



УКРАЇНА

(19) UA (11) 18936 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

1

(21) u200606976

(22) 22.06.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.

(72) Маланчук Владислав Олександрович, Копчак Андрій Володимирович, Чепурний Юрій Володимирович

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

(57) Спосіб хірургічного лікування генералізованого пародонтиту, що передбачає проведення двох горизонтальних розрізів по краю ясен з вестибулярного та орального боків альвеолярного відростка,

2

кюретажу пародонтальної кишені, видалення твердих зубних відкладень, полірування поверхні коренів і, при необхідності, остеопластики альвеолярного відростка під візуальним контролем, формування і мобілізацію слизово-окісного клаптя шляхом горизонтальної періостотомії та його коронарне переміщення з наступним ушиванням операційної рани, який **відрізняється** тим, що для мобілізації слизово-окісного клаптя на ділянці перехідної складки проводять малий вертикальний розріз, формують підокісні тунелі, через які виконують горизонтальну періостотомію.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургічної стоматології та пародонтології і призначена для лікування генералізованого пародонтиту.

Генералізований пародонтит є найпоширенішою причиною видалення зубів. Один з основних симптомів даного захворювання - пародонтальна кишеня - є невід'ємною ланкою процесу деструкції тканин пародонта, які приймають участь у фіксації зуба і, разом з тим, є джерелом хронічної інфекції в організмі, що може призводити до погіршення перебігу низки соматичних захворювань. Тому ліквідація пародонтальної кишені є обов'язковим етапом комплексного лікування генералізованого пародонтиту. Її досягають шляхом проведення різноманітних хірургічних втручань, зокрема клаптевих операцій. Однак, естетичні і функціональні результати цих операцій нерідко залишаються незадовільними.

Так, відомий спосіб хірургічного лікування генералізованого пародонтиту, спрямований на ліквідацію пародонтальної кишені полягає у формуванні слизово-окісного клаптя шляхом проведення двох горизонтальних розрізів по краю ясен з вестибулярного та орального боків альвеолярного відростка, після чого проводять кюретаж пародонтальної кишені, видалення твердих зубних відкладень і полірування поверхні коренів під візуальним контролем [1]. В подальшому клапоть укладають на місце, а на операційну рану накладають шви.

Недоліком способу є низька клінічна ефективність, пов'язана з неможливістю мобілізації клаптя, що веде в післяопераційному періоді до рецесії ясен і, як результат, до гіперестезії оголених пришийкових поверхонь коренів зубів та незадовільного естетичного результату.

Найближчим аналогом способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування генералізованого пародонтиту, який полягає у формуванні слизово-окісного клаптя шляхом проведення двох горизонтальних розрізів по краю ясен з вестибулярного та орального боків альвеолярного відростка з наступним кюретажем пародонтальної кишені, видаленням твердих зубних відкладень, поліруванням поверхні коренів під візуальним контролем і проведенням остеопластики альвеолярного відростка, після чого на рівні перехідної складки проводять горизонтальний розріз до кістки, клапоть мобілізують і переміщують коронарне на необхідну відстань, після чого на рану на ділянці ясеневого краю накладають шви [2].

Недоліком способу є той факт, що рана на ділянці перехідної складки заживає вторинним натягом, що є менш фізіологічним і більш тривалим процесом порівняно із загоєнням первинним натягом. В той же час виникають додаткові труднощі в догляді за раною і зростає ризик розвитку інфекційних ускладнень, що зумовлюють незадовільний естетичний і функціональний результат операції. Інвазивність хірургічного втручання, разом з тим

(13) U  
(11) 18936  
(19) UA

підвищується.

В основу корисної моделі покладена задача підвищення ефективності хірургічного лікування генералізованого пародонтиту за рахунок забезпечення кращої мобільності слизово-окісного клаптя при одночасному зменшенні інвазивності операції та створенні більш сприятливих умов для загоєння операційної рани.

