



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **15362** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРІОСТИТУ ЩЕЛЕПИ

1

2

(21) u200601958

(22) 23.02.2006

(24) 15.06.2006

(46) 15.06.2006, Бюл. № 6, 2006 р.

(72) Довбиш Ніна Олександрівна, Ватанха Ману-
чехр

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб лікування гострого одонтогенного пері-
оститу щелепи шляхом розкриття вогнища запалення двома розтинами, відшарування місткоподібного клаптя та проведення під ним дренажа, який відрізняється тим, що на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка щелепи відповідно до ходу судин та гілочок нервів виконують два непаралельні розтини слизової оболонки та окістя; вогнище дреноують дренажем гантелеподібної форми, проведенням горизонтально під місткоподібним клаптем.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, а саме - до хірургічної стоматолопії та щелепно-лицевої хірургії і може бути використана як оперативне втручання при лікуванні гострого одонтогенного періоститу щелепи, в тому числі такого, що виник внаслідок нагноєння радикулярної кісти.

Відомий спосіб лікування гострого періоститу щелепи, що виник внаслідок нагноєння кісти щелепи, шляхом проведення горизонтального розтину по гребню (краю) альвеолярного відростка, наступного відшарування слизово-окістного клаптя та введення дренажу у вогнище запалення (1).

Відомий спосіб лікування гострого періоститу щелепи, що виник внаслідок нагноєння кісти щелепи, шляхом проведення горизонтального розтину вздовж перехідної складки, наступного відшарування слизової оболонки разом з окістям та введення дренажу у вогнище запалення (2).

Головним недоліком цих способів є те, що вони не забезпечують стабільних умов для хорошої фіксації дренажу у вогнищі запалення, а також погіршують трофіку відповідної ділянки альвеолярного відростка разом з зубами та прилеглих м'яких тканин, оскільки не враховують напрямок кровеносних судин та гілочок нервів, які живлять цю ділянку. Крім того, другий спосіб унеможлиблює проведення операцій «резекція верхівки кореня, кістектомія, грануломекомія» одразу після зняття гострих запальних явищ, оскільки горизонтальний розтин проходить через основу майбутнього слизово-окістного клаптя.

Найбільш близьким до запропонованого спо-

соду є спосіб лікування одонтогенного абсцесу піднебіння шляхом проведення двох паралельних повздовжніх розтинів, зроблених сагітально на різному рівні з утворенням при цьому діагонального місткоподібного клаптя, під який підводять дренаж, що проходить діагонально через вогнище запалення (3).

Головним недоліком цього способу є те, що він не може бути використаним при проведенні операцій «резекція верхівки кореня, кістектомія, грануломекомія» на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка у випадках, коли передбачається проведення зубозберігаючої операції з формуванням трапецеоподібного слизово-окістного клаптя після зняття гострих запальних явищ.

Корисна модель, що заявляється, вирішує задачу: покращення результату операції та скорочення термінів лікування.

Поставлене завдання вирішується тим, що у відомому способі лікування одонтогенного абсцесу піднебіння, який передбачає розкриття вогнища запалення двома паралельними розтинами, виконаними сагітально на різному рівні, згідно корисної моделі, на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка щелепи відповідно до ходу судин та гілочок нервів виконують два непаралельні розтини слизової оболонки та окістя; вогнище дреноують дренажем гантелеподібної форми, проведенням горизонтально під місткоподібним клаптем.

Суть корисної моделі пояснюємо графічно.

На Фіг.1:1- «причинний зуб»; 2 - контур періапикального вогнища; 3 - межі запального процесу

(19) **UA** (11) **15362** (13) **U**

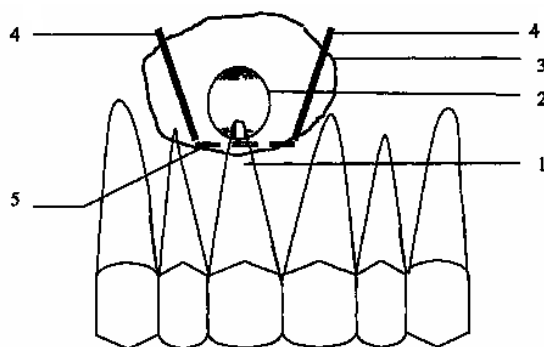
(періоститу) на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка верхньої щелепи, що виник від «причинного зуба»; 4 - непаралельні розтини при виконанні періостотомії, які є одночасно боковими сторонами віртуального трапецеподібного клаптя; 5 - пунктирна лінія відповідає вершині віртуального трапецеподібного клаптя (при необхідності збереження зуба проведення розтину по цій лінії призведе до утворення трапецеподібного клаптя; проте у стадії гострого запалення розтин по цій лінії не виконують).

