



УКРАЇНА

(19) UA (11) 34211 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РЕПОЗИЦІЇ ЗМІЩЕНОГО ДОСЕРЕДИНИ МАЛОГО ВІДЛАМКУ ПІД ЧАС ПЕРЕЛОМУ СУГЛОБОВОГО ВІДРОСТКУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

(21) 99063321

(22) 15.06.1999

(24) 15.02.2001

(33) UA

(46) 15.02.2001, Бюл. № 1, 2001 р.

(72) Матрос-Таранець Ігор Миколайович, Каліновський Дмитро Костянтинівич, Алексєєв Сергій Борисович, Дадонкін Денис Олександрович

(73) Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

(57) Спосіб репозиції зміщеного досередини малого відламку під час перелому суглобового відростку нижньої щелепи шляхом забезпечення доступу до суглобового відростка, зміщення великого відламку донизу, а малого - назовні до відновлення анатомічної форми та нормалізації прикусу, **відрізняючийся** тим, що доступ до суглобового відростка здійснюється зі шкірного розрізу під виличною дугою, а зміщення малого назовні - захватом його по внутрішній поверхні за задній край.

Спосіб репозиції зміщеного досередини малого відламку під час перелому суглобового відростку нижньої щелепи належить до медичної галузі, зокрема, щелепно-лицьової хірургії, та може бути використаний для лікування переломів суглобового відростку нижньої щелепи при зміщенні малого відламку досередини.

Відомий спосіб репозиції (1. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: руководство для врачей / Под ред. Н.М. Адександрова.-Л.: Медицина, 1985. - С. 386-387, 391) шляхом забезпечення доступу до суглобового відростка нижньої щелепи зі шкірного розрізу у підщелепній ділянці, огинаючи кут нижньої щелепи, оголення області перелому, зміщення великого відламку донизу, а малого - назовні до відновлення анатомічної форми та нормалізації прикусу.

Недоліком відомого способу є чимала віддаленість області перелому від шкірного розрізу, внаслідок чого виникають технічні труднощі на всіх етапах - забезпеченні доступу, оголенні області перелому, зміщенні малого відламку назовні, накладанні отворів у відламках, їх зіставленні у вірне анатомічне положення і фіксації, що призводить до збільшення тривалості операційного втручання, нанесення значної операційної травми та підвищенні імовірності післяопераційних ускладнень.

Найбільш близьким за технічною сутністю до заявленого способу є спосіб репозиції зміщеного досередини малого відламку під час перелому суглобового відростку нижньої щелепи (2. Там же, С. 391) шляхом забезпечення доступу до суглобового відростка нижньої щелепи зі шкірного розрізу

у підщелепній ділянці, огинаючи кут нижньої щелепи, зміщення великого відламку донизу, а малого - назовні до відновлення анатомічної форми та нормалізації прикусу.

Недоліком відомого способу є те, що область перелому розташовується на значній відстані від шкірного розрізу, тому виникають технічні труднощі на всіх етапах операції і, зокрема, безпосередньо при репозиції малого відламку назовні.

В основу винаходу покладено задачу репозиції зміщеного досередини малого відламку під час перелому суглобового відростку нижньої щелепи шляхом забезпечення доступу до суглобового відростка, зміщення великого відламку донизу, а малого - назовні до відновлення анатомічної форми та нормалізації прикусу, при цьому доступ до суглобового відростка здійснюється зі шкірного розрізу під виличною дугою, а зміщення малого відламку назовні - захватом його по внутрішній поверхні за задній край, що дає можливість досягти точності зіставлення відламків та створити оптимальні умови для загоювання перелому.

Репозицію зміщеного досередини малого відламку під час перелому суглобового відростку нижньої щелепи здійснюють забезпеченням доступу до суглобового відростка зі шкірного розрізу під виличною дугою, зміщенням великого відламку донизу, а малого - назовні захватом його по внутрішній поверхні за задній край до відновлення анатомічної форми та нормалізації прикусу.