Технічний результат - досягнення кращого функціонального та естетичного ефекту операції при скороченні строків загоєння рани.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування генералізованого пародонтиту, що передбачає проведення двох горизонтальних розрізів по краю ясен з вестибулярного та орального боків альвеолярного відростка, юретажу пародонтальної кишені, видалення твердих зубних відкладень, полірування поверхні коренів і, при необхідності, остеопластики альвеолярного відростка під візуальним контролем, формування і мобілізацію слизово-окісного клаптя шляхом горизонтальної періостотомії та його коронарне переміщення з наступним ушиванням операційної рани, згідно корисної моделі, для мобілізації слизово-окісного клаптя на ділянці перехідної складки проводять малий вертикальний розріз, формують підокісний тунель, через які виконують горизонтальну періостотомію.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є вдосконалення мобілізації клаптя шляхом виконання горизонтальної періостотомії через підокісний тунель, які формують із мініінвазивного вертикального розрізу, наближеного до перехідної складки. За рахунок цього досягається зменшення рецесії ясен, і, як результат, покращується естетичний ефект операції, попереджується поява гіперестезії зубів, знижується інвазивність операції, усі операційні рани заживають первинним натягом, що зменшує післяопераційний період та імовірність розвитку ускладнень інфекційного характеру і полегшує догляд за ними.

Сутність запропонованого способу пояснюється рисунками, на яких зображено:

На Фіг.1 - хірургічний розріз в ділянці ясеневого краю.

На Фіг.2 - формування слизовоокісного клаптя.

На Фіг.3 - проведення періостотомії через підокісний тунель, сформовані із малого вертикального розрізу слизової і окістя.

На Фіг.4 - ушивання операційних ран.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після проведення антисептичної обробки порожнини рота та операційного поля, проводять знеболення ділянки на якій проводиться втручання. Спочатку виконують горизонтальний розріз слизової оболонки 1 з вестибулярного та орального боків альвеолярного відростка на 0.5мм нижче краю ясен з повторенням його фестончастості (фіг.1). Тканини, що залишились над розрізами відділяють від твердих тканин зубів, потім від альвеолярного відростка і видаляють. Далі з допомогою распатора 2 формують слизово-окісний клапоть 3 відсепаровуючи його майже до перехідної складки, (фіг.2) Після цього видаляють тверді зубні відкладення, проводять обробку поверхонь коренів зубів, відкритий юретаж пародонтальної кишені, гемостаз

рани. При необхідності, в зону дефекту альвеолярного паростку вводять остеопластичний матеріал чи мембрану для направленої тканинної регенерації. На наступному етапі операції з вестибулярного боку альвеолярного відростка в її ближчій до перехідної складки частині проводять вертикальний малий розріз до кістки 4. У фронтальній ділянці розріз проводять по середині клаптя парамедіально відносно вуздечки губи (фіг.3) в бокових ділянках - по медіальній границі клаптя. Далі формують підокісний тунель, в який вводять скальпель необхідного розміру паралельно вестибулярній поверхні альвеолярного відростка, після чого проводять періостотомію 5 в нижньому полюсі клаптя 3. Слизово-окісний клапоть 3 переміщують коронарне до запланованого рівня таким чином, щоб перекрити шийки зубів та остеопластичний матеріал чи пародонтальну мембрану (якщо вони використовувались). На операційну рану накладаються поліамідні шви: в кожному міжзубному проміжку та на вертикальний розріз 4 (фіг.4). На прооперовану ділянку накладають захисну пародонтальну пов'язку. В зону операції одномоментно включають не більш як 4-5 зубів, шви знімають на 6-7 день. Після операції пацієнту проводять необхідну медикаментозну терапію.

Перевагами запропонованого способу є можливість підвищення ефективності клаптьової операції за рахунок забезпечення мобільності слизово-окісного клаптя, чим паралельно з ліквідацією пародонтальної кишені досягається і зменшення рецесії ясен, і як результат, покращення естетичного ефекту операції, попередження появи гіперестезії зубів. Крім того спосіб дозволяє знизити інвазивність операції, забезпечує заживлення операційних ран первинним натягом і полегшує догляд за ними, що зменшує післяопераційний період та імовірність розвитку ускладнень інфекційного характеру.

