



УКРАЇНА

(19) UA (11) 52612 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00  
A61K 31/14

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ КІСТКОВИХ ДЕФОРМАЦІЙ ТА УШКОДЖЕНЬ ШКІРИ ТА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ

1

(21) u201006557

(22) 31.05.2010

(24) 25.08.2010

(46) 25.08.2010, Бюл.№ 16, 2010 р.

(72) БОРН ЄВГЕН ЕДУАРДОВИЧ, БУНЬ ЮРІЙ  
МИКОЛАЙОВИЧ, ПЕРЕДКОВ КОСТЯНТИН ЯКО-  
ВИЧ, ПЕРЕДКОВА МАРИНА КОСТЯНТИНІВНА

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

(57) Спосіб лікування кісткових деформацій та  
ушкоджень шкіри та слизової оболонки, що вклю-  
чає відшаровування слизово-окісного клаптя, кю-

2

ретаж дефекту кістки, видалення патологічних  
грануляцій, заповнення кісткового дефекту та за-  
криття рани, який **відрізняється** тим, що після  
заповнення кісткового дефекту сумішшю маси "ББ-  
Форвард" додатково по поверхні вкладки маси  
накладають білково-фібринну мембрану до меж  
здорових тканин, відшарований слизово-окісний  
клапоть мобілізують та ушивають наглухо поверх  
мембрани або у випадку пошкоджень м'яких тка-  
нин, шкіри або слизової оболонки поверх ушко-  
дженнь накладають фіксуючу (колодієву) пов'язку.

Корисна модель, що заявляється, відноситься  
до медицини, а саме до хірургічної стоматології та  
щелепно-лицевої хірургії, крім того може бути ви-  
користана в травматології, комбустіології та плас-  
тичній хірургії.

Велика кількість ушкоджень шкіри, слизової  
оболонки, травматичного, опікового (термічного,  
хімічного), виразкового характеру, рубцевих де-  
формацій та кісткових дефектів, включаючи вро-  
дженні вади, ставить на порядок денний необхід-  
ність розробки нових, сучасних способів лікування  
цих патологій.

Вже відомі способи лікування ушкоджень шкі-  
ри, слизової оболонки, травматичного, опікового  
(термічного, хімічного), виразкового характеру та  
кісткових дефектів та деформацій, включаючи  
вродженні вади є недостатньо ефективні оскільки  
не завжди досягається бажаний результат загою-  
вання ран та утримання і фіксації кісткозамінних  
сумішей (1, 2, 3). Крім того ці загальновідомі спо-  
соби не дають бажаного повного відновлення кіст-  
ки, шкіри та слизової оболонки, а також вони є  
довготривалими. Тому нами був запропонований  
новий спосіб лікування дефектів вищевказаного  
характеру.

По сутності до способу, що пропонується най-  
більш близьким, обраним нами за прототип, є ві-  
дома мембрана «Колапан - ЛМ», яка містить кола-  
ген, антибіотик лінкаміцин, гідрохлорид та

метранідозол (4). Ця мембрана має велику вірог-  
дність викликати алергічні реакції, оскільки містить  
антибіотик та речовини тваринного походження.  
Крім того при застосуванні даної мембрани насту-  
пає її швидке розсмоктування, що за собою викли-  
кає вимивання та руйнування кістково-пластичного  
матеріалу, який вона повинна покривати, фіксува-  
ти та стримувати. Виникає супураж після опера-  
ційних швів.

Недоліками цього способу є:

- при дефектах шкіри та слизової оболонки ча-  
сто виникають ускладнення у вигляді великих піс-  
ляопераційних рубців, рубцевих контрактур;

- реакції відторгнення трансплантату та алер-  
гічні реакції;

- недостатня фіксація та утримання кісткоза-  
мінної маси;

- швидке розсмоктування, невротизація та від-  
торгнення мембрани та маси, яку вона повинна  
утримувати.

Це все може призвести до ускладнень в після-  
операційному періоді, малої результативності  
втручань по відновленню дефектів кісткової ткани-  
ни, шкіри та слизової оболонки, частих запальних  
ускладнень.

