОКЛ ім. М.І. Пирогова з діагнозом: "Ретенція 38 зуба". На панорамній рентгенограмі відзначається повна ретенція 38 зуба в горизонтальному положенні, в ділянці 38 зуба визначається підвищена щільність кісткової тканини, внутрішніх її поверхонь, у вигляді світлої смужки, що вистилає всю поверхню комірки. Під лівосторонньою торусальною анестезією р-м ультракаїну ДС 4 % - 2 мл проведено Г-подібний розріз СОПР в

- лівій ретромолярній ділянці до кістки, відшаровано слизово-окісний клапоть, створено доступ до компактної пластинки альвеолярного паростку над коронкою 38 зуба, та за допомогою кулястого твердосплавного бору видалено її. Оголено коронку 38 зуба. За допомогою елеватора і щипців проведено його видалення. Ревізія лунки та промивання її фізіологічним розчином. Свердлом (діаметром 0,6 мм) проведено нанесення отворів по всій поверхні та на всю товщину компактної пластинки внутрішніх поверхонь лунки 38 зуба до візуалізації губчастої речовини (тканина червоного кольору). Після утворення кров'яного згустка слизово-окісний клапоть вкрито на місце та зашито кетгутовою ниткою. Ускладнень в післяопераційному періоді не відзначалось. Пацієнт виписаний зі стаціонару та 3-тю добу з одужанням. Загоєння рани відбулось первинним натягом на 7 добу. Через 30 діб після операції рентгенологічно відзначається повне заміщення лунки 38 зуба кістковою тканиною.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 15 Спосіб профілактики альвеоліту щелеп, що включає проведення компактостеотомії стінок внутрішньої поверхні лунок безпосередньо після видалення зуба, який **відрізняється** тим, що компактостеотомію проводять по всій поверхні внутрішніх стінок комірки видаленого зуба стандартними кулястими хірургічними борами або хірургічним свердлом.

---

Комп'ютерна верстка О. Рябко

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601