



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **65966** (13) **U**  
(51) МПК  
**A61B 17/56 (2006.01)**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ЗБЕРІГАЮЧОЇ РЕЗЕКЦІЇ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ДИФУЗНИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

1

2

(21) u201104060

(22) 04.04.2011

(24) 26.12.2011

(46) 26.12.2011, Бюл.№ 24, 2011 р.

(72) СЕНЧЕНКО ОЛЕКСІЙ МИХАЙЛОВИЧ

(73) СЕНЧЕНКО ОЛЕКСІЙ МИХАЙЛОВИЧ

(57) 1. Спосіб зберігаючої резекції нижньої щелепи у хворих на хронічний дифузний остеомієліт нижньої щелепи, що виник на тлі вживання наркотиків,

який **відрізняється** тим, що зменшують час контакту операційної бригади з кров'ю хворого.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що уникають утворення значних рубців з боку позаротового розтину.

3. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що зменшують час операції.

4. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що зменшують крововтрату під час операції.

Корисна модель відноситься до медицини і призначена для зберігаючої резекції нижньої щелепи у хворих на хронічний дифузний остеомієліт нижньої щелепи, що виник на тлі вживання наркотиків.

Відомі різні види хірургічних втручань при новоутвореннях та запальних процесах нижньої щелепи.

Існують методи резекції нижньої щелепи, серед яких відомий найближчий аналог - метод резекції тіла нижньої щелепи з порушенням безперервності та без екзартикуляції в скронево-нижньощелепному суглобі (Челюстно-лицевые операции / Под ред. А. Э. Гуцана - Витебск: «Белмедкнига», 1997. - С. 317-318). Цей метод полягає в тому, що під загальним або, рідше, місцевим знеболенням проводять дугоподібний розтин шкіри, відступивши від краю щелепи на 1,5-2 см. Підлеглі тканини розтинають на 2,5 см нижче шкірної рани. Окістя розтинають та відшаровують від кістки, а якщо патологічний процес розповсюджується за межі компактного шару щелепи, проводять резекцію кістки разом із окістям.

Оточуючі м'які тканини відділяють від нижньої щелепи до краю альвеолярного відростку. Розтинають поблизу шийок зубів слизову оболонку з боку язика та щоки. Пилкою Джиглі перепілюють кістку ближче до ментального відділу на місці попередньо видаленого зуба. Щелепу захоплюють кістковими щипцями та відтягують донизу, а м'які тканини гачком відводять догори. Скальпелем або ножицями остаточно відділяють від м'яких тканин із внутрішнього боку частину щелепи, що підлягає видаленню. У разі видалення щелепи з кутом або

з частиною гілки зовні відсікають від кістки жувальний м'яз і відділяють його разом із окістям догори. На вільний кінець м'яза накладають матрацний шов. Після відділення жувального м'яза щелепу відводять назовні і відсікають біля самої кістки нижній кінець медіального крилоподібного м'яза, на який накладають матрацний шов. Після цього перепілюють гілку на обраній ділянці. Лінія розпилу кістки повинна проходити у здорових тканинах на 1-2 см від ураженої кістки. На краї рани слизової оболонки порожнини рота накладають часті шви з кетгуту. З боку зовнішньої операційної рани кетгутотом накладають другий ряд швів. На шкірну рану накладають вузлуваті шви поліамідною ниткою. Встановлюють дренаж.

Дана операція показана при доброякісних новоутвореннях та хронічних остеомієлітах.

Таким чином, описана методика дозволяє повноцінно видалити уражену частину нижньої щелепи, але це супроводжується відносно значним за часом контактом операційної бригади із кров'ю (що є небажаним з урахуванням наявності у даного типу пацієнтів гепатиту В або С, або ВІЛ). Також негативним моментом є формування значних рубців з боку позаротового розтину, що в подальшому створює певні труднощі при формуванні ложа для встановлення імплантату або трансплантату (з урахуванням виду патологічного процесу усунення дефекту нижньої щелепи має бути відстроченим.). Виконання операції за указаною вище методикою займає відносно багато часу і супроводжується відносно великою крововтратою, що також не є бажаним.