Задача корисної моделі, що заявляється, по-  
лягає в усуненні ускладнень у вигляді великих піс-  
ляопераційних рубців та рубцевих контрактур за-  
безпеченні достатньої фіксації та утримання

(19) UA (11) 52612 (13) U

кісткозамінної маси і повноцінне закриття штучної кістки, уражень шкіри та слизової оболонки.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі, полягатиме у поліпшенні якості оперативного втручання, певної послідовності застосування мембрани для закриття дефектів шкіри, слизової оболонки, виразкового, травматичного та опікового характеру, а також закриття кісткових дефектів за рахунок щільного прилягання до післяопераційної рани та утримання в ній штучної кістки.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі, який включає відшаровування слизово-окісного клаптя, юретаж дефекту кістки, видалення патологічних грануляцій заповнення кісткового дефекту та закриття рани, згідно корисної моделі після заповнення кісткового дефекту сумішшю маси «ББ-Форвард» додатково по поверхні вкладки маси накладають білково-фібринну мембрану до меж здорових тканин, відшарований слизово-окісний клапоть мобілізують та ушивають наглухо поверх мембрани або у випадку пошкодження м'яких тканин, шкіри або слизової оболонки поверх ушкоджень накладають фіксуючу (колодієву) пов'язку.

Відмінною особливістю способу, що пропонується, є те, що отримана пласка аутомембрана переноситься на дефект шкіри, слизової оболонки, кістки, покриває його та, в свою чергу, фіксується колодієвою пов'язкою або ушивається шкіряним, слизовим або слизовоокістним клаптем наглухо.

Отже, запропонований спосіб має такі переваги:

- відсутність відторгнення аутомембрани;
- повна сумісність аутомембрани з тканинами дефекту, інтеграція в тканини дефекту;
- щільне прилягання, повне покриття мембраною дефекту та кістково-пластичної суміші, яка заповнює цей дефект;
- відсутність запальних ускладнень;
- відсутність токсичних реакцій.

Спосіб здійснюють наступним чином: під місцевою анестезією проводять відшаровування слизово-окісного клаптя, юретаж дефекту кістки, видалення патологічних грануляцій. В дефект кістки вносять суміш маси «ББ-Форвард», замішаної на компонентах крові (плазми та фермових елементах крові у співвідношенні 10:1) до повного заповнення кісткового дефекту. По поверхні вкладки маси накладають мембрану до меж здорових тканин. Відшарований слизово-окісний клапоть мобілізують та ушивають наглухо поверх мембрани. Дефекти шкіри та слизової оболонки після некромії вкривають мембраною до меж непошкоджених ділянок і фіксують утримуючою пов'язкою, а у випадку пошкодження м'яких тканин, шкіри або сли-

зової оболонки поверх ушкоджень накладають фіксуючу (колодієву) пов'язку.

Приклад конкретного застосування способу:

Хворий «А», 61 рік, історія хвороби №0235 від 25.02.2010р. звернувся в лікарню №12 м.Києва зі скаргами на дефект альвеолярного паростка верхньої щелепи після атипичного видалення 25 зуба. Діагноз: посттравматичний дефект альвеолярного паростка верхньої щелепи в ділянці видаленого 25 зуба. Зроблено: під місцевою анестезією проведено відшаровування слизово-окісного клаптя, проведено юретаж дефекту кістки, видалено патологічні грануляції. В дефект кістки внесена суміш маси «ББ-Форвард» повністю заповнивши кістковий дефект. По поверхні вкладки маси накладають мембрану до меж здорових тканин. Відшарований слизово-окісний клапоть мобілізовано та ушито наглухо поверх мембрани. Контрольний огляд через 7 днів: рана загоїлась первинним натягом, набряк купювався, ознаки виходу маси «ББ-Форвард» відсутні, зняті шви; контрольний огляд через 1 місяць, стан задовільний, контури альвеолярного паростка в зоні дефекту правильної анатомічної форми, туго-еластичної консистенції на дотик, безболісний при пальпації. Слизова оболонка в ділянці дефекту блідо-рожевого кольору без видимих патологічних змін. Контрольний огляд через 3 місяці: дефект альвеолярного паростка верхньої щелепи відсутній, консистенція підсадженої маси «ББ-Форвард» тверда на дотик в межах анатомічного контуру альвеолярного паростка.

Спосіб, що заявляється, був апробований на кафедрі щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця на базі клінічної лікарні №12 м.Києва.

За період з 25.02.10р. по 25.05.10р. за запропонованим способом прооперовано 32 людини з позитивним результатом. Середній термін лікування скоротився на 30-70% (від 2,5 до 3-ох місяців).

Джерела інформації:

1. Вернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. - М.: Медицина, 1999 - 445с.
2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под. ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. - Том 1,2. - М.: Медицина, 2000. - Т. 1. - 772 с. Т. 2. - 488с.
3. Сабо Д. Хирургия полости рта и челюстно-лицевой области. - К.: Книга плюс, 2005. - 302с.
4. А.А.Тимофеев, Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, г. Киев, 1999г., с. 142.