Таким чином, застосування способу дозволяє підвищити ефективність хірургічного лікування генералізованого пародонтиту.

Приклад конкретного використання.

Хвора М. 50 років звернулась зі скаргами на кровоточивість ясен в ділянці зубів під час чистки та вживання твердої їжі. Об'єктивно слизова оболонка ясен слабо гіперемована та має ціанотичний відтінок, відзначається оголення шийок 33, 32, 31, 41, 42, 43 зубів, пародонтальні кишені глибиною до 4-5мм. На ортопантограмі відзначається часткова резорбція міжальвеолярних перетинок до Уг довжини кореня. Встановлено діагноз - генералізований пародонтит II ступеня. Хворій проведено лікування згідно розробленого нами способу. Виконано горизонтальний розріз слизової оболонки з вестибулярного та орального боків альвеолярного відростка на ділянці 33, 32, 31, 41, 42, 43 зубів. Сформовано слизово-окісний клапоть, видалено тверді зубні відкладення і проведено механічну обробку поверхонь коренів зубів. Пародонтальні кишені було заповнено кістковим пластичним матеріалом. Після цього з вестибулярного боку альвеолярного відростка проведено вертикальний розріз наближений до перехідної складки довжиною 5мм парамедіально відносно вуздечки губи. Сформовано підокісний тунель,

через який проведено періостотомію без порушення цілісності слизової оболонки. Слизово-окісний клапоть переміщено коронарне в необхідне положення. Рану ушито поліамідом. Перебіг післяопераційного періоду задовільний. Контрольний огляд через 3 місяці. Відзначена відсутність пародонтальних кишень в ділянці операції, рецесія ясен не перевищує 1мм.

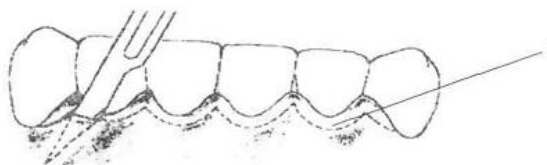
Запропонований спосіб апробовано на кафедрі хірургічної стоматології НМУ з позитивними ре-

зультатом. Спосіб рекомендовано для застосування у хворих з генералізованим пародонтитом, що потребують хірургічного лікування.

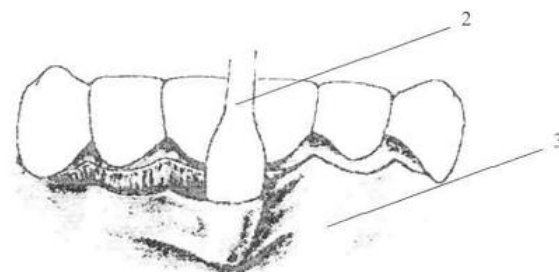
#### Література

1. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта / С.И. Гажава, - Нижний Новгород: НГМА, 2003, - С. 39-42.

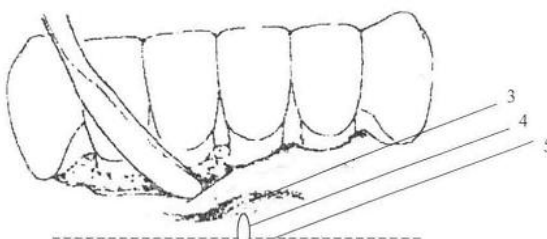
2. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко - Киев: Здоров'я. 2000 С. 334-335.



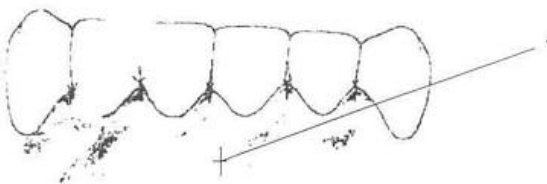
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4