На Фіг.2: 1 - «причинний зуб»; 4 - непаралельні розтини періостотомії, які є одночасно боковими сторонами віртуального трапецеподібного клаптя; 6 - місткоподібний клапоть, утворений двома непаралельними розтинами; 7 - гантелеподібний дренаж, проведений горизонтально під місткоподібним клаптем; 8 - пунктирна лінія відповідає положенню дренажа під місткоподібним клаптем.

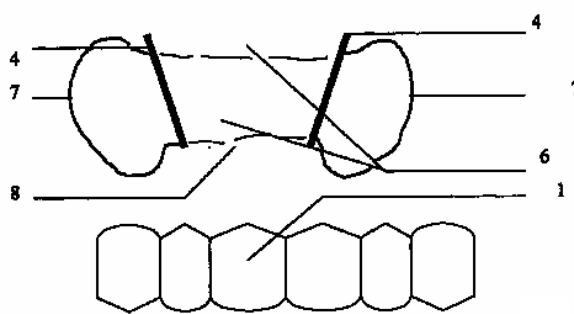
Спосіб здійснюють наступним чином.

Під місцевим знеболенням в ділянці одонтогенного запального процесу (3) на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка щелепи відповідно до ходу судин та гілочок нервів виконують два непаралельні розтини слизової оболонки та окістя (4), які одночасно є боковими сторонами віртуального трапецеподібного клаптя (в сукупності: 4-5). Утворений місткоподібний клапоть відшаровують від кістки, одночасно розкриваючи вогнище запалення; під клаптем горизонтально проводять дренаж гантелеподібної форми (8), кінці якого виводять в порожнину рота з обох ран (7). Після стихання гострого запалення дренаж (7) видаляють.

При наявності радикулярної кістки або грануломи (2) на верхівці «причинного зуба» (1) та при необхідності збереження «причинного зуба» (1) одразу після зняття гострих запальних явищ за показаннями проводять зубозберігаючу операцію.



Фіг. 1



Фіг. 2

Для цього з'єднують бокові розтини по лінії, що відповідає межі вершини трапецеподібного клаптя (5), завершуючи тим самим його формування.

Клінічний приклад. Хвора К. У лютому 2006 року знаходилась на лікуванні у стоматологічній поліклініці НМУ з приводу гострого одонтогенного гнійного періоститу нижньої щелепи від 47 зуба, що характеризувався агресивним перебігом та супроводжувався обширним реактивним набряком тканин. Проведена операція запропонованим методом, під час якої на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка нижньої щелепи відповідно до ходу судин та гілочок нервів в зоні запального інфільтрату в проекції «причинного зуба» виконана періостотомія двома непаралельними розтинами, що одночасно були боковими сторонами віртуального трапецеподібного клаптя. Рана дренажена дренажом гантелеподібної форми, проведеним горизонтально через все вогнище запалення під утвореним і відшарованим місткоподібним клаптем. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Дренаж видалений на третій день. Рецидиву гострих запальних явищ не спостерігали.

Таким чином, запропонований метод дозволяє покращити результат операції, а при показаннях до зубозберігаючої операції - скоротити термін лікування.

Література:

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Том III. - Киев: ООО «Червона Рута-Турс», 2000. - 360с: ил.
2. Соловьёв М.М., Семёнов Г.М., Галецкий Д.В. Оперативное лечение одонтогенных кист. - спб.: спецлит, 2004. - 127с.: ил.
3. Гуцало Л.В., Довбиш Н.О., Сажко А.А. Спосіб лікування одонтогенного абсцесу піднебіння. Деклараційний патент України на винахід № 30730 А від 15.12.2000р.