



УКРАЇНА

(19) UA (11) 15046 (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 ЗАКРИТТЯ ОРОАНТРАЛЬНИХ З'ЄДНАНЬ

1

2

(21) u200511435

(22) 02.12.2005

(24) 15.06.2006

(46) 15.06.2006, Бюл. № 6, 2006 р.

(72) Матрос-Таранець Ігор Миколайович, Каліновський Дмитро Костянтинович, Алексєєв Сергій Борисович, Іващенко Ксеня Олександрівна

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб закриття ороантральних з'єднань, який включає розтин через ороантральне з'єднання з

висіченням його країв, відшарування слизисто-окісного клаптя, видалення грануляцій та поліпозних розростань в ділянці лунки зуба та гайморової порожнини, та накладання риностоми, тампонування гайморової порожнини, пластику з'єднання за рахунок мобілізації слизисто-окісного клаптя, який відрізняється тим, що перед пластикою з'єднання на місце дефекту кістки укладають мембрану, виготовлену зі згустку тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину.

Спосіб закриття ороантральних з'єднань відноситься до галузі медицини, зокрема до щелепно-лицевої хірургії, і може бути використаний при лікуванні гострих перфорацій дна гайморової пазухи, хронічних перфоративних гайморитів, рецидивів ороантральних з'єднань.

Найбільш близьким за технічною сутністю заявленому способу є спосіб закриття ороантральних з'єднань [1] шляхом проведення розтину через ороантральне з'єднання з висіченням його країв, відшарування слизисто-окісного клаптя, ретельного видалення грануляцій та поліпозних розростань в ділянці лунки зуба та гайморової порожнини, при необхідності - накладання риностоми та тампонування гайморової порожнини, пластику з'єднання за рахунок мобілізації слизисто-окісного клаптя.

Недоліком відомого способу є те, що після операції в ділянці ороантрального з'єднання залишається дефект кістки, перекритий лише слизисто-окісним клаптем, що подовжує терміни загоєння кісткової рани, підвищує ризик виникнення рецидивів, негативно впливає на анатомічні та функціональні результати лікування.

В основу корисної моделі покладено задачу вдосконалення способу закриття ороантральних з'єднань, який дає можливість створити оптимальні умови для загоєння рани, знизити ризик рецидиву з'єднання, покращити анатомічні і функціональні результати лікування завдяки відновленню дефекту кістки в ділянці з'єднання за рахунок при-

родного фактору росту - тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину. Покладена задача вирішується за рахунок того, що у способі закриття ороантральних з'єднань, який містить розтин через ороантральне з'єднання з висіченням його країв, відшарування слизисто-окісного клаптя, видалення грануляцій та поліпозних розростань в ділянці лунки зуба та гайморової порожнини, при необхідності - накладання риностоми та тампонування гайморової порожнини, пластику з'єднання за рахунок мобілізації слизисто-окісного клаптя, перед пластикою з'єднання на місце дефекту кістки укладають мембрану, виготовлену зі згустка тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину.

Запропонований спосіб закриття ороантральних з'єднань здійснюють шляхом проведення розтину через ороантральне з'єднання з висіченням його країв, відшарування слизисто-окісного клаптя, ретельного видалення грануляцій та поліпозних розростань в ділянці лунки зуба та гайморової порожнини, при необхідності - накладання риностоми та тампонування гайморової порожнини, укладання на місце дефекту кістки мембрани, виготовленої зі згустка тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину.

Новим у заявленому способі є те, що перед пластикою з'єднання на місце дефекту кістки укладають мембрану, виготовлену зі згустка тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину.

Реалізують спосіб таким чином: для приготу-

(19) UA (11) 15046 (13) U

вання тромбоцитів і підвищеним вмістом фібрину безпосередньо перед операцією у хворого виконують забір 10-15мл крові з вени у стерильні пробірки за стандартною методикою, центрифугують їх у центрифугі 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; роблять розтин через ороантральне з'єднання з висіченням його країв; распатором проводять відшарування трапецієподібного слизисто-окісного клаптя; ретельного видаляють грануляції та поліпозні розростання в ділянці лунки зуба та гайморової порожнини; при необхідності накладають риностому у нижній носовий хід та тампують гайморову порожнину йодоформною турундою; на місце дефекту кістки укладають мембрану, виготовлену зі згустка тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину; проводять пластику з'єднання за рахунок мобілізації слизисто-окісного клаптя; на рану накладають вузлуваті шви.

Приклад №1. Хворий Ч., 55 років, І.Х. № 2156, госпіталізований до клініки щелепно-лицевої хірургії 16.12.02 з приводу хронічного правобічного одонтогенного гаймориту, ороантрального з'єднання крізь лунку 16 зуба. 19.12.02 проведено оперативне втручання за описаною методикою. Післяопераційний період проходив без усклад-

нень. Шви знято на 7 добу. 02.01.03 у задовільному стані виписаний на амбулаторне лікування.

Анатомічний і функціональний результат гарний. Спостерігався у клініці протягом 4,5 місяців після виписки зі стаціонару, рецидиву сполучення не було.

Приклад №2. Хворий К., 28 років, І.Х. №2223, госпіталізований до клініки щелепно-лицевої хірургії 25.12.02 з приводу гострого ороантрального сполучення крізь лунку 25 зуба з локалізацією стороннього тіла (кореня 25 зуба) у гайморовій пазусі. 25.12.02 проведено оперативне втручання за описаною методикою. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Шви знято на 8 добу. 08.01.03 у задовільному стані виписаний на амбулаторне лікування. Анатомічний і функціональний результат гарний. Спостерігався у клініці протягом 3 місяців після виписки зі стаціонару, рецидиву сполучення не було.

Використання цього способу забезпечує відновлення дефекту кістки в ділянці з'єднання за рахунок природного фактору росту - тромбоцитів з підвищеним вмістом фібрину, що дає можливість створити оптимальні умови для загоєння рани, знизити ризик рецидиву з'єднання, покращити анатомічні і функціональні результати лікування.

Джерела інформації:

1. Рузин Г.П., Бурых М.П. Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - Харьков, 2000. - С. 152-154.