Задачею корисної моделі є створення способу

(19) **UA** (11) **65966** (13) **U**

хірургічного втручання, який дозволить уникнути указаних вище недоліків.

Поставлена задача досягається тим, що для проведення резекції використовують зберігаючі хірургічні доступи. Запропонована методика показана хворим на хронічний дифузний остеомієліт нижньої щелепи, що виник на тлі вживання наркотиків, і полягає у наступному: під загальним знеболенням стандартно обробляють операційне поле. Положення пацієнта на столі на спині з закинутою назад головою, що повернута у здоровий бік. При ураженні лише тіла щелепи проводять два розтини шкіри, підшкірної клітковини довжиною 2,5-3 см у надпід'язиковій ділянці на рівні майбутніх розпилів кістки. Розтини починають, відступивши 1-1,5 см до середини від нижнього краю щелепи у напрямку, перпендикулярному краю щелепи. Далі за допомогою кровозупиняючого затискача типу «Москіт», відступивши на 1-1,5 см до середини від початку шкірного розрізу (з метою попередження пошкодження крайової гілки лицевого нерва) з урахуванням ходу лицевої вени і лицевої артерії створюють тунель у м'яких тканинах до нижнього краю тіла щелепи. Розширюють цей тунель указаним затискачем до довжини 2,5-3 см. Проводять гемостаз. Із цього доступу за допомогою того ж затискача, ковзаючи вгору по зовнішній і внутрішній поверхнях щелепи, формують два тунелі для проведення пилки Джиглі. Ці тунелі з'єднують на верхівці альвеолярного гребеня. У місці з'єднання тунелів з боку ротової порожнини проводять розтин ясен довжиною 1 см уздовж альвеолярного гребеня. Проводять гемостаз. У рану з боку шкіри встановлюють ранорозширювач Янсена або розводять краї рани за допомогою гачків Фарабефа. Кінець пилки Джиглі міцно утримують затискачем і проводять через тунель з боку шкірної рани до порожнини рота (через розріз ясен) досередини від кістки, а далі з порожнини

рота вниз через тунель зовні від кістки. За необхідністю попередньо видаляють зуби на місці майбутніх розпилів. Проводять розпил кістки (відступивши на 1 см у здоровий бік від межі патологічного вогнища). Для гемостазу вводять марлеві тампони, змочені 3 % перекисом водню, між кістковими фрагментами у розпил. Такий самий розпил проводять з іншого кінця патологічного вогнища. Далі розтинають слизову оболонку з боку язика та щоки поблизу шийок зубів або по краю нориць. Распатором відшаровують ясна і окістя від резеційованого фрагменту. За необхідністю з боку порожнини рота відсікають м'язи, що прикріплені до внутрішнього боку підборідного відділу. Уражений кістковий фрагмент утримувачем виводять з порожнини рота. Проводять гемостаз. Рану ушивають пошарово. Після накладання швів по кінцях шкірних ран (що стають контрапертурами), через них у створений на місці видаленої кістки повздовжній тунель вводять трубчасті перфоровані випускники. Накладають асептичну пов'язку.

Якщо патологічний процес захоплює не тільки тіло щелепи, а й гілку (з відростками або без), то резекцію гілки або екзартикуляцію із СНЩС проводять через позаротовий дугоподібний доступ у підщелепній та занижньощелепній ділянках, огинаючи кут щелепи.

Згідно з результатами наших спостережень, такий спосіб дозволяє уникнути тривалого контакту операційної бригади із кров'ю хворого, утворення значних рубців з боку позаротового розтину, зменшує тривалість операції і крововтрату під час неї (у порівнянні з класичним методом резекції нижньої щелепи).

Таким чином, запропонований метод дозволяє уникнути низки недоліків класичної методики операції, залишаючись при цьому не менш ефективним.