Новим у заявленому способі є те, що доступ до суглобового відростка нижньої щелепи здійснюється зі шкірного розрізу під виличною дугою, а

(19) UA (11) 34211 (13) A

зміщення малого відламку назовні - захватом його по внутрішній поверхні за задній край.

Вся послідовність дій спрямована на те, щоб досягти суглобового відростка нижньої щелепи, роз'єднати кісткові відламки, усунути зміщення малого відламку досередини та добитися більш точного зіставлення відламків та нормалізації прикусу, тим самим створити оптимальні умови для загоєння перелому, знизити імовірність післяопераційних ускладнень та забезпечити можливість проведення ранньої функціональної терапії.

Реалізують спосіб наступним шляхом: здійснюють доступ до суглобового відростка нижньої щелепи, для чого роблять розріз шкіри під величною дугою паралельно їй та наперед від суглобової головки нижньої щелепи на 0,5 см довжиною до 1,0 см, розсовують м'які тканини тупим затискачем, досягаючи внутрішньої поверхні суглобового відростка, крізь розріз уводять вигнутий по площині распатор, тримаючи його у правій руці, а лівою контролюючи положення малого відламку, асистент зміщує великий відламок донизу за альвеолярний відросток нижньої щелепи, у цей час хірург зміщує великий відламок назовні захватом його по внутрішній поверхні за задній край. Ефективність репозиції визначається за відчуттям відновлення анатомічної форми та нормалізації прикусу. Операційну рану зашивають одним швом.

Приклад № 1: Хворий Б., 48 років, І.Х. № 447, потрапив до клініки щелепно-лицьової хірургії 15.03.95 р. з приводу закритого перелому нижньої щелепи в області основи суглобового відростка зліва зі зміщенням малого відламка досередини. 15.03.95 р. проведена іммобілізація нижньої щелепи шляхом двущелепного шинування з міжщелепним витягінням. На контрольних рентгенограмах від 16.03.95 р. відмічається неусунене зміщення малого відламку. 17.03.95 р. був прооперований за описаною методикою. Анатомічна форма нижньої щелепи відновлена повністю.

Іммобілізація знята через 15 діб. Прикус відновлено, функціональний результат добрий.

Приклад № 2: Хвора М., 32 років, І.Х. № 1009, потрапила до клініки щелепно-лицьової хірургії 10.09.95 р. з приводу закритого перелому нижньої щелепи в області основи суглобового відростка зліва зі зміщенням малого відламка досередини. 10.09.95 р. проведена операція за описаною методикою та іммобілізація нижньої щелепи шляхом двущелепного шинування з міжщелепним витягінням. На контрольних рентгенограмах від 12.09.95 р. зміщення малого відламка досередини усунене, анатомічна форма нижньої щелепи відновлена, прикус нормалізований, функціональний результат добрий. Іммобілізація знята через 14 діб.

Приклад № 3: Хворий П., 40 років, І. Х. № 248, потрапив до клініки щелепно-лицьової хірургії 02.02.96 р. з приводу двобічного перелому нижньої щелепи в області тіла зліва та основи суглобового відростка справа зі зміщенням малого відламка досередини. 02.02.96 р. проведена іммобілізація нижньої щелепи шляхом двущелепного шинування з міжщелепним витягінням. Досягти нормалізації прикусу не вдалося. 03.02.96 р. проведена операція за описаною методикою. Прикус нормалізований, анатомічна форма нижньої щелепи відновлена повністю. Міжщелепне витягіння зняте на 20 добу, шини - на 30 добу. Функціональний результат добрий.

Використання цього способу дає можливість дійти більш точного зіставлення відламків під час перелому суглобового відростка нижньої щелепи зі зміщенням малого відламку досередини, при цьому зменшується об'єм, тривалість та травматичність операційного втручання, внаслідок відсутності пошкодження під час операції жувальних м'язів досягають оптимальних умов для загоєння перелому, знижується імовірність післяопераційних ускладнень (нагноєння рани, контрактури, тризм) та забезпечується можливість проведення ранньої функціональної терапії.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
