



УКРАЇНА

(19) UA (11) 15022 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00
A61K 35/16
A61K 38/17

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КІСТ ЩЕЛЕП

1

2

(21) u200511038

(22) 21.11.2005

(24) 15.06.2006

(46) 15.06.2006, Бюл. № 6, 2006 р.

(72) Матрос-Таранець Ігор Миколайович, Каліновський Дмитро Костянтинович, Пузіков Денис Володимирович, Алексєєв Сергій Борисович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб хірургічного лікування кіст щелеп, що

включає проведення трапецієподібного або кутового розтину на слизовій оболонці альвеолярного паростка щелепи, відшарування клаптя, трепанацію кістки, повне видалення оболонки кісти, заповнення післяопераційної кісткової порожнини пластичним матеріалом, укладання слизисто-окісного клаптя на місце накладання на рану глухих швів, який **відрізняється** тим, що пластичний матеріал представлений природним фактором росту - тромбоцитами з підвищеним вмістом фібрину.

Спосіб хірургічного лікування кіст щелеп відноситься до галузі медицини, зокрема до щелепно-лицевої хірургії, і може бути використаний при лікуванні одонтогенних та неодонтогенних кіст щелеп.

Найбільш близьким за технічною сутністю заявленому способу є спосіб хірургічного лікування кіст щелеп [1] шляхом проведення трапецієподібного або кутового розтину на слизовій оболонці альвеолярного паростка щелепи, відшарування слизисто-окісного клаптя, трепанації кістки, повного видалення оболонки кісти, заповнення післяопераційної кісткової порожнини пластичним матеріалом кергап, укладання слизисто-окісного клаптя на місце, накладання на рану глухих швів.

Недоліком відомого способу є те, що пластичний матеріал представлений препаратом, який не є похідним біологічних середовищ організму, та для виготовлення якого потребується певний час та кошти в умовах промислового виробництва, що обмежує його використання та складає певний ризик виникнення алергічних реакцій.

В основу корисної моделі покладено задачу вдосконалення способу хірургічного лікування кіст щелеп, який дає можливість створити оптимальні умови для репарації кістки, покращити анатомічні результати та скоротити терміни лікування хворого завдяки заповненню утвореної після видалення кісти кісткової порожнини щелепи природним фактором росту - тромбоцитами з підвищеним вмістом

фібрину, виключенню ризику виникнення алергічних реакцій на пластичний матеріал. Покладена задача вирішується за рахунок того, що у способі хірургічного лікування кіст щелеп, що включає проведення трапецієподібного або кутового розтину на слизовій оболонці альвеолярного паростка щелепи, відшарування слизисто-окісного клаптя, трепанацію кістки, повне видалення оболонки кісти, заповнення післяопераційної кісткової порожнини пластичним матеріалом, укладання слизисто-окісного клаптя на місце, накладання на рану глухих швів, пластичний матеріал представлений природним фактором росту - тромбоцитами з підвищеним вмістом фібрину.

Запропонований спосіб хірургічного лікування кіст щелеп здійснюють шляхом проведення трапецієподібного або кутового розтину на слизовій оболонці альвеолярного паростка щелепи, відшарування слизисто-окісного клаптя, трепанації кістки, повного видалення оболонки кісти, заповнення післяопераційної кісткової порожнини пластичним матеріалом, представленим природним фактором росту - тромбоцитами з підвищеним вмістом фібрину, укладання слизисто-окісного клаптя на місце, накладання на рану глухих швів.

Новим у заявленому способі є те, що пластичний матеріал, який укладають у кісткову порожнину, представлений природним фактором росту - тромбоцитами з підвищеним вмістом фібрину.

Реалізують спосіб таким чином: для приготу-

(19) UA (11) 15022 (13) U

вання тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину безпосередньо перед операцією у хворого виконують забір 5-25 (в залежності від об'єму кісткової порожнини) мл крові з вени у стерильні пробірки за стандартною методикою, центрифугують їх у центрифугу на швидкості від 100 до 6000об/хвил протягом 15 хвилин, внаслідок чого у пробірках утворюються три фракції: у нижній частині осаджуються кров'яні тільця, у верхній частині - плазма з низьким вмістом тромбоцитів, а проміж цих двох фракцій - згусток з підвищеним вмістом тромбоцитів, який дістають прямим пінцетом; потім роблять трапецієподібний або кутовий розтин на слизовій оболонці альвеолярного паростка щелепи в проекції кісти на відстані не менш ніж 1см від рентгенологічних меж кісти; распатором відшаровують слизисто-окісний клапоть; роблять трепанацію кістки в межах кісти; повністю видаляють оболонку кісти; обробляють утворену кісткову порожнину розчинами антисептиків, після чого заповнюють її згустком тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину; укладають слизисто-окісний клапоть на місце та накладають на рану глухі вузлуваті шви.

Приклад №1. Хворий М., 48 років, І.Х. №617, потрапив до клініки щелепно-лицевої хірургії 14.04.03 з приводу кератокісти нижньої щелепи в зправа в ділянці 47-42 зубів. 15.04.03 проведено

оперативне втручання за описаною методикою. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Анатомічний і функціональний результат гарний. Загальний термін лікування склав 33 доби.

Приклад №2. Хворий Т., 23 років, І.Х. №661, потрапив до клініки щелепно-лицевої хірургії 21.04.03 з приводу радикальної кісти верхньої щелепи зправа в ділянці 13, 12, 11 зубів. 24.04.03 проведено оперативне втручання за описаною методикою. Післяопераційний період проходив без ускладнень. 12.05.03 у задовільному стані виписаний на амбулаторне лікування. Анатомічний і функціональний результат гарний. Загальний термін лікування склав 25 днів.

Використання цього способу забезпечує заповнення утвореної після видалення кісти кісткової порожнини щелепи природним фактором росту - тромбоцитами з підвищеним вмістом фібрину, виключає ризик виникнення алергічних реакцій на пластичний матеріал, що дає можливість створити оптимальні умови для репарації кістки, покращити анатомічні результати та скоротити терміни лікування хворого.

Джерела інформації, взяті до уваги:

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Т. III. - Киев: Червона Руга-Турс, 2000. - С. 27-29.