



УКРАЇНА

(19) UA (11) 26044 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61C 13/00  
A61B 17/24

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОРОАНТРАЛЬНИХ АНАСТОМОЗІВ, ЩО ВИНИКАЮТЬ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ

1

(21) u200705974

(22) 29.05.2007

(24) 27.08.2007

(46) 27.08.2007, Бюл. № 13, 2007 р.

(72) Аль-Таріфі Фаді Махмуд, Пюрик Василь Петрович, Пюрик Ярослав Васильович, Стицюк Андрій Михайлович

(73) Аль-Таріфі Фаді Махмуд, Пюрик Василь Петрович, Пюрик Ярослав Васильович, Стицюк Андрій Михайлович

(57) Спосіб хірургічного лікування ороантральних анастомозів, що виникають після видалення зубів, шляхом багат шарового перекриття сполучення гайморової і ротової порожнин з використанням місцевих тканин в зоні самого анастомозу, який **відрізняється** тим, що багат шарове перекриття здійснюють з відшаруванням певної його частини і направленням в гайморову порожнину до рівня

2

слизової оболонки останньої, утворюючи перший шар перекриття, з подальшим укладенням під нього другого шару перекриття у вигляді PRP-мембрани із тромбоцитарного гелю відцентрованої крові самого хворого, товщиною до 1 мм, і внесенням в кістковий канал ороантрального анастомозу третього шару перекриття з кістковопластичного матеріалу "Остеопласт", замішаного на плазмі відцентрованої крові хворого в об'ємі, достатньому для відтворення необхідних розмірів альвеолярного відростка, з накладенням на кістковопластичну масу четвертого шару перекриття у вигляді PRP-мембрани з боку ротової порожнини та фіксацією швами поліамідними нитками п'ятого шару перекриття у вигляді слизово-окісного клаптя на трофічній ніжці, викроєного на піднебінні над зоною ороантрального анастомозу.

Заявляється корисна модель, що відноситься до медицини, а саме до хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, і призначається для лікування після екстракційних ороантральних анастомозів.

Однією з актуальних проблем хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії є усунення сполучень гайморової порожнини та ротової порожнини, що виникають одразу після видалення премолярів та молярів верхньої щелепи або через деякий час після оперативного втручання, що зумовлено порушеннями в загоєнні лунки. В останньому випадку формується стійке, епітелізоване сполучення гайморової та ротової порожнини з гострим або хронічним гайморитом.

Відомий спосіб лікування хронічних сполучень гайморової та ротової порожнини пластикою сполучень з використанням для закриття зони сполучення слизово-окісних клаптів з твердого піднебіння.

Відомий також спосіб лікування хронічних сполучень гайморової та ротової порожнини пластикою сполучень з використанням для закриття зони

сполучення слизово-окісних клаптів із щічного боку альвеолярного відростка верхньої щелепи, який передбачає використання слизово-окісного клаптя зі щічного боку на трофічній ніжці з перенесенням та фіксацією цього клаптя над ороантральним отвором, який, крім того, передбачає можливість мобілізації масивного слизово-окісного клаптя зі щічної сторони та лінійне переміщення його на альвеолярний відросток з фіксацією над ороантральним отвором [Е.Сабо. Амбулаторная хирургия зубов и полости рта. - Будапешт, 1977. - с. 48-63].

Найбільш близьким за своєю суттю до способу, що заявляється, є спосіб за яким проводиться викроювання слизово-окісного клаптя на твердому піднебінні на трофічній ніжці з урахуванням кровеносних судин та його відшарування від кістки піднебіння з накладанням після повороту на трофічній ніжці основної частини клаптя на вхідний отвір ороантрального сполучення та фіксування синтетичними швами до країв слизової оболонки альвеолярного відростка. При цьому ранена поверхня клаптя з піднебіння інтимно контактує з раневою поверхнею альвеолярного паростка і з

(13) U

(11) 26044

(19) UA

кров'яним згустком, що заповнює канал ороантрального сполучення [Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. -Л.: Медицина, 1985. -с.175-176].

Проте при обох варіантах відомого способу ранева поверхня слизово-окісного клаптя накриває раневу поверхню альвеолярного відростка в зоні ороантрального отвору і частково контактує з кров'яним згустком, що заповнює сполучення між ротовою та гайморовою порожнинами і веде до суттєвих недоліків, зокрема до збереження розриву епітеліального шару збоку гайморової порожнини через вилучення з кісткового каналу інструментально всіх м'яких новоутворень, які з'являються при тривалому функціонуванні ороантрального сполучення, а також веде до ускладнення процесу загоєння через те, що кістковий канал ороантрального сполучення частково заповнюється кров'яним згустком, який, в кращому випадку, переходить в рубець, а потім мінералізується, а в гіршому випадку -інфікується через несучільну слизову оболонку гайморової порожнини і цим ускладнює процес загоєння. Як і після звичайного видалення, лунка зуба після закриття ороантрального сполучення піддається атрофії, але в значно більшій мірі, оскільки найчастіше виникнення такого сполучення супроводжується значною розрухою альвеолярної кістки внаслідок дії лікаря.

В основу корисної моделі, що заявляється, поставлена задача винайдення ефективного способу хірургічного лікування ороантральних анастомозів, що виникають після видалення зубів шляхом винайдення оптимального перекриття сполучення гайморової і ротової порожнин в зоні самого анастомозу забезпечити надійне усунення самого сполучення та відновлення об'єму альвеолярного паростка в зоні ороантрального анастомозу.

