



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **34065** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61C 7/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ МОДИФІКАЦІЇ В.П. ПЮРИКА КЛАПТЕВОЇ ОПЕРАЦІЇ ЦІШИНСЬКОГО-ВІДМАНА-НЕЙМАНА ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ**

1

2

(21) u200802747

(22) 03.03.2008

(24) 25.07.2008

(46) 25.07.2008, Бюл. № 14, 2008 р.

(72) ПЮРИК ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, UA, МАХЛИ-
НЕЦЬ НАТАЛІЯ ПЕТРІВНА, UA, ПЮРИК ЯРО-
СЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ, UA(73) ПЮРИК ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, UA, МАХЛИ-
НЕЦЬ НАТАЛІЯ ПЕТРІВНА, UA, ПЮРИК ЯРО-
СЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ, UA(57) Спосіб модифікації клаптевої операції Цішин-
ського-Відмана-Неймана при лікуванні генералізо-
ваного пародонтиту, який полягає у проведенні 2-х
вертикальних розрізів від краю ясен до перехідної
складки по краях патологічного процесу, горизон-
тального розрізу по краю ясен з вестибулярної і
язикової (піднебінної) сторін, видаленні грануля-

ційної тканини, зубних відкладень, обробці краю альвеолярної кістки та поліруванні кореня зуба, мобілізації слизово-окісного клаптя, укладанні його на місце, пришиванні в міжзубних проміжках швами, який **відрізняється** тим, що висікають внутрішню вистілку зубоясенного кармана, зберігаючи архітектуру ясенного краю (розрізи під кутом, близьким до 30°), проводять горизонтальний розріз періосту, а в кісткові кармани, на гребінь альвеолярного відростка чи альвеолярної частини накладають суміш аутологічного кісткового мозку та колагенової губки у співвідношенні 1:1 вагових частин, після чого слизово-окісний клапоть укладають на місце, піднімаючи чи опускаючи новостворений ясенний край до рівня анатомічних шийок зубів, фіксуючи швами у кожному міжзубному проміжку.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до хірургічної стоматології, зокрема до способів лікування генералізованого пародонтиту, де обов'язковим етапом комплексного лікування розвинутих стадій генералізованого пародонтиту є клаптеві операції, за допомогою яких досягається не лише довготривала стабілізація у перебізі генералізованого пародонтиту, але й отримується суттєвий приріст кісткової тканини.

На сьогоднішній день відомо багато способів оперативного втручання при лікуванні генералізованого пародонтиту. Зокрема, радикальна операція Цішинського-Відмана-Неймана [Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К., 2000. - 1024 с], яка полягає у проведенні 2-х вертикальних розрізів від краю ясен до перехідної складки по краях патологічного процесу, горизонтального розрізу по краю ясен з вестибулярної і язичної (піднебінної) сторін, висічення ножицями зміненого краю ясен шириною близько 2мм, видаленні грануляційної тканини, зубних відкладень, обробці краю альвеолярної кістки та поліруванні кореня зуба, мобілізації слизово-окісного клаптя, укладанні його на місце, пришиванні в міжзубних проміжках швами.

Kirkland [Степанов А. Е. Хирургические вмешательства при заболеваниях пародонта. - М., 1991. - 139 с] модифікував оригінальну техніку операції Цішинського-Відмана-Неймана, віддаючи перевагу інтрасулькулярного розрізу і, таким чином, уникаючи пошкодження прикріплених ясен.

Takey [Степанов А. Е. Хирургические вмешательства при заболеваниях пародонта. - М., 1991. - 139 с] запропонував використовувати клапоть для з'єднання сосочка, при цьому слизово-окісний клапоть розташовується на ніжці.

Модифікація клаптевої операції за Калмі [Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К., 2000. - 1024 с] направлена на отримання хорошого косметичного ефекту в ділянці фронтальних зубів. Суть методу полягає в тому, що після формування слизового клаптя, проведення кюретажу і оброблення кісткових кишень, проводять два косі розрізи, що сходяться в ділянці 11 і 21 зубів і горизонтальні розрізи по перехідній складці. Отримані клапті переміщують донизу, закриваючи оголені шийки зубів. Клапті фіксуються швами в міжзубних проміжках. З метою досягнення хорошого косметичного ефекту і щільного прилягання слизово-окісних клаптів до шийок зубів В. В. Гольбрайх

(19) **UA** (11) **34065** (13) **U**

[Степанов А. Е. Хирургические вмешательства при заболеваниях пародонта. - М., 1991. - 139 с] запропонував за допомогою рухомих клаптів навколо кожного зуба створювати "муфти-манжети". Для того, щоб попередити надмірне оголення кісткової тканини запропонована проста гінгивектомія за Губманом в модифікації Клікмана [Степанов А. Е. Хирургические вмешательства при заболеваниях пародонта. - М., 1991. - 139 с]. Суть даної модифікації полягає в тому, що ясна висікають під кутом до поверхні альвеолярного відростка.

О.Norberg [Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К., 2000. - 1024 с] з метою зменшення оголення шийок зубів використовував окістя для гінгіопластики. Дана модифікація передбачає формування розщепленого слизового клаптя та подальше проведення кюретажу.

Найбільш близький за суттю способу, що заляється є модифікація клаптевої операції за В. І. Лук'яненком [Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К., 2000. - 1024 с]. Для зменшення ретракції ясен в післяопераційному періоді ним запропоновано не проводити вертикальні розрізи слизової оболонки, а тільки горизонтальні розрізи з вестибулярної та оральної сторін.