Поставлена задача вирішується тим, що при оперативному втручанні з приводу ороантральних анастомозів, які виникли після видалення зубів, створюють багатощарове перекриття сполучення з використанням місцевих тканин в зоні самого анастомозу, при цьому, згідно корисної моделі багатощарове перекриття здійснюють з відшаруванням певної частини місцевих тканин і направленням в гайморову порожнину до рівня слизової оболонки останньої, утворюючи перший шар перекриття, з подальшим укладенням під нього другого шару перекриття у вигляді PRP-мембрани із тромбоцитарного гелю відцентрифугованої крові самого хворого, товщиною до 1 мм, і внесенням в кістковий канал ороантрального анастомозу третього шару перекриття з кістковопластичного матеріалу «Остеопласт», замішаного на плазмі відцентрифугованої крові хворого в об'ємі, достатньому для відтворення необхідних розмірів альвеолярного відростка, з накладенням на кістковопластичну масу четвертого шару перекриття у вигляді PRP-мембрани з боку ротової порожнини та фіксацією швами поліамідними нитками п'ятого шару перекриття у вигляді слизово-окісного клаптя на трофічній ніжці, викроєного на піднебінні над зоною ороантрального анастомозу.

Таким комплексним рішенням забезпечується причинно-наслідковий зв'язок суттєвих ознак з технічним результатом, який полягає у створенні

багатощарового перекриття зони сполучення між гайморовою та ротовою порожнинами із застосуванням місцевих тканин і використанням кістковопластичних матеріалів та мембран із відцентрифугованої крові самого хворого, що містять у собі тромбоцити у великих кількостях та фактори росту для стимулювання остеогенезу, захисту рани із спонуканням її до загоєння, тобто вирішення поставленої задачі.

Клінічне застосування способу, що заявляється, здійснюється таким чином.

Хірургічне лікування ороантральних анастомозів, що виникають після видалення зубів здійснюють шляхом багатощарового перекриття сполучення гайморової і ротової порожнин з використанням місцевих тканин в зоні самого анастомозу, за якого багатощарове перекриття здійснюють з відшаруванням певної його частини і направленням в гайморову порожнину до рівня слизової оболонки останньої, утворюючи перший шар перекриття, з подальшим укладенням під нього другого шару перекриття у вигляді PRP-мембрани із тромбоцитарного гелю відцентрифугованої крові самого хворого, товщиною до 1 мм, і внесенням в кістковий канал ороантрального анастомозу третього шару перекриття з кістковопластичного матеріалу «Остеопласт», замішаного на плазмі відцентрифугованої крові хворого в об'ємі, достатньому для відтворення необхідних розмірів альвеолярного відростка, з накладенням на кістковопластичну масу четвертого шару перекриття у вигляді PRP-мембрани з боку ротової порожнини та фіксацією швами поліамідними нитками п'ятого шару перекриття у вигляді слизово-окісного клаптя на трофічній ніжці, викроєного на піднебінні над зоною ороантрального анастомозу.

Приклад.

У хворої К, 29 років, через 2 місяці після видалення 26 зуба утворилося епітелізоване сполучення між гайморовою та ротовою порожнинами, хронічний лівосторонній гайморит. Альвеолярний відросток в зоні оперативного втручання мав ознаки втрати об'єму альвеолярної кістки. Після центрифугування венозної крові пацієнтки визначився шар тромбоцитарного гелю. Тромбоцитарний гель дістали з пробірки разом з частиною червоної крові, яку відділили від нього ножицями. Кістковопластичний матеріал «Остеопласт», змішали на плазмі крові хворої, а тромбоцитарному гелю після віджимання стерильними серветками надали форми напівпрозорих пластин. З піднебінного краю виділили та відшарували слизово-окісний клапоть для закриття ороантрального сполучення ротової порожнини. Частиною тканин, котрі вистилають сформований хід в гайморову порожнину, відшарованих від кістки та повернутих в напрямку дна синусу своєю епітелізованою поверхнею, створили перший шар перекриття, а їх надлишок видалили з кісткового каналу. На раневу поверхню повернутих в синус тканин наклали одну з мембран з тромбоцитозного гелю, створивши другий шар перекриття. Кістковий хід ороантрального сполучення повністю заповнили кістковопластичним матеріалом до верхівки альвеолярного відростка, створивши третій шар перекриття, та закрили мембраною з тромбоцитарного гелю -

четвертим шаром перекриття. І, на заключній стадії, слизово-окісним клаптем закрили мембрану з ротової порожнини та зафіксували поліамідними нитками заключний п'ятий шар перекриття.

Через два тижні після оперативного втручання сполучення між гайморовою та ротовою порожнинами було ліквідовано, альвеолярний відросток набув достатнього об'єму.

Спосіб хірургічного лікування ороантральних анастомозів після видалення зубів, що заявляється, апробований в стоматологічній поліклініці Івано-Франківського державного медичного університету.

Спосіб дозволяє використовувати багатошарове перекриття в зоні ороантрального анасто-

зу з використанням місцевих тканин і мембран із тромбоцитарного гелю крові пацієнтів після її центрифугування, що містять тромбоцити та активні біологічні сполуки для захисту рани із спонуканням її до загоєння і стимулювання остеогенезу в рані, а також використання частини епітелізованого ороантрального анастомозу для ізоляції інфікованої гайморової порожнини, відтворення будь-якого об'єму втраченої альвеолярної кістки кістковопластичним матеріалом, що може використовуватися в подальшому протезуванні, наприклад, з використанням імплантатів, з виключення ризику ускладнень при використанні синтетичних кістковопластичних матеріалів та крові хворих.