Однак, відомі модифікації мають недостатню ступінь ефективності, оскільки в операції одномоментно включають ділянку не більше 6 зубів, у післяопераційному періоді оголюються шийки зубів та міжзубні проміжки, знижується висота альвеолярного краю, спостерігається гіперестезія [Данилевський Н. Ф., Борисенко А. В. Заболевания пародонта. - К.: Здоров'я. - 2000. - 461с].

Тому, технічне завдання нашої корисної моделі полягає у наступному: забезпечити можливість одномоментного хірургічного втручання на пародонті однієї щелепи, попередити у післяопераційному періоді оголення шийок зубів та міжзубних проміжків, зниження висоти альвеолярного краю, гіперестезію тканин пародонту.

Суть способу модифікації В. П. Пюрика клаптевої операції Цішинського-Відмана-Неймана полягає у тому, що висікається внутрішня вистилка зубо-ясенної кишені, зберігаючи архітекtonіку ясенного краю (розрізи під кутом близьким до 30°), проводиться горизонтальний розріз періосту, а в кістковій кишені, на гребінь альвеолярного паростка чи альвеолярної частини накладається суміш аутологічного кісткового мозку та колагенової губки у співвідношенні 1:1 вагових частин, після чого слизово-окістний клапоть укладають на місце, піднімаючи чи опускаючи новостворений ясенний край до рівня анатомічних шийок зубів, фіксуючи швами у кожному міжзубному проміжку.

Запропонований спосіб виконується наступним чином: першим етапом операції є проведення трапецієподібного розрізу в ділянці уражених зубів, висічення внутрішньої вистилки зубо-ясенної кишені, зберігаючи архітекtonіку ясенного краю. Розрізи проводимо під кутом близьким до 30°. Тоді робимо горизонтальний розріз періосту, відсепаруємо слизово-окістний клапоть, обробляємо цемент коренів зубів від грануляційної тканини та зубних відкладень. У кістковій кишені та на гребінь

альвеолярного паростка чи альвеолярної частини накладаємо суміш аутологічного кісткового мозку і колагенової губки у співвідношенні 1:1 вагових частин, після чого слизово-окістний клапоть укладаємо на місце, піднімаючи або опускаючи новостворений ясенний край до рівня анатомічних шийок зубів. Клапоть фіксуємо швами у кожному міжзубному проміжку.

В експерименті на тваринах нами підтверджена функція аутологічного кісткового мозку у сполученні з колагеном [Пюрик В. П., Плотников Н. А., Савчик А. Б. Миелохондропластика костных полостей и дефектов челюстных костей // Стоматология. - 1989. - №5. - С.49-52]. Доведено перевагу описаного вище трансплантата у порівнянні з пересадкою тільки колагену та високу ефективність використаної суміші [Пюрик В. П. Миелохондропластика порожнинных дефектов щелепных костей // Перший Європейський Конгрес Українських лікарських Товариств. - Івано-Франківськ, 1992. - С.165; Piuryk V. New Possibilities in the treatment of patients with maxillary bone tissue defects // 17th Congress of International Association for Maxillo-Facial Surgery. - St.Peterburg, 1992. - P.116].

Таким чином, розроблений спосіб модифікації В. П. Пюрика клаптевої операції Цішинського-Відмана-Неймана дозволить підвищити ефективність хірургічного лікування хворих на генералізований пародонтит, забезпечить можливість одномоментного хірургічного втручання на пародонті однієї щелепи, усунути кісткові кишені, покращить якість післяопераційного періоду: попередить оголення шийок зубів та міжзубних проміжків, зниження висоти альвеолярного краю, гіперестезію тканин пародонту.

Приклад:

Хвора Дубова О. Ф., 45 років направлена терапевтом-стоматологом для хірургічного лікування з приводу генералізованого пародонтиту II ступеня важкості. Об'єктивно: у ділянці 36-47 зубів наявні пародонтальні кишені глибиною 3-5мм. Ознаки запального процесу та гноєтечі відсутні. На ортопантомограмі: втрата висоти міжальвеолярних перетинок альвеолярного паростка в межах від 1/3 до 1/2 довжини коренів зубів.

Пацієнтці запропоновано хірургічне лікування: модифікація В. П. Пюрика клаптевої операції Цішинського-Відмана-Неймана.

Протокол операції №38 від 24.01.2008р.

Екस्фузія кісткового мозку для приготування мієлоколагенотрансплантату.

Після премедикації, обробки операційного поля під місцевою анестезією Sol. Lidocaini 1% -10,0 з лівої клубової кістки екस्фузовано 8мл кісткового мозку. Накладено асептичну пов'язку.

Протокол операції №39 від 24.01.2008р.

Модифікація В. П. Пюрика клаптевої операції Цішинського-Відмана-Неймана.

Після премедикації під комбінованим наркозом проведено обробку операційного поля, трапецієподібний розріз в ділянці 36-47 зубів, відсепаровано слизово-окістний клапоть. Гемостаз. Кюретаж зубо-ясенних та кісткових кишеней. На гребінь альвеолярного паростка накладено мієлоколагеновий трансплантат. Клапоть укладений на місце, зафік-

сований вузловими швами. Гемостаз. Давляча пов'язка. Холод.

У результаті лікування вказаним методом через 3 місяці після операції оголення шийок зубів та міжзубних проміжків не спостерігалось, гіперестезії тканин пародонту нижньої щелепи не було. Через

6 місяців після операції об'єктивно: в ділянці оперованих зубів утворилося стійке зубо-ясенне прикріплення по типу циркулярної зв'язки, гіперестезія тканин відсутня. При рентгенологічному контролі виявлені островки осифікації зниження висоти альвеолярного краю не спостерігається.